

**Servicepersonal in der stationären Pflege**  
**Eine professionstheoretische Untersuchung**

DISSERTATION  
zur Erlangung des  
akademischen Grades eines  
Doktors der Philosophie  
am Fachbereich 5:  
Erziehungswissenschaften der  
Universität Koblenz-Landau  
Campus Landau

Vorgelegt  
am 22. März 2016  
von Adelheid Orthgieß  
geb. am 22. November 1958 in Neuburg an der Donau

Referent: Univ. Prof. Dr. phil. Theo Hülshoff  
Korreferent: Univ. Prof. Dr. phil. Peter Nenniger

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung – Gründe für den Einsatz von Servicepersonal in der stationären Pflege</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Begriffsklärungen</b>	<b>27</b>
<b>3</b>	<b>Pflegetheoretischer Bezugsrahmen</b>	<b>37</b>
3.1	Ein allgemeines Pflegeverständnis	37
3.2	Grundlagen von Pflegetheorien	46
3.3	Pflegetheorie im Denken von Martha Rogers	56
3.4	Pflegetheorie im Denken von Hildegard Peplau	79
3.5	Pflegetheorie im Denken von Dorothea Orem	96
3.6	Pflegetheorie im Denken von Monika Krohwinkel	117
<b>4</b>	<b>Handlungskompetenzmodell als betriebspädagogischer Bezugsrahmen</b>	<b>136</b>
4.1	Zum Kompetenzbegriff	137
4.2	Handlungstheoretische Perspektive	137
4.3	Systemtheoretische Perspektive	139
4.4	Pädagogische Konzepte von Kompetenz	143
4.5	Psychologische Konzepte von Kompetenz	145
4.6	Soziologische Konzepte von Kompetenz	146
4.7	Kompetenzen in der beruflichen Bildung	151
4.8	Handlungskompetenzmodell bei Frey	157
4.9	Handlungskompetenzmodell bei Hülshoff	164
<b>5</b>	<b>Delphi Befragung</b>	<b>175</b>
5.1	Beschreibung der Methode	175
5.2	Delphi 1	176
5.3	Delphi 2	215
5.4	Ausblicke von Delphi 1 und Delphi 2	304
<b>5</b>	<b>Situatives, tätigkeitsbezogenes Anforderungsprofil für Servicepersonal in der stationären Pflege</b>	<b>306</b>
<b>7</b>	<b>Künftiger Einsatz von Servicepersonal und Ausblick</b>	<b>327</b>

<b>8</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>334</b>
<b>9</b>	<b>Eigenständigkeitserklärung</b>	<b>342</b>

**Anlagen:**

Teil I Fragebögen der Pflegeexperten aus Delphi 1

Teil II Muster-Interviewleitfaden Delphi 2

Teil III Interviewleitfäden der Pflegeexperten aus Delphi 2 – händische  
Mitschriften

Teil IV Interviewleitfäden der Pflegeexperten aus Delphi 2 – Transkription

## Abkürzungsverzeichnis

AEDL	Aktivitäten, existenzielle Erfahrungen des täglichen Lebens
ABEDL	Aktivitäten, Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des täglichen Lebens
ANA	American Nurses Association
ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
etc.	et cetera
ggf.	gegebenenfalls
KMK	Kultusministerkonferenz
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
STAP	situatives, tätigkeitsbezogenes Anforderungsprofil
u.v.m.	und viele mehr
vgl.	vergleiche
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z. B.	zum Beispiel

### Hinweis:

Die Begriffe Servicepersonal, Pflegepersonal, Servicekraft, Pflegekraft, Mitarbeiter, zu Pflegenden, Pflegende, Patient schließen die weibliche und männliche Form ein.

---

## **1. Einleitung: Gründe für den Einsatz von Servicepersonal in der stationären Pflege**

Im Rahmen meiner beruflichen Tätigkeit als Krankenschwester und Pädagogin, wurde ich bei Praxisbesuchen von Auszubildenden in deren praktischen Einsätzen auf die personelle Situation der Stationen aufmerksam. Auf den besuchten Stationen zweier Krankenhäuser besteht ein Berufsgruppenmix von Pflegepersonal, Reinigungspersonal, Assistenzpersonal und Servicepersonal. Eine gemeinsame Situation besteht darin, dass in beiden Krankenhäusern Assistenz- und Servicepersonal auf pflegerischen Stationen beschäftigt sind. Ebenfalls interessant ist es zu erwähnen, dass beide Krankenhäuser freie Stellen für examiniertes Pflegepersonal anbieten. Einerseits sind vorhandene Stellen derzeit nicht besetzt, andererseits suchen die Krankenhäuser prospektiv examiniertes Pflegepersonal, um eine erweiterte Bettenkapazität auf neu errichteten Stationen vorhalten zu können.

Meine Achtsamkeit galt insbesondere den Servicepersonen, welche augenscheinlich häufigen Patientenkontakt haben und Tätigkeiten verrichten, die Patienten Komfort vermitteln.

Ich stellte mir zwei Fragen:

1. „Wie könnten die Fähigkeiten von Servicepersonal mit einer grundlegenden Ausbildung im Hotel- und Gaststättenwesen in die pflegerische Aufgabenstellung integriert werden?“
2. „Inwieweit wäre Servicepersonal in der Lage, die Pflegenden auf den Stationen zu unterstützen in dem sie bei der komplexen pflegerischen Versorgung der Patienten mitwirken?“

Diese Überlegungen brachten mich auf die Idee, über das Thema tiefergehend nachzudenken<sup>1.1</sup>. Meines Erachtens bestehen derzeit vielfache, aktuelle Faktoren, welche den Einsatz von Servicepersonal in der stationären Pflege begründen. Hierzu zählen der demographische Wandel, der Pflegebedarf in den pflegerischen Einrichtungen,

---

<sup>1.1</sup> Angespornt von der letzten Strophe Rainer Maria Rilke's Gedicht „Vorwärts“ :  
„Tief aus deinem Inneren ranke mählich sich zum Licht die Saat,  
erst Empfindung, dann Gedanke, Wort hierauf und endlich Tat.“

Pflegepersonalmangel, Veränderungen in der Pflegebildung, die Bewerbersituation für die Pflegeausbildung, die Entwicklung der personellen Situation in den Einrichtungen, der Innovationsbedarf im Rahmen der Aufgabenverteilung in der Pflege, Kundenorientierung der Krankenhäuser sowie die Personalkosten im Gesundheitswesen. Im Folgenden sollen Gründe für den Einsatz von Servicepersonal in der stationären Pflege dargestellt werden.

### 1.1 Demographischer Wandel

Im statistischen Jahrbuch 2013 bildet sich die derzeitige demographische Altersstruktur ab. Deutschland zum Stichtag 31. Dezember 2012 (s. Abb.1.1) <sup>1,2</sup>:

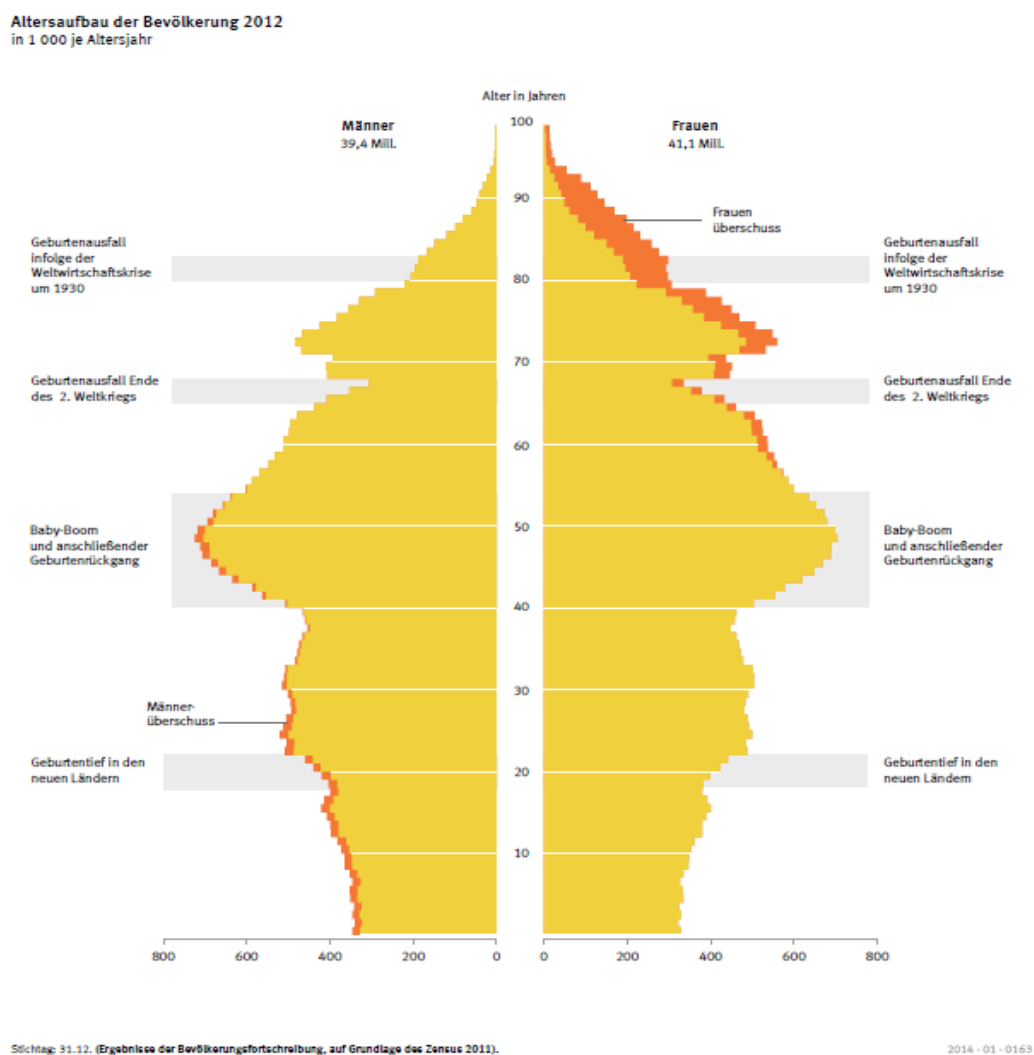


Abbildung 1.1: Demographische Altersstruktur Deutschlands – 2012. (Statistisches Bundesamt, 2014)

<sup>1,2</sup> (Statistisches Bundesamt, 2014)

Diese Graphik spiegelt die derzeitige Altersstruktur in Deutschland wider und zeigt die Geburtenentwicklung der einzelnen Jahrgänge auf. Demzufolge gibt es heute weniger Kinder und Jugendliche, als in der sogenannten Baby-Boomer-Generation, einer geburtenstarken Zeit. Bedeutsam ist, dass in absehbarer Zeit mehr erwerbstätige Personen in Rente gehen als Nachwuchs vorhanden ist. Durch die steigende Lebenserwartung, auf Grund einer hochspezialisierten, medizinischen Versorgung in Deutschland, wird in Relation die Pflegebedürftigkeit im Alter ansteigen (s. Abb. 1.2). Die hohe Lebenserwartung geht einher mit mehr chronischen Erkrankungen, Multimorbidität und kognitiven Veränderungen der Personen. In Folge steigt der Bedarf an Pflegeplätzen, sei es in der stationären Pflege<sup>1,3</sup>, in Pflegeheimen oder im häuslichen Umfeld der Personen.

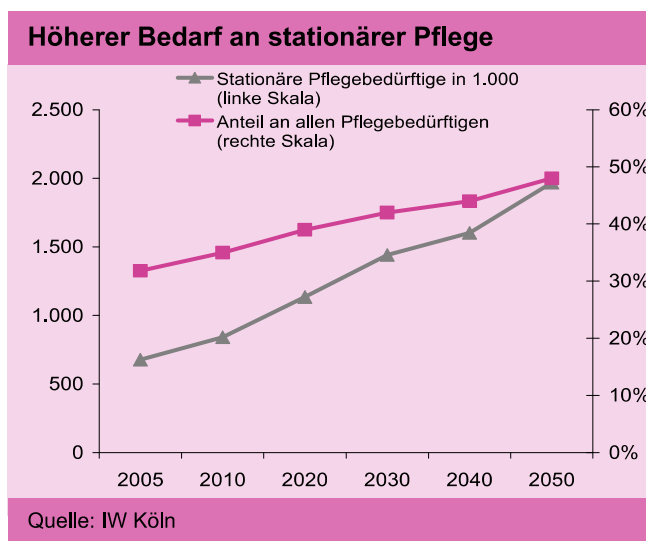


Abbildung 1.2: Höherer Bedarf an stationärer Pflege (Insitut der deutschen Wirtschaft, 2005)

Die demographische Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland zeigt gemäß der 12. Bevölkerungsvorausberechnung bis zum Jahre 2060 noch weitere Faktoren auf. Forscher erwarten einen Rückgang der Geburtenzahlen sowie einen Anstieg der Sterbefälle. Die geburtenstarken Jahrgänge erreichen ein hohes Alter, bei gleichzeitigem Anstieg der Lebenserwartung.

<sup>1,3</sup> (Insitut der deutschen Wirtschaft, 2005; 2009)

Der veränderte Aufbau in der Altersstruktur bedeutet, dass die Relationen zwischen Jung und Alt einer starken Veränderung unterliegen (s. Abb. 1.3). Das Altern der geburtenstarken Jahrgänge bedeutet, dass im Jahre 2060 jeder Dritte mindestens 65 Jahre ist und voraussichtlich doppelt so viel 70jährige leben, wie Kinder geboren werden<sup>1.4</sup>.

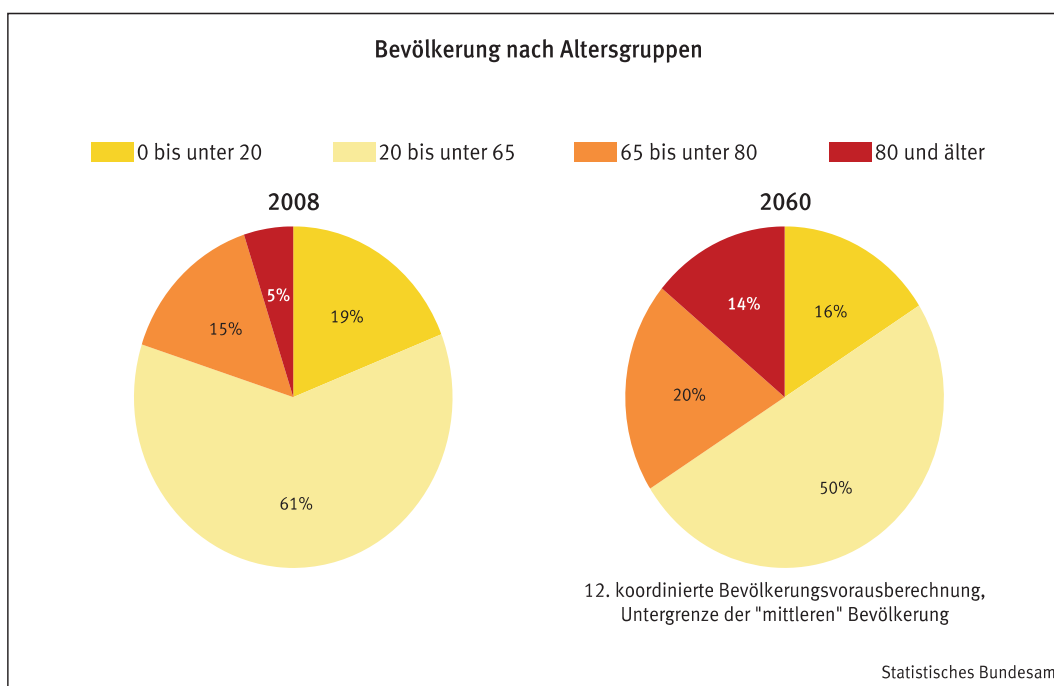


Abbildung 1.3: Bevölkerung nach Altersgruppen (Statistisches Bundesamt, 2009)<sup>1.5</sup>

Der Rückgang und die Alterung der Bevölkerung im Erwerbsalter wirken sich insofern aus, dass mehr Senioren im Erwerbsalter sind. Die deutsche Wirtschaft erwartet bereits in zehn Jahren, zwischen 2017 und 2024, eine einschneidende Veränderung. Dann beträgt der Anteil an erwerbstätigen Personen im Alter zwischen 30 und 50 Jahren und zwischen 50 und unter 65 Jahren jeweils 40%. Im Gegensatz dazu sind heute 49% der erwerbstätigen Personen im Alter zwischen 30 und 50 Jahren und 31% im Alter zwischen 50 und unter 65 Jahren.

Der Altenquotient für 65jährige verdoppelt sich voraussichtlich im Jahr 2060. Der erwerbstätigen Bevölkerung stehen in Zukunft immer mehr Seniorinnen und Senioren gegenüber. Im Jahr 2008 ergab sich ein Verhältnis von 100 Personen im Erwerbsalter (20 bis 65 Jahren) zu 34

<sup>1.4</sup> (Statistisches Bundesamt, 2009)

<sup>1.5</sup> ebenda



---

Seniorinnen und Senioren (über 65 Jahre). Bis zum Jahr 2030 wird der Altersquotient 80% sein und bis zum Jahr 2060 sind zwischen 63% und 67% zu erwarten<sup>1.6</sup>. Erlaubt sei hier der Rückschluss, dass entsprechend dieser Entwicklung, ebenfalls nicht mehr so viel erwerbstätiges Pflegepersonal zur Verfügung steht. *„2008 waren in der Gesundheits- und Krankenpflege 50.000 weniger Beschäftigte in der Altersgruppe der unter 35-Jährigen zu verzeichnen als im Jahr 2000, was einem Minus von mehr als 15% entspricht. Der Bestand an Mitarbeitern, die in der Gruppe der über 50-Jährigen sind, hat sich im gleichen Zeitraum dabei fast auf 171.000 verdoppelt“<sup>1.7</sup>.*

Es besteht also ein dringlicher Handlungsbedarf. Zu Recht müssen jetzt dazu einige Fragen gestellt werden:

1. Ist die pflegerische Versorgung in Zukunft bedarfsgerecht gedeckt?
2. Gibt es ausreichende Pflegekräfte, um in verschiedenen Settings, gemeint sind pflegerische Handlungsfelder, die pflegerische Versorgung zu gewährleisten?
3. Gibt es neue Tätigkeitsprofile im Gesundheitswesen, die das Pflegepersonal entlasten können?
4. Kann durch die Implementierung eines Bildungsangebots ein entsprechendes, kompetenzorientiertes Qualifikationsniveau für neue Tätigkeitsprofile in Einrichtungen des Gesundheitswesens geschaffen werden?
5. Welche Chancen gäbe es hier für die Zukunft?

Gemäß dem Statistischen Jahrbuch 2014 verzeichnet die Entwicklung der Bevölkerung einen Anstieg im Vergleich von 2011 zu 2012 auf 80,5 Mio. um 196.000 Personen, das heißt ein Anstieg um 0,2%<sup>1.8</sup>. Kann jetzt bereits prospektiv an der Beantwortung der o. g. Fragen gearbeitet werden? Welche Möglichkeiten ergeben sich? Zu der demographischen Entwicklung sei im Folgenden der Pflegebedarf in den pflegerischen Einrichtungen des Gesundheitswesens aufgezeigt.

---

<sup>1.6</sup> (Statistisches Bundesamt, 2009)

<sup>1.7</sup> (Isfort & Weidner F., 2010)

<sup>1.8</sup> (Statistisches Bundesamt, 2014)

## **1.2 Pflegebedarf in den pflegerischen Einrichtungen**

Der Pflegebedarf der Menschen in den Kliniken und Pflegeheimen wird größer. Die Liegedauer der Patienten in den Kliniken verkürzt sich durch Fallpauschalen der Krankenhausfinanzierung, d. h. eine Behandlung eines bestimmten Krankheitsbildes ist limitiert auf einen definierten Zeitraum, der entsprechend von den Kostenträgern vergütet wird. In der Folge bedeutet dies, dass Patienten entlassen werden, jedoch noch einen Versorgungsbedarf und somit auch einen Pflegebedarf haben. Des Weiteren fließt hier die demographische Entwicklung insofern ein, als das Älterwerden der Menschen in der Gesellschaft mit einem erhöhten allgemeinen Krankheitsrisiko, mit mehr chronischen Erkrankungen und ebenfalls mehr kognitiven Einschränkungen, wie z. B. einer Demenz, korreliert.

Die Anzahl der Pflegebedürftigen, bemessen auf Grundlage der Pflegeversicherung, beträgt im Jahr 2011 insgesamt 2.501.441 Personen. Im Vergleich dazu betrug die Anzahl im Jahr 2009 insgesamt 2.338.252 Personen. Die Versorgung der Pflegebedürftigen aller Altersstufen übernehmen pflegende Angehörige, im Sinne von Laienpflege ohne pflegerische Ausbildung, sowie professionelle, ambulante Pflegedienste. Eine Kombination der pflegerischen Versorgung durch Angehörige und ambulanter Pflegedienste ist ebenfalls möglich. Eine vollstationäre, ganztägige Versorgung in Pflegeheimen erhalten derzeit 743.120 Personen<sup>1.9</sup>.

Ein weiteres Merkmal stellt die Differenzierung der Pflegebedürftigen nach deren Alter und dem Ort der Pflege dar (s. Tab. 1.1)<sup>1.10</sup>.

---

<sup>1.9</sup> (Statistisches Bundesamt, 2014)

<sup>1.10</sup> ebenda

Servicepersonal in der Stationären Pflege  
 Kapitel 1 – Einleitung: Gründe für den Einsatz von Servicepersonal in der stationären Pflege

Alter in Jahren von - bis	Anzahl Pflegerbedürftige Zu Hause versorgt	Anzahl Pflegerbedürftige Vollstationär in Heimen	insgesamt
Insgesamt	1 758 321	743 1200	2 501 441
Unter 15	67 594	140	67 734
15 - 60	234 444	34 228	268 672
60 - 65	66 984	18 777	85 761
65 - 70	88 192	26 312	114 504
70 - 75	180 531	58 451	238 982
75 - 80	248 762	88 296	337 058
80 - 85	338 705	146 113	484 818
85 - 90	326 791	195 210	522 001
90 und mehr	206 318	175 593	381 911

Tabelle 1.1: Anzahl der Pflegebedürftigen nach Alter (Statistisches Bundesamt, 2014)

Ausgehend vom Status Quo dieser Zahlen entwickelt sich bis 2050 folgendes Szenario:

Die Zahl der Pflegegebedürftigen steigt auf bis zu 4.500.000 Personen<sup>1.11</sup>. Diese Entwicklung muss durch Personen, die Pflege ausüben können und wollen, aufgefangen werden. Ausgehend von der Entwicklung der Pflegepersonalsituation zeigt, sich ein Mangel an ausgebildetem Pflegepersonal in den Einrichtungen des Gesundheitswesens. Dazu die entsprechenden Erläuterungen im nächsten Abschnitt.

### 1.3 Pflegepersonalmangel in den Einrichtungen des Gesundheitswesens

Der massive Abbau von 52.000 Vollzeitstellen der Jahre 1996 bis 2008, bedeutet ein Minus an Pflegepersonal von 14,2% in Krankenhäusern. Demgegenüber steht eine geringe Veränderung dieses Trends, denn seit 2008 wird ein Stellenzuwachs von 0,7% registriert<sup>1.12</sup>.

Hinzu kommt eine Überalterung des pflegerischen Personals in der Krankenhauspflege. Der Bestand an Pflegepersonal im Alter von über 50 Jahren hat sich von 2000 bis 2008 fast verdoppelt. Die Teilzeitbeschäftigung ist im gleichen Zeitraum von 34,71% auf 45,57% gestiegen. Gründe für die Reduktion von Arbeitszeit sind in einer

<sup>1.11</sup> (Statistisches Bundesamt, 2009)

<sup>1.12</sup> (Isfort & Weidner F., 2010)

Überforderung sowie der hohen physischen und psychischen Beanspruchung in diesem Beruf zu sehen<sup>1.13</sup>.

Die aktuellen Zahlen von Beschäftigten im Gesundheitswesen in 1.000 belegen die oben beschriebenen Entwicklungen (Tab. 1.2)<sup>1.14</sup>:

Einrichtung	Jahr 2005	Jahr 2006	Jahr 2007	Jahr 2008	Jahr 2009	Jahr 2010	Jahr 2011	Jahr 2012
Ambulante Pflege	214	215	236	251	269	282	291	302
Krankenhäuser	1.071	1.072	1.075	1.086	1.104	1.121	1.137	1.148
Stationäre/ Teilstationäre Pflege	546	561	574	600	621	636	661	675
<b>Gesamt</b>	<b>1.831</b>	<b>1.848</b>	<b>1.885</b>	<b>1.937</b>	<b>1.994</b>	<b>2.039</b>	<b>2.089</b>	<b>2.125</b>

Tabelle 1.2: Beschäftigte im Gesundheitswesen in 1000; (Statistisches Bundesamt, 2014)

In Krankenhäusern muss diese Entwicklung zusammen mit der Anzahl der Fälle und der Verweildauer von zu Pflegenden betrachtet werden (s. Tab. 1.3)<sup>1.15</sup>.

Sachverhalt	Jahr 2008	Jahr 2009	Jahr 2010	Jahr 2011	Jahr 2012
Patienten m/w	17.519.579	17.817.180	18.032.903	18.344.156	18.620.442
Durchschnittliche Verweildauer (Tage)	8,1	8,0	7,9	7,7	7,6

Tabelle 1.3: Durchschnittliche Verweildauer der zu Pflegenden in Tagen; (Statistisches Bundesamt, 2014)

Die verkürzte Verweildauer ist mit einem Mehraufwand an Organisation und Administration, inklusive der Dokumentation im Rahmen von Aufnahme und Entlassung, sowie Reinigungs-, Entsorgungs- und Versorgungsarbeiten verbunden. Das Pflegepersonal muss dies kompensieren und hat dadurch einen erheblichen Mehraufwand. Demzufolge steht dem, bereits aufgezeigten Pflegepersonal-mangel ein erhöhter Arbeitsaufwand gegenüber. Isfort und Weidner benennen in ihrer

<sup>1.13</sup> ebenda

<sup>1.14</sup> (Statistisches Bundesamt, 2014)

<sup>1.15</sup> (Statistisches Bundesamt, 2014)

---

Studie einen Zusammenhang zwischen Pflegepersonalmangel und erhöhtem Arbeitsaufwand durch kürzere Verweildauer sowie einem Anstieg der Patientenzahlen, sogenannten Fallzahlen, und warnen vor entstehenden Risiken bezüglich der Sicherheit in der Patientenversorgung. *„In Krankenhäusern, in denen eine besonders ausgedünnte Personaldecke oder ein weiterhin betriebener Personalabbau in der Pflege und höhere Patientenzahlen zusammentreffen und damit der Anteil der hoch belasteten Pflegenden größer ist, treten vermehrt Probleme in der Patientenversorgung und -sicherheit auf“*<sup>1.16</sup>. Ein parallel verlaufender Stellenabbau und eine Nicht-Neubesetzung der Stellen ausgeschiedener Mitarbeiter verschärfen diese Situation. Ein Stellenumbau, im Sinne eines Ersetzens oder Ergänzens pflegerischer Stellen durch Servicepersonal ist beobachtbar<sup>1.17</sup>. Für Servicepersonal, welches bestimmte Kompetenzen übertragen bekommt, die sonst der Pflege obliegen, gilt dies als Herausforderung<sup>1.18</sup>. Dazu ein Blick auf die Pflegebildung, die den Nachwuchs in den Berufen der Pflege sichern soll. Derzeit befindet sich die Pflegebildung in einem Veränderungsprozess, deren Auswirkung derzeit noch keine Vorhersagen zulassen<sup>1.19</sup>.

#### **1.4 Veränderungen in der Pflegebildung**

In der Pflegebildung entwickeln sich aktuell Akademisierungsbestrebungen der Pflegeausbildung<sup>1.20</sup>, z. B. duale Bachelor-Studiengänge Pflege mit Ausbildungsabschnitten an Krankenpflegesschulen und an Fachhochschule und Pflege-Bachelor-Studiengänge an der Hochschule. Das Ausbildungskonzept einer grundständigen, generalisierten Pflegeausbildung, in welcher drei Berufsausbildungen zusammengefasst sind (Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege), sind

---

<sup>1.16</sup> (Isfort & Weidner F., 2010)

<sup>1.17</sup> ebenda

<sup>1.18</sup> (Stemmer & Böhme, 2008)

<sup>1.19</sup> (Blum, Isfort, Schilz, & Weidner, 2006; DBR - Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2009; DBR - Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe und DPR - Deutscher Pflegerat, 2012; bmg.bund.de, 2012)

<sup>1.20</sup> (Schmidt, 2013)

---

bereits implementiert oder laufen in Modellversuchen<sup>1.21</sup>. Es ist daher vermutlich absehbar, dass akademisch ausgebildetes Pflegepersonal andere, neue Tätigkeitsprofile ausfüllt, wie z. B. Pflegeexperten im Bereich des Wundmanagements und des Schmerzmanagements<sup>1.22</sup>.

Diskutiert wird eine grundständige pflegerische Ausbildung an Hochschulen, die als Zugangsvoraussetzung eine 12jährige allgemeine Schulbildung erfordert. Die derzeitige Pflegeausbildung ist bundesrechtlich geregelt durch das Krankenpflegegesetz<sup>1.23</sup> und findet statt an Schulen für Gesundheitsberufe (z. B. in Rheinland Pfalz u. a.) und an Berufsfachschulen z. B. in Bayern<sup>1.24</sup>, die wiederum dem Bildungssystem der jeweiligen Länderhoheit unterliegen.

Die Bundesregierung beschloss 2012, die Zugangsqualifikation zur grundständigen Pflegeausbildung weiterhin bei einer 10jährigen allgemeinen Schulausbildung zu belassen. Im europäischen Vergleich steht Deutschland damit an einem der unteren Plätze. In 24 von 28 Mitgliedsländern der Europäischen Union (EU), gilt als Standard eine zwölfjährige oder äquivalente Ausbildungsvoraussetzung<sup>1.25</sup>. Es steht allerdings fest, dass in der jetzigen Legislaturperiode eine allgemeine Pflegeausbildung favorisiert wird, die, nach derzeitigem Wissensstand, der generalisierten Pflegeausbildung nahe kommt. Hier sind drei Pflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege) in einer Ausbildung zusammenfasst, die jedoch nur zu einem Berufsabschluss führt. Diese Entscheidung fällt zu Gunsten der Altenpflege aus. Gemäß der demographischen Entwicklung besteht hier der größte Handlungsbedarf, um den künftigen Pflegebedarf decken zu können und ist vermutlich politisch gewollt. In Bayern laufen die schulischen Modellversuche noch, zu denen derzeit noch keine abschließenden Ergebnisse vorliegen. Durch die Zusammenführung dreier Ausbildungen werden spezielle Lernbereiche von Menschen aller

---

<sup>1.21</sup> (DBR - Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2009; bmg.bund.de, 2012)

<sup>1.22</sup> (DBfK - Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.v., 2013)

<sup>1.23</sup> (Bundesministerium für Gesundheit, 2003)

<sup>1.24</sup> (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, 1988)

<sup>1.25</sup> (Europäische Union, 2005)

Altersgruppen vernachlässigt. Dies entspricht nicht dem Ziel von Schulträgern der Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen, die mit der Vorhaltung von Ausbildungsplätzen beabsichtigen, einen eigenen, künftigen Bedarf an Pflegepersonal zu decken. Jüngsten Mitteilungen des BMG zufolge soll im Laufe des Jahres 2015 ein Referentenentwurf für die Einführung einer generalisierten Pflegeausbildung vorliegen<sup>1.26</sup>.

### 1.5 Bewerbersituation in der Pflegeausbildung

Durch sinkende Ausbildungsplatzzahlen verringert sich der Nachwuchs an Pflegepersonal. Waren es im Jahre 2000 noch 69.403 Auszubildende, so reduzierte sich die Zahl im Jahre 2008 auf 62.486 Auszubildende in der grundständigen, traditionellen 3-jährigen Pflegeausbildung<sup>1.29</sup>.

Der demographischen Entwicklung ist es geschuldet, dass es in den letzten zehn Jahren 12% weniger Schulabgänger der allgemeinbildenden Schulen gibt<sup>1.30</sup> und in Folge auch weniger Bewerber/-innen für den Pflegesektor. Dem gegenüber steht, Umfragen zu Folge die Beobachtung, dass der Pflegeberuf einen hohen Stellenwert einnimmt und ein Jobmotor für die Zukunft ist<sup>1.31</sup>. Die Attraktivität des Berufes ist gekennzeichnet durch mannigfaltige Weiterbildungsmöglichkeiten nach der Ausbildung. Absolventen mit einer entsprechender Zugangsqualifikation können ein pflegerisches Studium beginnen. Das Studienangebot an Fachhochschulen umfasst die Schwerpunkte Management, Pädagogik, Pflege und Wissenschaft auf Bachelor- und Masterniveau. Nach einem Masterabschluss sind Promotionen an Universitäten möglich. Folgende Tabelle (s. Tab 1.4) zeigt eine Übersicht der Studiengänge in Deutschland, Österreich und der Schweiz; Stand Juli 2013<sup>1.32</sup>:

Land/Fachbereich	Management	Pädagogik	Pflege	Wissenschaft
Deutschland	41	28	24	33
Österreich	16	4	8	8
Schweiz	0	0	6	9

Tabelle 1.4: Übersicht der pflegebezogenen Studiengänge; (Friesacher, 2013)

<sup>1.26</sup> (Roßbruch, 2015)

<sup>1.29</sup> (Isfort & Weidner F., 2010)

<sup>1.30</sup> (Statistisches Bundesamt, 2014)

<sup>1.31</sup> (Isfort & Weidner F., 2010)

<sup>1.32</sup> (Friesacher, 2013)

## 1.6 Entwicklung der personellen Situation in pflegerischen Einrichtungen des Gesundheitswesens

Die Entwicklung des Personals, nach der Berufsklassifizierung von 1992, zeigt in folgender Tabelle den Anteil der pflegerischen Berufsgruppen in Einrichtungen des Gesundheitswesens im Vergleich (s. Tab. 1.5)<sup>1.33</sup>:

Berufsgruppe lt. Klassifizierung der Berufe 1992	Beschäftigte in 1000		
	Jahr 2000	Jahr 2005	Jahr 2010
Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/-innen	209	232	269
Gesundheits- und Krankenpfleger/innen Entbindungspfleger/Hebammen	718	763	827
Altenpfleger/-innen	242	311	405

Tabelle 1.5: Entwicklung der Beschäftigten in den pflegerischen Berufsgruppen; (Statistisches Bundesamt, 2014)

Hier steigt auf den ersten Blick die Zahl der Beschäftigten, jedoch ist hier ein vermehrter Anteil von Teilzeitkräften, die Arbeitsverdichtung durch kürzere Verweildauer und die Steigerung der Pflegebedürftigen lt. der demographischen Entwicklung zusätzlich zu berücksichtigen.

Zu beobachten ist ebenfalls eine Tendenz zur Umverteilung von pflegerischen Aufgaben und Tätigkeiten auf Assistenzpersonal. Umgekehrt werden ärztliche Tätigkeiten durch Delegation und Allokation an hochspezialisiertes Pflegepersonal abgegeben, nämlich an künftige, sogenannte Advanced Practise Nurses, mit einem akademischen Abschluss. Diese Faktoren sind in der Tabelle nicht berücksichtigt.

## 1.7 Innovationsbedarf im Krankenhaus in Zukunft

Advanced Nursing Practise<sup>1.34</sup> wird durch Pflegewissenschaftler (Advance Practise Nurses<sup>1.35</sup> (APN), die in der direkten klinischen Praxis, am Patientenbett, tätig sind, durchgeführt. Sie übernehmen zu den, in der

<sup>1.33</sup> (Statistisches Bundesamt, 2014)

<sup>1.34</sup> Freie Übersetzung der Autorin: Erweitertes berufliches Aufgabenfeld in der pflegerischen Praxis

<sup>1.35</sup> Freie Übersetzung der Autorin: Akademisiertes Pflegepersonal mit erweiterten Aufgaben in der pflegerischen Praxis



---

Berufsordnung der Pflegenden<sup>1.36</sup> beschriebenen Berufsaufgaben zusätzliche, erweiterte Aufgaben in Bezug auf die Patientenversorgung. Bedingt durch die Veränderungen in der Berufsausbildung und den Weiterbildungs- und Studienmöglichkeiten in der Pflege, kommen mehr und mehr akademisch qualifizierte Pflegepersonen in die Kliniken, dabei gelten die APN's als Pflegepersonen auf Masterebene. Zum Beispiel werden Aufgabenkomplexe aus dem ärztlichen in den pflegerischen Zuständigkeitsbereich übertragen werden, wie die Punktion venöser Blutgefäße zur Blutentnahme.

In Großbritannien und in den skandinavischen Ländern besteht eine größere Handlungsautonomie der Pflegenden. Die Zuständigkeiten umfassen z. B. die Aufnahme und die Entlassung von Patienten, bei denen die Pflegenden neben der Beobachtung und einem Gespräch auch körperliche Untersuchungen durchführen, dokumentieren und Handlungen daraus ableiten. Mit zu Hilfenahme von Assessmentinstrumenten, Standards und Leitlinien lassen sich daraus wirksame Qualitätsverbesserungen ableiten. Schulen, Anleiten und Beraten sowie Steuerung von Prozessen stellen einen weiteren Aufgabenkomplex dar. Weitere Chancen sind das präoperative Assessment, die Pflegevisite, gemeinsam mit den ärztlichen Kollegen, Vorbereitung auf endoskopische Untersuchungen bis hin zur Verordnung von Pflegemitteln.

Die Aufgabenfelder akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen müssen in den Krankenhäusern noch diskutiert werden. Dabei entstehen ebenfalls erweiterte Kompetenzprofile im Vergleich zu nicht-akademisch ausgebildetem Pflegepersonal. Diese pflegerischen Handlungsfelder von wissenschaftlich ausgebildetem Pflegepersonal umfassen<sup>1.37</sup>:

- Die Weiterentwicklung der Pflege durch empirische Pflegeforschung
- Die Implementierung von Forschungsergebnissen in die Pflegepraxis
- Die Identifizierung und Erstellung von Konzepten

---

<sup>1.36</sup> (DPR - Deutscher Pflegerat e. V., 2004)

<sup>1.37</sup> (Lemke, Leupold, Pröbstl, Reinhart, Recken, & Hülsken-Giesler, 2014)

- Die Evaluation der Versorgungs- und Betreuungsqualität
- Die Beratung und Anleitung von Mitarbeitern zu Fragen aktueller pflegerischer Versorgung
- Die Umsetzung von Veränderungen in Teams

Und die daraus folgenden Aufgaben für Pflege-Bachelors:

- Auswahl von Assessmentinstrumenten, Festlegung von Abläufen
- Prozesssteuerung in einer primären Pflegeverantwortung, Fallsteuerung
- Einzelfallorientierte Interventionen
- Mitwirkung bei der Entwicklung und Verantwortung bei der Umsetzung von Pflegeleitlinien bzw. Pflegestandards
- Patientenschulung inkl. deren Evaluation in Bezug auf die Wirksamkeit
- Identifikation/Bewertung und Integration neuer Erkenntnisse in die Pflegepraxis
- Evaluation des Pflegeprozesses und Behandlungsprozesses
- Einschätzung und Festlegung des pflegerischen Versorgungs- und Betreuungsbedarfs
- Beratung, Anleitung und Information von Pflegebedürftigen Personen aller Altersgruppen sowie deren Familien und Bezugspersonen
- Erhebung einrichtungsspezifischer statistischer Erhebungen
- Begutachtung pflegerische Versorgung und Betreuung in unterschiedlichen pflegerischen Handlungsfeldern (stationär – ambulant)
- Koordinationsaufgaben in stationären und ambulanten Pflegesettings

Durch das Konzept der APN und die damit verbundenen, pflegerischen Handlungsfelder akademisch ausgebildeter Pflegepersonen, führt zu einer erweiterten, beruflichen Handlungskompetenz. Voraussetzung dafür sind die entsprechenden Innovationen in der Pflegebildung<sup>1.38</sup>, eine rechtliche

---

<sup>1.38</sup> (DBR - Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2007; 2009)

Anpassung bezogen auf Haftung, Verträge und Leistungen sowie eine neue Ausgestaltung der interdisziplinären Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen<sup>1.39</sup>. Die Führungsverantwortlichen in den Krankenhäusern und anderen pflegerischen Einrichtung gefordert, den geeigneten Handlungsspielraum zu schaffen und zu gestalten.

Den oben genannten Innovationen, der Umverteilung von Aufgabenkomplexen und Tätigkeiten folgt eine höhere Arbeitsdichte, wenn nicht die Pflegenden ebenfalls einen Teil ihrer grundlegenden Aufgaben und Tätigkeiten an andere Berufsgruppen abgeben. Die Tatsachen der demographischen Entwicklung und der Personalsituation wirken sich trotz dieser Neuregelungen auf das Arbeitsfeld der Pflegenden aus. In vielen Kliniken der Bundesrepublik Deutschland unterstützt Assistenzpersonal das Pflegepersonal auf den Stationen und in den Funktionsbereichen. Sie nennen sich Organisationsassistenten, Serviceassistenten, Stationssekretär/-innen etc. Die meisten von ihnen sind angelernt oder haben eine abgeschlossene Berufsausbildung zum medizinischen Fachangestellten (vormals Arzthelfer/innen), die zwar Kenntnisse über das Gesundheitswesen mitbringen, jedoch sind diese Erfahrungen eher im administrativen Bereich (z. B. Krankenkassenabrechnungen und Terminmanagement), sowie im medizinischen Bereich (Assistenz-tätigkeiten in einer Arztpraxis) angesiedelt. Hier fehlt die Erfahrung in der Pflege, ein Pflegeverständnis das sich am Pflegebedarf eines Menschen ausrichtet. Dies kann nicht „nebenher“ erlernt werden.

Die Personalentwicklung der Kliniken zielt künftig auch auf die sogenannte Serviceassistenz ab. Deren Aufgabenprofil beinhaltet hauptsächlich die Essensbestellung, Essensverteilung, ebenso wie Aufgaben in Patientenküche, Patientenaufenthaltsraum und Tätigkeiten wie hygienisches Aufbereiten von Materialien im Pflegearbeitsraum. Durch den Kontakt zu den Patienten im elementaren Bereich wie Nahrungsaufnahme, (es ist allgemein bekannt, dass eine Klinik häufig nach der Quantität und Qualität des Essens beurteilt wird), steht die

---

<sup>1.39</sup> (Stemmer & Böhme, 2008; DBfK - Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.v., 2013; Friesacher, 2013; Schmitte et.al, 2014; Teigeler, 2014)

Servicekraft in Verbindung mit Pflegepersonal und Patient. Einige Servicekräfte äußern durchaus den Wunsch: "Ich könnte doch dem Patienten das Essen eingeben, ihm die Zahnpflege sowie eine bequeme Lagerung ermöglichen, da ich ja schon im Zimmer bin und der Patient nicht mehr nach der Pflegekraft rufen muss, die viele andere Aufgaben zu erfüllen hat". Hier korreliert die Tätigkeit der Servicekraft mit der grundständigen pflegerischen Tätigkeit. In der Tat kristallisieren sich hier Schnittmengen der Aufgaben von Hotel- und Gaststättenberufen und dem Pflegeberuf heraus. Hier sind folgende Fragen zu stellen:

1. Weiß die Servicekraft um den gesamten Sachverhalt der Erkrankung und der daraus entstehenden Einschränkungen der Patienten?
2. Kann die Servicekraft beurteilen, ob die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme in ausreichendem Maße erfolgt ist oder welche Lagerung für den Patienten durchzuführen ist?

Es fehlt das professionelle, komplexe Hintergrundwissen einer examinierten Pflegeperson.

Die Überlegungen, Servicepersonal bevorzugt aus dem Hotel- und Gastronomiewesen einzusetzen, bringen es konsequenterweise mit sich, dass nicht unerhebliche Koordinations- und Kommunikationsprozesse zwischen den Berufsgruppen abzustimmen sind. Dies stellt eine weitere große Herausforderung für die Organisationsentwicklung in den Krankenhausbetrieben dar<sup>1.40</sup>.

Isfort und Weidner weisen in der Studie „Pflegethermometer“<sup>1.41</sup> nach, dass jede zweite befragte Pflegekraft sich gegen die Übernahme von Reinigungstätigkeiten (z. B. Flächendesinfektion) ausspricht, jede dritte es zwar als notwendig ansieht, jedoch nur selten diese Tätigkeit übernehmen möchte. Serviceleistungen wie Telefonanmeldung für zu Pflegende zeigen ähnliche Ergebnisse. Aufgaben bezüglich der Materialbeschaffung und Logistik werden von jeder vierten Pflegekraft nicht als deren originäre Tätigkeit angesehen. Es zeigt sich, dass Leistungen, die eine geringere

---

<sup>1.40</sup> (Stemmer & Böhme, 2008; Isfort & Weidner F., 2010)

<sup>1.41</sup> (Isfort & Weidner F., 2010)

Akzeptanz bei Pflegenden aufweisen, eher delegiert werden. Die Begleitsdienste werden differenziert betrachtet. Hier unterscheiden die Pflegenden zwischen Begleitung und einem medizinischen Transport. Jeweils abhängig von der Situation, betrachten die befragten Pflegenden einen Transport des frischoperierten Patienten als einen medizinischen Transport und daher als nicht delegierfähig. Im Gegensatz ist ein Transport nicht gefährdeter Patienten zu einer endoskopischen Untersuchung eine Begleitung, die delegiert werden kann. Interessant ist auch die Aussage, dass die Pflegenden hinsichtlich des eigenen Tätigkeitsspektrums diese Leistungen dem eigenen Berufsbild zuordnen und somit zum eigenen Pflegehandeln gerechnet werden<sup>1.42</sup>.

Zusammenfassend zeigt sich folgende Situation:

Einerseits entwickeln sich neue Aufgabenfelder mit erweiterter Pflegepraxis für sog. Advanced practise nurses und für die akademisch ausgebildeten Pflegefachkräfte und andererseits erfolgt die Abgabe von Aufgaben an Assistenzpersonal (s. Abb. 1.4), z. B. Servicepersonal. Überschneidungen der Aufgaben sind derzeit unvermeidlich.

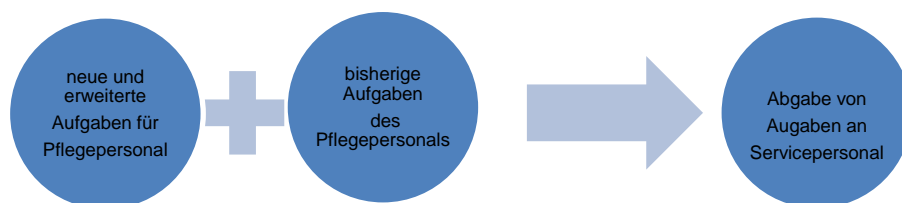


Abbildung 1.4: Übernahme neuer erweiterter Aufgaben zu den bisherigen Aufgaben führt zu Abgabe von Aufgaben an Servicepersonal

Die künftigen Aufgabenfelder des Personals auf den pflegerischen Stationen in den Krankenhäusern müssen von den Führungsverantwortlichen der Pflege gemeinsam mit Personalentwicklern diskutiert werden.

## 1.8 Kundenorientierung im Gesundheitswesen

Die Einrichtungen des Gesundheitswesens, Kliniken und Altenheime, sind lt. § 70, Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit des Sozialgesetzbuch V

<sup>1.42</sup> (Isfort & Weidner F., 2010)

---

verpflichtet, Qualität und ein definiertes Qualitätsmanagement nachzuweisen<sup>1.43</sup>. Die derzeitigen Zertifizierungsbestrebungen der Einrichtungen, nach den Bestimmungen ausgewählter Qualitätsinstrumente, bestätigen diese Verpflichtung zur Qualität.

Wichtig scheint es hier, einen Kundenbegriff zu verwenden, der umfassend ganzheitlich zu sehen ist und nicht nur aus einer monetären und wirtschaftlichen Perspektive. Humanität und Qualität im Kundeninteresse richten sich insbesondere auf HotelService, Unterbringung und Verpflegung<sup>1.44</sup>. Um hier auf dem qualitativen Sektor punkten zu können, sehen Kliniken und Altenheime die Chance, die so genannte „Hotelleistung“ auszubauen. Zum Beispiel entstehen Komfortstationen, die neben der ärztlichen und pflegerischen Versorgung auch einen hohen Servicestandard bieten. Diese Entwicklung zeichnet sich nicht nur in Kliniken ab, sondern auch in den Wohn- und Pflegebereichen der Seniorenheime. In der näheren Umgebung von Kliniken entstehen sogenannte „Patientenhotels“<sup>1.45</sup>, die nach einem kurzzeitigen Klinikaufenthalt eine Weiterversorgung für Patienten anbieten. Insbesondere richtet sich dieses Angebot an Patienten, die noch nicht in der Lage sind oder sich selbst noch nicht in der Lage sehen, nach der Entlassung aus der Klinik, zu Hause zurecht zu kommen. Eine Studie aus dem Jahre 2010 zeigt für diese Branche ein Wachstumspotenzial<sup>1.46</sup>.

Um Servicestandards zu erfüllen und damit im Bereich der Kundenorientierung punkten zu können, denken Führungsverantwortliche in pflegerischen Einrichtungen daran, das entsprechende Personal dafür einzustellen. Zwierlein unterscheidet zwischen einer externen Kundenorientierung (s. Abb. 1.5), die Patienten, Bewohner, Gäste betrifft und einer internen Kundenorientierung, die Mitarbeiter betrifft<sup>1.47</sup>.

---

<sup>1.43</sup> (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 1998)

<sup>1.44</sup> (Zwierlein, 1997)

<sup>1.45</sup> (Löffler, 2007)

<sup>1.46</sup> (deloitte & touche, Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, 2010)

<sup>1.47</sup> (Zwierlein, 1997)

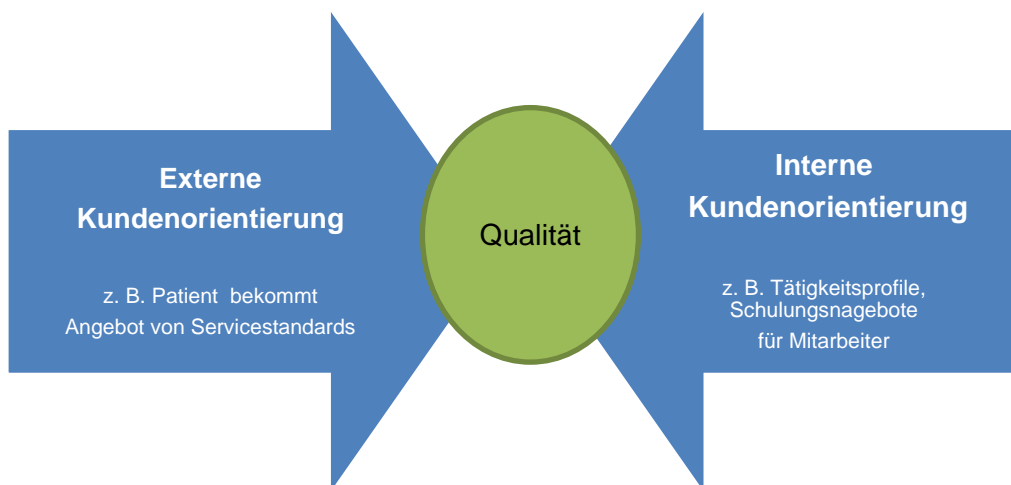


Abbildung 1.5: Unterscheidung zwischen externer und interner Kundenorientierung in Bezug auf die Qualität im Krankenhaus

In Anlehnung an Donabedian wird hier Qualität als der Grad der Übereinstimmung zwischen den Zielen der Kunden bezüglich des Service und des tatsächlich geleisteten Service durch die Mitarbeiter verstanden<sup>1.48</sup>. Damit Personal in den Krankenhäusern die Standards im Rahmen der Kundenorientierung bedienen kann, gilt es auf der Organisationsebene, bezüglich der Hotelleistung, Tätigkeitsprofile zu entwickeln. Dies umfasst u. a. auch die Übertragung von pflegerischen Tätigkeiten auf Servicepersonal aus dem Hotel- und Gastronomiewesen, im Rahmen von Schnittstellen beider Berufe zu definieren. Damit kann pflegerische Qualität gesichert und die externe Kundenorientierung, durch den Ausbau der Hotelleistung, unterstützt werden.

Neben der Entwicklung von organisatorischen Aufbaustrukturen und Ablaufprozessen, muss ebenso die personale Ebene in Form von Personalentwicklung, Qualifikation, Schulung und Trainings betrachtet werden. *„Es ist der Mensch, der diese Qualität erbringt, deshalb ist auch für dessen Qualifizierung Sorge zu tragen!“*<sup>1.49</sup> Dies bedeutet, ein Schulungsangebot für Servicepersonal im Krankenhaus durch Fort- und Weiterbildung anzubieten. Der Lernbedarf sowie die Inhalte dieser

---

<sup>1.48</sup> (Zwierlein, 1997; Weidlich, 2011)

<sup>1.49</sup> (DBfK - Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, e.V., 2012)

Schulungsmaßnahme für Servicepersonal ergeben sich aus den Resultaten der Befragung von Pflegeexperten in dieser Arbeit. Weitere Angebote der Personalentwicklung sind dem Pflegepersonal geschuldet durch Abgabe und Delegation von Tätigkeiten an Servicepersonal, ohne jedoch dafür die Gesamtverantwortung aufzugeben. An dieser Stelle wäre zu prüfen, inwieweit Pflegepersonal auf Stationen in Krankenhäusern in der Lage ist, diese erweiterte Kompetenz zu tragen. Hier gilt es auf der Individualebene Pflegepersonal zu führen und zu entwickeln, damit diese Mitarbeiter in der Lage sind, mit dem Servicepersonal ein Team zu bilden, um in der Zukunft die Anforderungen der Patientenversorgung gemeinsam zu meistern. Pflegeleistung ergänzt Serviceleistung und umgekehrt (s. Abb. 1.6).

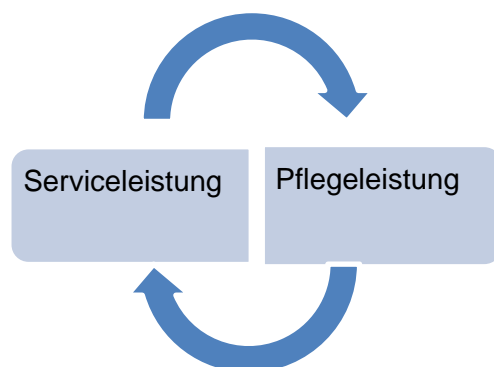


Abbildung 1.6: Serviceleistung ergänzt Pflegeleistung und umgekehrt - Serviceleistung erbringt pflegerische Leistungen und pflegerische Leistungen werden durch die Serviceleistung für den Patienten erbracht.

Dies kann gelingen, wenn die Mitarbeiter den Patienten oder Kunden als Mittelpunkt des Handelns ansehen, ohne ihr Selbstmanagement, die Befähigung der Selbstführung aufzugeben. Das soll heißen: Nicht für alle Bedürfnisse der Kunden kann, im Rahmen der beruflichen Tätigkeit von Pflege und Service gesorgt werden. Um diese Gratwanderung zu meistern, besteht künftig der Bedarf, die Selbstmanagementkompetenz von Mitarbeitern zu stärken. Durch Personalentwicklungsmaßnahmen, wie



Fort- und Weiterbildung, Coaching und Supervision kann, seitens der Krankenhäuser, darauf reagiert werden. Es muss nicht nur Servicepersonal geschult werden, sondern auch Pflegepersonal, um diesen Organisationsentwicklungsprozess erfolgreich tragen und gestalten zu können. Dieser Sachverhalt kann in dieser Arbeit nicht untersucht werden. Es wäre eine weitere Aufgabe, ein organisatorisches System Pflege und Service zu bilden. Durch die Schulungsmaßnahme könnte eine interne, mitarbeiterbezogene Kundenorientierung als Qualitätsmerkmal geschaffen werden und gleichzeitig die externen Kunden, (Patienten, Bewohner und Gäste) davon profitieren.

### 1.9 Personalkosten im Gesundheitswesen

Die Kosten in Krankenhäusern unterteilen sich in Sach- (Erzeugerpreise, Verbraucherpreise, Baupreise) und Personalkosten (Lohnkosten und Lohnnebenkosten). Eine vergleichende Übersicht der Gesamtkosten (in Mio. Euro) der Einrichtungen im Gesundheitswesen, die alle o. g. Kostenarten inkludieren und deren stetige Mehrung zeigt die Tabelle (s. Tab. 1.6)<sup>1.50</sup>:

Einrichtung	Jahr 2000	Jahr 2005	Jahr 2010	Jahr 2011	Jahr 2012
Ambulante Pflege	5.788	7.135	10.042	10.954	11.326
Krankenhäuser	56.080	61.888	74.388	76.869	78.819
Stationäre/teilstationäre Pflege	14.851	18.113	21.525	22.210	22.764

Tabelle 1.6: Kosten im Gesundheitswesen nach Einrichtung in Mio. Euro; (Statistisches Bundesamt, 2014)

Die Gesamtkosten der Einrichtungen im Gesundheitswesen beinhalten die Personalkosten des nicht-ärztlichen Personals, zu welchem die Pflegekräfte zählen. Diese Kosten weisen ebenfalls eine stetige Mehrung auf und entwickelten sich in den Jahren von 2006 bis 2010 wie folgt (s. Tab. 1.7)<sup>1.51</sup>

2006	2007	2008	2009	2010	2012
30.512.563	30.529.546	31.248.001	32.771.379	33.562.139	36.092.847

Tabelle 1.7: Personalkosten nicht-ärztliches Personal in 1.000 Euro; (Statistisches Bundesamt, 2013)

<sup>1.50</sup> (Statistisches Bundesamt, 2014)

<sup>1.51</sup> (Statistisches Bundesamt, 2013)

Die Unternehmen differenzieren die Personalkosten nach Beschäftigungsgruppen, wie Voll- und Teilzeitbeschäftigte, nach Geschlecht und Leistungsgruppen. Die Leistungsgruppen ermöglichen eine Stufung der Arbeitnehmertätigkeiten nach Qualifikationsniveau und Anforderungen des Arbeitsplatzes.

Die Beschäftigung von Servicepersonal bedeutet vermutlich eine Reduktion der Personalkosten im nicht-ärztlichen Bereich. Eine Pflegekraft, welche die unter Punkt 2.6 genannten Serviceleistungen erfüllt, steht für ihre Kernaufgabe, die Pflege, nicht mehr in ganzem Umfang zur Verfügung. Die Vergütung für eine Pflegerperson ist höher als einer Serviceperson. Hier ist ein Qualifikations- und Tätigkeitsprofil für Servicepersonal die Grundlage für eine entsprechende tarifliche Einstufung. Es entsteht künftig ein Qualifikations-Mix auf den pflegerischen Stationen in Krankenhäusern aus Pflegefachpersonal und Servicepersonal, deren Vergütung vermutlich unterschiedlich eingestuft wird.

### **1.10 Zusammenfassung**

Zusammengefasst zeigt sich die Brisanz der aktuellen, multifaktoriellen Einflüsse wie folgt (s. Abb. 1.7):

1. Die demographische Entwicklung in Deutschland mit den Auswirkungen auf die Anzahl der zu Pflegenden und der Beschäftigten im Gesundheitswesen und die Darstellung des Pflegepersonalmangels. Die derzeitige Entwicklung der Zahlen der Beschäftigten sind zwar korrektive Maßnahme, jedoch reicht dies unter der Betrachtung der Demographie und er zu erwartenden Anzahl von zu Pflegenden in den kommenden Jahrzehnten nicht aus um den Bedarf zu decken.
2. Die Veränderungen der Pflegebildung und Pflegeausbildung mit den Auswirkungen auf zukünftige, innovative Aufgabenprofile in den Krankenhäusern als eine der größten Herausforderungen innerhalb der Berufsgruppe der Pflegenden.

3. Die Kundenorientierung im Sinne von externen (Patienten, Bewohnern, Gästen) und internen Kunden (Mitarbeitern) als Qualitätsmerkmal von Unternehmen, auch von Dienstleistungsunternehmen als Marketingstrategie nach außen und als Strategie für eine betriebliche Organisationsentwicklung und Personalentwicklung nach innen.
4. Die Kosten, insbesondere die Personalkosten, in den Einrichtungen des Gesundheitswesens, deren tarifliche Anpassung nicht mit einem Stellenabbau ausgeglichen werden kann. Diese Maßnahmen in den letzten zehn Jahren haben sich als ein Fehler erwiesen.

Aktuelle Einflussfaktoren auf die Pflege	Demographischer Wandel
	Pflegebedarf
	Personalmangel
	Pflegebildung
	Bewerbersituation
	Personelle Entwicklung
	Innovationsbedarf
	Kundenorientierung
	Personalkosten

Abbildung 1.7: Aktuelle Einflussfaktoren auf die Pflege

Aus dieser Reihe aktueller Einflussfaktoren auf die Pflege generiert sich der Begründungszusammenhang für die zentrale Frage dieser Dissertation:

**„Inwieweit ist nach Meinung von Experten in der stationären Pflege ein Einsatz von Servicepersonal notwendig, das in der Lage ist, durch definierte Tätigkeiten und Anforderungen Pflegepersonal zu unterstützen?“**

Ausgehend von den aktuellen, multifaktoriellen Einflüssen, stellt die Autorin ausgewählte, professionstheoretische Denkrichtungen der Pflege dar.

Über ein allgemeines Pflegeverständnis von Selbstpflege, Laienpflege und professioneller Pflege hinaus, werden pflegetheoretische Grundlagen aufgezeigt. Schließlich wird ein Pflegemodell genutzt, welches sich auf die Identifikation von Tätigkeiten von professionellem Pflegepersonal und Servicepersonal aus dem Hotel- und Gaststättenwesen anwenden lässt. Hier kommen Pflegeleistung und Serviceleistung zusammen.

In den Lehrplänen beider Ausbildungsberufe ist die Entwicklung von beruflicher Handlungskompetenz als Ziel beschrieben. Die theoretische Basis bilden unterschiedliche Handlungskompetenzmodelle, in denen personalen, sozialen, methodischen und fachlichen Kompetenzen beschrieben sind. Hier soll ein Bezug zu einem Modell hergestellt werden.

Meine erste vorangestellte These zum Thema lautet:

In der beruflichen Tätigkeit von Pflegepersonal und Hotel- und Gastronomiepersonal finden sich Schnittstellen in bestimmten Tätigkeitsbereichen.

Dies soll im Methodenteil durch eine Delphi-Befragung als zweistufiges Verfahren geklärt werden. In einer ersten Befragungswelle geht es um eine Erhebung der Ausgangssituation über die Beschäftigung von Servicepersonal im Krankenhaus durch einen standardisierten Fragebogen. Die Fragen richten sich an Pflegeexperten in Krankenhäusern.

In einer zweiten Befragungswelle geht es um die je speziellen Tätigkeiten von Pflegepersonal. Dabei soll geklärt werden, welche Tätigkeiten an Servicepersonal übertragen werden könnten und ob hierzu ein Lernbedarf besteht oder nicht. Die zweite Delphi-Befragungswelle erfolgte durch leitfadengestützte, standardisierte Interviews mit Pflegeexperten in Krankenhäusern. Hypothetisch bedeutet dies, dass Pflegeexperten der Meinung sind, dass bestimmte pflegerische Tätigkeiten an Servicepersonal abgegeben werden können.

Meine zweite vorangestellte These zum Thema lautet:

Bei Tätigkeiten von Servicepersonal im Krankenhaus besteht trotz der grundständigen Ausbildung im Hotel- und Gastronomiewesen ein Lernbedarf. Die Ergebnisse beider Befragungswellen werden im Methodenteil dargestellt.

Die, von Pflegeexperten genannten, Tätigkeiten und Angaben bezüglich eines Lernbedarfs, bilden die Grundlage für ein situatives, tätigkeitsbezogenes Anforderungsprofil für Servicepersonal in der stationären Pflege in Krankenhäusern. Das Anforderungsprofil ist gegliedert nach einem Handlungskompetenzmodell, in welchem personale, soziale, methodische und fachliche Kompetenzen für die Tätigkeiten von Servicepersonal in der stationären Pflege beschrieben werden. Diese Anforderungen stellen einen Lernbedarf für Servicepersonal in der stationären Pflege dar. Das situative, tätigkeitsbezogene Anforderungsprofil, ist für Betriebspädagogen in Unternehmen ein Sollprofil und damit eine Grundlage, um diesen Lernbedarf zu ermitteln.

Durch ein situatives, tätigkeitsbezogenes Anforderungsprofil sind Bildungsbeauftragte in Krankenhäusern in der Lage, eine gezielte Bildungsmaßnahme für Servicepersonal in der stationären Pflege, zu entwickeln.

Ein unreflektiertes Übertragen von pflegerischen Tätigkeiten auf Servicepersonal wird nicht dem Anspruch gerecht, gesundheitlich eingeschränkte Menschen, während ihres Krankenhausaufenthalts, zu begleiten. Die Ausführungen in vorliegender Dissertation könnten dazu beitragen, die aktuellen Probleme der Pflege zu mildern. In Abbildung 1.8 ist die Aufbaustruktur der Dissertation im Überblick dargestellt.

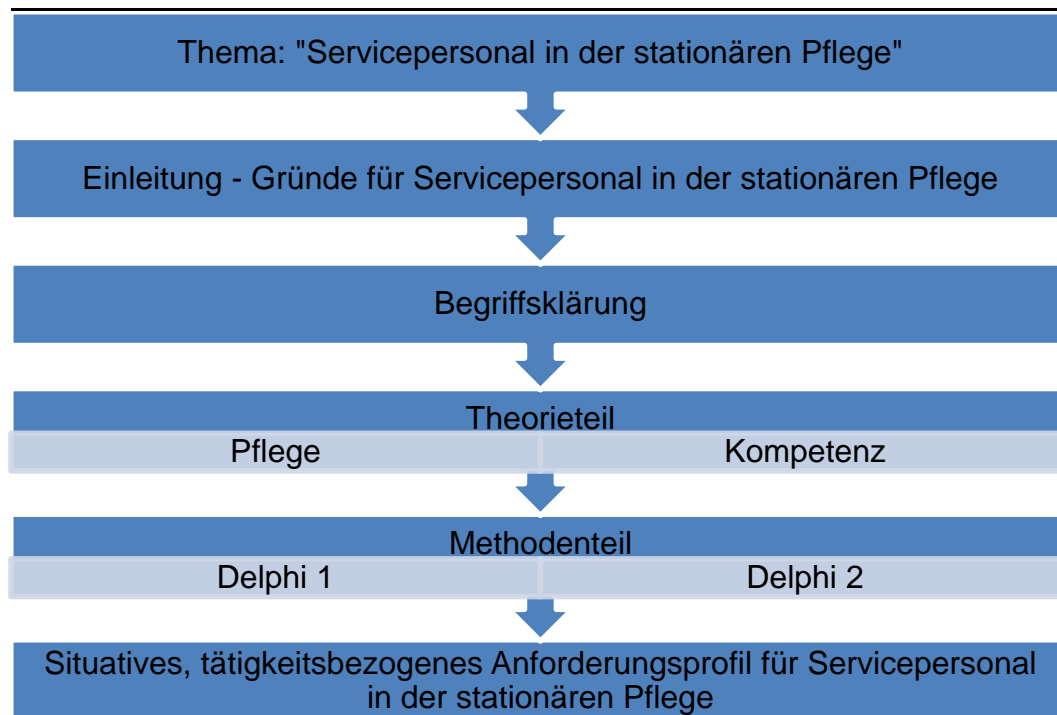


Abbildung 1.8: Aufbaustruktur der vorliegenden Dissertation

## 2. Begriffsklärungen

In diesem Kapitel sollen die Bedeutung der zentralen Begriffe „Service“, „Personal“ und „stationäre Pflege“ des Titels der Dissertation geklärt werden (s. Abb. 2.1). Auf diesem Wege soll ein Zusammenhang zum Thema hergestellt werden.

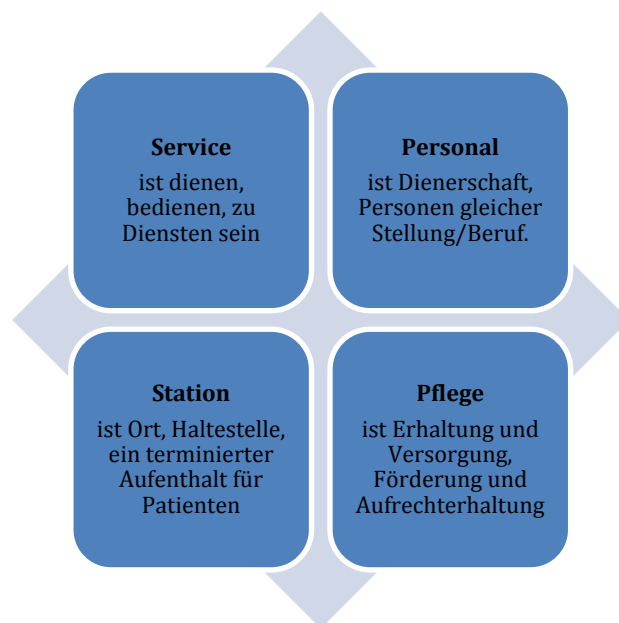


Abbildung 2.1: Zentrale Begriffe der Dissertation: Service, Personal, Station, Pflege,

### 2.1 Die Bedeutung des Begriffs „Servicepersonal“.

Um sich der Bedeutung des Begriffs „Servicepersonal“ zu nähern scheint es erforderlich, die Perspektive auf „Service“ und auf „Personal“ zu richten.

#### 2.1.1 Zum Begriff „Service“.

Der Begriff „Service“ stammt aus dem französischen Sprachgebrauch und bedeutet „Dienst“ bzw. „(Be)dienen“<sup>2.1</sup>. In der Gastronomie und Hotellerie ist „Service“ eine Berufsbezeichnung in der „dienen“ und „bedienen“ im Vordergrund stehen, insbesondere „Servieren“, im Sinne von Auftragen und Darbieten von Speisen und Getränken<sup>2.2</sup>. Hierzu wird ein sogenanntes „Service“ genutzt, ein zusammengehöriges Set von Essgeschirr, das zum

---

<sup>2.1</sup> (Krünitz, 1830; Grimm & Grimm, 1971)

<sup>2.2</sup> (Grimm & Grimm, 1971)

---

Essen und Trinken bei einer Tafel nötig ist<sup>2.3</sup>. Das Bedienen bei Tisch ist eine Form des „Dienens“, im Sinne von „einem anderen dienen“ oder einem anderen untertan sein. Somit wird eine „Dienstpflicht“ erfüllt, es besteht eine Verbindlichkeit „zu Diensten zu sein“<sup>2.4</sup> und gilt für die Gastronomie und Hotellerie. Diese „Dienstpflicht“ kann ebenso auf den „Dienst“ in Krankenhäusern übertragen werden. Weiterführend sprechen wir hier statt von „Dienstpflicht“ nun von einer „Dienstleistung“, die voraussetzt, daß die Erbringer sich freiwillig zu einer „Dienstleistung“ als Tätigkeit verpflichten. In Dienstleistungssektoren ist „Service“ gekennzeichnet als Nicht-produktive Leistung, als Zusatzleistung, eines erstellten Produktes, dessen Empfänger der Kunde ist<sup>2.5</sup>. In Unternehmen erleben Kunden „Service“ als „Dienstleistung“ als einen Moment der besonderen Aufmerksamkeit<sup>2.6</sup>. Die Person als „Dienstleistungserbringer“ benötigt die Fähigkeit, aufmerksam wahrnehmen und beobachten zu können. Diese Auffassung trifft auch für die Tätigkeit in der Gastronomie und Hotellerie sowie auch in Krankenhäusern zu. Dort werden Leistungen für Kunden erbracht. Die Kunden „verdienen“ die besondere Aufmerksamkeit der Leistungserbringer und erfahren eine besondere Wertschätzung.

Die Erbringer und Empfänger der „Dienstleistung“ sind Menschen. Der „Service“ bzw. der „Dienst“ am Menschen als ein „Dienst“ am Nächsten setzt eine wertschätzende Haltung voraus, die sich im Handeln zeigt. Das mit der Pflege verbundene, christliche Werteverständnis setzt voraus, dass eine Person, die bereit ist, ihren Mitmenschen zu helfen, aus Nächstenliebe handelt. Der Nächste, das ist der Andere, der Nachbar. Dieses Gefüge zu einem Nächsten ist ein soziales Nähe-Verhältnis mit einer Verantwortlichkeit für die Bewahrung des Lebens. Bereits in der Bibel, im 3. Buch Mose / Levitikus Kapitel 19: „Von der Heiligung des täglichen Lebens“ wird der Mensch als verantwortlich für die Bewahrung des Lebens der Mitmenschen beschrieben: *„Auch sollst du in deinem Weinberg nicht Nachlese halten noch die gefallenen Beeren auflesen,*

---

<sup>2.3</sup> (Krünitz, 1830)

<sup>2.4</sup> (Grimm & Grimm, 1971)

<sup>2.5</sup> (Lies, 2013)

<sup>2.6</sup> (Georges, 1998; Lies, 2013)



---

*sondern dem Armen und Fremdling sollst Du es lassen“ und „Du sollst Deinen Nächsten lieben, wie dich selbst“<sup>2.7</sup>.*

Im übertragenen Sinn könnten heutzutage der Arme und der Fremdling Kunden, Gäste oder Patienten sein, deren tägliches Leben bewahrt wird.

Menschliche Solidarität ist als Wert eng verknüpft mit Nächstenliebe und äußert sich im „Dienst am Menschen“. „Dienst“ am Menschen bedeutet hierbei, sich zu Armen, Kranken und Ausgegrenzten hinzuwenden<sup>2.8</sup>, vgl. NT Lukas Kapitel 10, Vers 25 „Der barmherzige Samariter“<sup>2.9</sup>.

Martin Luther bezeichnet Nächstenliebe und menschliche Solidarität in einem *„freien, willigen, fröhlichen Leben dem Nächsten umsonst zu dienen“<sup>2.10</sup>*. Bei Papst Benedikt XVI. steht hierzu, das *„Sehen mit Christus und dem anderen mehr zu geben als die äußerlich notwendigen Dinge“<sup>2.11</sup>*. Martin Luther betont das freiwillige Handeln in einer „Dienstleistung“, zu der sich ein Mensch aus freien Stücken und willentlich entscheidet. Im Zeitalter Luthers wird diese Tätigkeit umsonst, ohne eine vergütete Gegenleistung, erbracht. Dies trifft heutzutage nicht mehr zu, die getätigte Dienstleistung vergüten die Arbeitgeber mit einem Entgelt.

---

<sup>2.7</sup> (Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland, 1967)

<sup>2.8</sup> Der barmherzige Samariter

Und siehe, da stand ein Schriftgelehrter auf, versuchte ihn und sprach: Meister, was muss ich tun, dass ich das ewige Leben ererbe? Er aber sprach zu ihm: Was steht im Gesetz geschrieben? Was liest du? Er antwortete und sprach: Du sollst den Herrn, deinen Gott, lieben von ganzem Herzen, von ganzer Seele, von allen Kräften und von ganzem Gemüt, und deinen Nächsten wie dich selbst« (5.Mose 6,5; 3.Mose 19,18). Er aber sprach zu ihm: Du hast recht geantwortet; tu das, so wirst du leben.

Er aber wollte sich selbst rechtfertigen und sprach zu Jesus: Wer ist denn mein Nächster? Da antwortete Jesus und sprach: Es war ein Mensch, der ging von Jerusalem hinab nach Jericho und fiel unter die Räuber; die zogen ihn aus und schlugen ihn und machten sich davon und ließen ihn halb tot liegen.

Es traf sich aber, dass ein Priester dieselbe Straße hinab zog; und als er ihn sah, ging er vorüber. Desgleichen auch ein Levit: Als er zu der Stelle kam und ihn sah, ging er vorüber. Ein Samariter aber, der auf der Reise war, kam dahin; und als er ihn sah, jammerte er ihn; und er ging zu ihm, goss Öl und Wein auf seine Wunden und verband sie ihm, hob ihn auf sein Tier und brachte ihn in eine Herberge und pflegte ihn. Am nächsten Tag zog er zwei Silbergroschen heraus, gab sie dem Wirt und sprach: Pflege ihn; und wenn du mehr aus gibst, will ich dir's bezahlen, wenn ich wiederkomme.

Wer von diesen dreien, meinst du, ist der Nächste gewesen dem, der unter die Räuber gefallen war? Er sprach: Der die Barmherzigkeit an ihm tat. Da sprach Jesus zu ihm: So geh hin und tu desgleichen (Rat der evangelischen Kirche in Deutschland, 1967)

<sup>2.9</sup> (Rat der evangelischen Kirche in Deutschland, 1967)

<sup>2.10</sup> (Luther, 1981)

<sup>2.11</sup> (Benedikt, 2006)

Das Sehen mit Christus, kann als die aufmerksame Wahrnehmung und Beobachtung des Kunden bzw. Patienten interpretiert werden. Einem anderen mehr zu geben als die äußerlich notwendigen Dinge, bezieht sich vermutlich auf die Behauptung von Aristoteles, dass der Mensch mehr ist als die Summe seiner Teile, und Körper, Geist und Seele als ein Ganzes betrachtet werden<sup>2.12</sup>.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezeichnet Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit, sondern als Zustand des vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens<sup>2.13</sup>. Soziales Wohlbefinden hängt wiederum zusammen mit dem Menschen als Nächsten, als Anderen, als Nachbarn. Der Mensch erbringt als „Dienstleister“, als „Serviceleistender“ Handlungen an Mitmenschen in einer wertschätzenden Haltung. Dabei ist Haltung, als geistige Haltung, in Form der Nächstenliebe gemeint, die sich im Handeln den anderen gegenüber zeigt. Nächstenliebe und menschliche Solidarität sind grundlegende Werte, um eine „Dienstleistungstätigkeit“ an Menschen auszuüben, sowohl im Sektor Hotel und Gastronomie als auch im Sektor Krankenhaus.

In Pflegetheorien (vgl. Kapitel 3, Pflegetheoretischer Bezugsrahmen, im weiteren Verlauf der Dissertation) manifestiert sich die Verantwortung für die Bewahrung des Lebens im Aufrechterhalten von Aktivitäten des täglichen Lebens und der Erfüllung von Bedürfnissen von Menschen aller Altersgruppen. Dies stellt eine theoretische Basis für Pflegehandeln durch ausgebildetes Pflegepersonal in pflegerischen Einrichtungen des Gesundheitswesens dar.

Zusammenfassend ist die so verstandene Wortbedeutung von „Service“ und „servieren“ in Bezug auf die vorliegende Arbeit zu übertragen auf Krankenhäuser, in denen Dienst rund um die Uhr geleistet, für Übernachtung und Verpflegung gesorgt, aufmerksam beobachtet, Hilfe und Unterstützung angeboten wird. Es sind die Menschen, die mehr geben als die äußerlich notwendigen Dinge, die zu einem physischen Wohlbefinden beitragen, vielmehr kann durch die Haltung der

---

<sup>2.12</sup> (Rehfus, Wulff D.; Hrsg., 2003)

<sup>2.13</sup> (WHO, 2013)

Nächstenliebe, welche die Handlung durchdringt, dem geistigen und sozialen Wohlbefinden entsprochen werden.

### **2.1.2 Zum Begriff „Personal“.**

In Organisationen und Institutionen führt „Personal“ die Handlung der „Dienstleistung“ aus. „Personale“ bedeutet „Dienerschaft“ und bezeichnet die Gesamtheit von „Personen“ einer gleichen Stellung und eines gleichen Berufes<sup>2.14</sup>, die bei einem Arbeitgeber bzw. „Dienstherrn“ in einem „Dienstverhältnis“ stehen. Dies trifft besonders auf die „Dienstleistung“ in Haushalten oder in Gaststätten zu<sup>2.15</sup>.

In der römischen Antike ist eine „Persona“ die Rolle eines Individuums in der Gesellschaft bzw. der Ausdruck des Charakters durch eine bestimmte Handlungsweise, durch die der Mensch als Person eine Rolle in der Welt spielt und dadurch eine Bedeutsamkeit erlangt<sup>2.16</sup>. In einer weiteren philosophischen Lesart des Begriffs „Person“ erscheinen folgende Sichtweisen als beachtenswert.

Immanuel Kant<sup>2.17</sup> bezeichnet in seinem Werk über die praktische Vernunft eine „Person“, als Menschen mit der Zugehörigkeit nicht nur zur Natur und zu einer sinnlichen Welt, sondern ebenfalls zu einer intelligiblen Welt. Eine Person also, die Sinneswahrnehmungen und -erfahrungen intellektuell in die Umgebung und damit in die Welt, einbringt. Somit wird bei Kant die „Person“ zur „Persönlichkeit“. Diese „Persönlichkeit“ kann von der eigenen Vernunft geleitet, sich selbst bestimmen und autonom handeln<sup>2.18</sup>. Ziel der beruflichen Tätigkeit von Pflegepersonal und Servicepersonal, ist gleichermaßen ein vernünftiges, selbstbestimmtes Handeln, mit dem es sich in der Welt, hier insbesondere in der stationären Pflege einbringt.

Die Philosophen Fichte und Hegel beschreiben, dass ein Subjekt durch Selbstbestimmung und „interpersonale“ Bezüge zu anderen zur „Person“ wird. Durch die Wirkung dieser wechselseitigen Anerkennung einerseits und der Einschränkung von Freiheitspielräumen der Subjektivität

---

<sup>2.14</sup> (Grimm & Grimm, 1971; Georges, 1998)

<sup>2.15</sup> (Wortbedeutung-info, 2013; Duden, 2013)

<sup>2.16</sup> (Georges, 1998; Ritter, Gründer, & Gabriel, 2007)

<sup>2.17</sup> (Kant, 1986)

<sup>2.18</sup> (Rehfus, Wulff D.; Hrsg., 2003; Eisler, 1930; Ritter, Gründer, & Gabriel, 2007)

andererseits, wird das Subjekt öffentlich als eine „Person“ anerkannt und damit zum Träger von institutionalisiertem Recht<sup>2.19</sup>.

Ähnlich dem o. g. Subjekt heißt es bei Husserl, dass sich das „personale Ich“ dadurch äußert, in dem es sich in Beziehung zur Welt, seiner Umgebung, und zu anderen „Personen“ und damit zu der eigenen Habitualität setzt. Husserl meint, das Ich an sich ist leer und wird erst durch seine Erlebnisse und durch ausgestattete Eigenschaften konkret. Durch die Habitualitäten, gewohnheitsmäßige, verhaltenseigene Eigenschaften, gewinnt das Ich der Person seine Kontur und Bestimmung<sup>2.20</sup>. Auch das Ich von Pflegepersonal und Servicepersonal zeigt sich in deren Erlebnissen und Eigenschaften für die Bestimmung der Ausübung von Tätigkeiten in der Pflege und im Service.

In der Betrachtungsweise Scheler's ergibt sich die Identität einer „Person“ aus dem Vollzug ihrer Akte und erweist sich im Verhalten als Träger von Werten<sup>2.21</sup>. Demnach wird eine Person zur Person durch Handeln und durch ihr wertebezogenes Verhalten in den Handlungen. In unserem Kontext sind diese Werte die menschliche Solidarität und die Nächstenliebe, die das Handeln von Servicepersonen und Pflegepersonen bestimmen. So verstanden kommen theologische und philosophische Sichtweisen hier zusammen.

Der Zusammenhang mit dem Wert der christlichen Nächstenliebe und des „Dienstes“ am Nächsten besteht darin, dass die „Dienstleistung“ durch Menschen erfolgt, die als „Personen“ eine Rolle in der Gesellschaft übernehmen und diese Rolle durch ihre Handlungen ausdrücken bzw. ausüben. Das Individuum setzt sich durch die Handlung in Beziehung zur Welt und in seine gewohnte Umgebung und damit zu den Nächsten, diese Handlung erfolgt in Autonomie und durch selbst bestimmten Willen, vgl. Freiwilligkeit der „Dienstleistung“. In der Rolle des „Dienstleisters“ als Arbeitnehmer, Mitarbeiter in einer Institution wird die „Dienstleistung“ wechselseitig anerkannt. Der Mitarbeiter verpflichtet sich freiwillig durch

---

<sup>2.19</sup> (Rehfus, Wulff D.; Hrsg., 2003; Ritter, Gründer, & Gabriel, 2007)

<sup>2.20</sup> ebenda

<sup>2.21</sup> ebenda

Vertrag und hat das Recht auf „Dienstbezüge“ gemäß einer tariflichen Einstufung der Tätigkeit.

## **2.2 Die Bedeutung des Begriffes „Stationäre Pflege“.**

In Fortführung der Erklärung des Begriffs „Servicepersonal“ soll hier der nächste zentrale Begriff „Stationäre Pflege“ des Titels der Dissertation erläutert und entsprechende Bezüge hergestellt werden.

Die Handlung des „Pflegens“ vollzieht sich durch „Personen“ in der engen Beziehung zu anderen im Hinblick auf Erziehung, Erhaltung und Versorgung einer „Person“, die als Patient ganz oder teilweise selbst dazu nicht in der Lage ist<sup>2.22</sup>. Darüber hinaus versteht sich „Pflege“ als sorgende Obhut und als Maßnahme zur Erhaltung eines guten Zustands sowie die Förderung oder Aufrechterhaltung von etwas Geistigem<sup>2.23</sup>. Dies erstreckt sich über einen Zeitraum unterschiedlicher Dauer, ist aber prinzipiell nicht an einen Ort, hier i. S. v. einer „Station“, in einem Krankenhaus gebunden, sondern kann auch zu Hause stattfinden. Im Rahmen der natürlichen „Pflegefähigkeiten“ in der Familie führen „Personen“ ohne Ausbildung in der „Pflegehaltungen“ im Sinne von „Laienpflege“ durch<sup>2.24</sup>.

Als „Stationen“ werden Orte, bzw. Haltestellen bezeichnet, an denen ehemals Postkutschen anhielten<sup>2.25</sup>, meistens in Verbindung mit Tavernen und Beherbergungsbetrieben<sup>2.26</sup>, die heutzutage als Gasthäuser, Hotel oder Raststätten bezeichnet werden. Hier konnten die Kunden, Gäste und Reisenden ihren Bedürfnissen nachkommen, welche wiederum mit den Aktivitäten des Lebens in Zusammenhang stehen. Dieser Aufenthalt an einer „Station“ war von unterschiedlicher Zeitdauer geprägt. Vergleichbar ist dies mit einem „stationären“ Aufenthalt eines Kunden (Patienten) in einem Krankenhaus, welcher ebenfalls von kurzfristiger oder langfristiger Zeitdauer ist und Leistungen wie Verpflegung und Übernachtung beinhaltet. So verstanden, ist eine „Station“ ein Ort in einem Krankenhaus

---

<sup>2.22</sup> (Grimm & Grimm, 1971)

<sup>2.23</sup> (Duden, 2013; WHO, 2013)

<sup>2.24</sup> (DBfK - Deutscher Berufsverband für Krankenpflege, 2005)

<sup>2.25</sup> (Grimm & Grimm, 1971)

<sup>2.26</sup> (Krünitz, 1839; Grimm & Grimm, 1971)

und stellt ein pflegerisches Handlungsfeld dar, die „stationäre Pflege“. Demnach erfolgt „stationäre Pflege“ in Einrichtungen des Gesundheitswesens und repräsentiert die Grundgesamtheit der Pflegeeinrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden. Pflegebedürftige sind ganztägig, „vollstationär“ untergebracht und werden „verpflegt“. Im Gegensatz dazu unterscheiden sich „teilstationäre“ von „vollstationären“ Pflegeeinrichtungen dadurch, dass der Pflegebedürftige zeitlich befristete „Pflege“ und Betreuung erhält<sup>2.27</sup>. Die Pflegeempfänger sind pflegebedürftige „Personen“ unterschiedlichen Alters mit einer gesundheitlichen Einschränkung, für die ein Aufenthalt in einer pflegerischen Einrichtung, z. B. eine „Station“ als Ort in einem Krankenhaus, in Betracht kommt.

Die Verantwortung für die „Pflege“ trägt die ausgebildete Pflegefachkraft<sup>2.28</sup>. Die Pflegehandlung wird durch ausgebildetes „Pflegepersonal“ auf den Stationen in Krankenhäusern sowie auch in anderen pflegerischen Einrichtungen ausgeführt.

### **2.3 Zusammenfassung**

Die Auseinandersetzung mit den zentralen Begriffen „Servicepersonal“ und „stationäre Pflege“ ergibt folgende zusammenfassende Ansichten:

1. „Service“ ist „Dienst“ am Menschen, durch Handeln am Nächsten.
2. Handeln auf der Basis von Nächstenliebe und menschlicher Solidarität geht über die äußerlich notwendigen Dinge hinaus und ist demnach mehr als eine Befriedigung von Bedürfnissen. Sie dient der Aufrechterhaltung und Bewahrung des Lebens. Die Aktivitäten des Lebens jedes Individuums bilden hierfür die Grundlage.
3. Der Mensch als Träger von Werten handelt als selbstbestimmte „Person“ und nach willentlichem Entschluss.
4. Die Personen handeln nach einem Werteverständnis, welches in der christlichen Nächstenliebe und menschlichen Solidarität verankert ist.

---

<sup>2.27</sup> (WHO, 2013)

<sup>2.28</sup> ebenda

5. Die „Person“ setzt sich mit ihrem Handeln in Beziehung zur Welt und anderen „Personen“.
6. Die „Person“ übt ihre Rolle in der Gesellschaft als „Serviceperson“ aus.
7. Als Mitarbeiter in einem Unternehmen, hier Krankenhaus, steht die „Serviceperson“ dem „Dienstgeber“ per Vertrag zur Verfügung und wird damit zum Träger von Rechten und Pflichten.
8. Das Handlungsfeld der „Serviceperson“ ist die „stationäre Pflege“ in einem Krankenhaus.
9. Die „Dienstleistung“ wird von ausgebildeten „Personen“ auf pflegerischen „Stationen“ in Krankenhäusern durch Handlungen der „Pflege“ und Handlungen des „Service“ erbracht.
10. Die Pflegeleistung und die Serviceleistung sind gegenwärtig auf pflegerischen Stationen in Krankenhäusern und ergänzen sich.
11. Die Dienstleistung in der stationären Pflege umfasst Pflegeleistungen und Serviceleistungen, wobei die Serviceleistungen als Teil der Pflegeleistungen betrachtet werden können (s. Abb. 2.2).

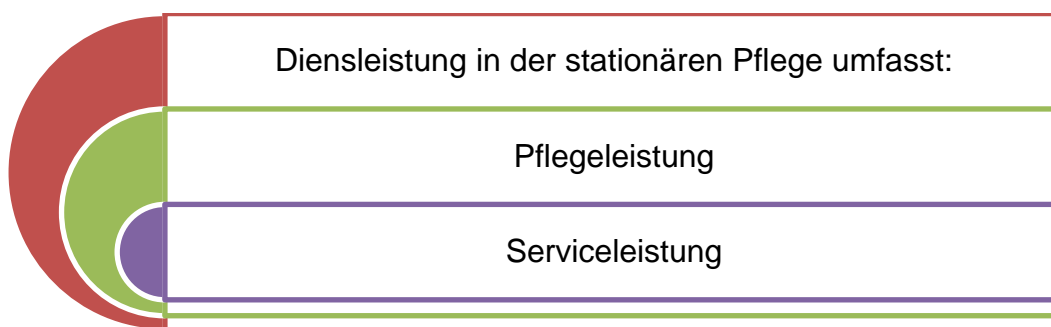


Abbildung 2.2: Verortung von Serviceleistung als Teil der Pflegeleistung im Gesamtkontext von Dienstleistung in der stationären Pflege

Eine vorläufige Auffassung von Servicepersonal in der stationären Pflege kann nun abgeleitet werden: Servicepersonal in der stationären Pflege unterstützt durch seine Handlungen die Aktivitäten und Bedürfnisse des täglichen Lebens der zu pflegenden Personen. Servicepersonal in der stationären Pflege unterstützt darüber hinaus die professionell Pflegenden in deren Aufgabenbereichen. Dadurch wird die Dienstleistung am

Nächsten, am Patienten erbracht. Um welche Handlungen es sich dabei drehen könnte, soll in vorliegender Arbeit aufgezeigt werden.



### 3. Pflge theoretischer Bezugsrahmen

Dieses Kapitel beleuchtet die pflegewissenschaftliche Perspektive dieser Arbeit. Zunächst wird ein allgemeines Pflegeverständnis dargelegt, danach die Sichtweisen von Pflege der Theoretikerinnen Elisabeth Rogers, Hildegard Peplau, Dorothea Orem und Monika Krohwinkel. Jede ausgewählte Pflgetheorie wird im Hinblick auf das Thema „Servicepersonal in der stationären Pflege“ betrachtet.

#### 3.1 Ein allgemeines Pflegeverständnis

Das Phänomen Pflege lässt sich prinzipiell in drei Kategorien einteilen, beschreiben und verstehen (s. Tab. 3.1): Die Selbstpflege, die Laienpflege und die professionelle Pflege<sup>3.1</sup>. Ein ergänzender Aspekt ergibt sich aus dem Alltag: Menschen pflegen soziale Kontakte, pflegen Gärten, Häuser und Räume im Sinne einer angemessenen, wertschätzenden Behandlung von alltäglichen Phänomenen.

Pflege im Alltag	Selbstpflege	Laienpflege	Professionelle Pflege
Pflege von Kontakten z. B. Familie, Freunde  Pflege von Gegenständen z. B. Garten, Autos	Pflege der eigenen Person z. B. Körperpflege, Selbstpflege, bzw. Schonung bei leichteren Erkrankungen wie Erkältung	Pflege anderer Personen ohne berufliche pflegerische Ausbildung z.B. Familienangehörige pflegen ihre Kinder oder Eltern.	Pflege durch Personen mit einer beruflichen Pflegeausbildung - „Profession“

Tabelle 3.1: Abgrenzung der Kategorien des Phänomens Pflege<sup>3.2</sup>.

#### 3.1.1 Selbstpflege

„Selbstpflege ist jegliche Art der Pflege, bei der die Pflegebedürftigen und die Pflegenden in einer Person vereint sind“<sup>3.3</sup>. Der Mensch sorgt selbst dafür, dass bestimmte Bedürfnisse innerhalb der individuellen Möglichkeiten befriedigt werden. Dabei steht er in Wechselwirkung mit seiner Umgebung. Die Selbstpflegeaktivitäten zielen auf ein gesundes und

<sup>3.1</sup> (Arets, Obex, Vaessen, & Wagner, 1996)

<sup>3.2</sup> (Lauber, 2012)

<sup>3.3</sup> (Hattinga-Verschure, 1981; Arets, Obex, Vaessen, & Wagner, 1996)

sinnvolles Dasein ab. Was heißt es, nicht für sich selbst sorgen zu können? Die persönliche Freiheit, die Unabhängigkeit und die Privatsphäre sind eingeschränkt.

Die Merkmale der Selbstpflege sind:

- Zielausrichtung auf ein gesundes und sinnvolles Dasein,
- Individualität, die Selbstpflege ist Angelegenheit der jeweiligen Person,
- Prozesshaftigkeit; hin zu der Entwicklung eines gesunden und sinnvollen Daseins,
- Kontinuität, die Fortführung der Selbstpflege in den einzelnen Lebensspannen ist eine Voraussetzung um das o. g. Ziel zu verfolgen bzw. zu erreichen,
- Interaktivität, die Wechselwirkung mit der Umwelt ist gegeben. Der Mensch wird von der Umwelt beeinflusst und er selbst beeinflusst wiederum die Umwelt. Es finden kontinuierlich Adaptions- und Assimilationsprozesse statt.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass Selbstpflege eine Tatsache in unserem Dasein ist. Selbstpflege betrifft alle Personen, sowohl ohne, als auch mit pflegeberuflicher Qualifikation, also sind auch Servicepersonen fähig, Selbstpflege zur Deckung der individuellen Bedürfnisse durchzuführen. Probleme treten dann auf, wenn die Personen nicht oder nicht mehr in der Lage sind, Selbstpflege zufriedenstellend durchzuführen. Dann wirken Phänomene wie Laienpflege oder professionelle Pflege kompensierend in Selbstpflege ein.

### **3.1.2 Laienpflege**

Ursprünglich kommt der Begriff aus den Niederlanden, sie wird dort als „Mantelsorge“ umschrieben, dies ist zurückzuführen auf die Legende des Hl. Martin von Tours (geboren ca. 316/317 bis ca. 397 nach Christus), der mit einem Bettler seinen Mantel teilt, indem er ihm die Hälfte seines Mantels gibt. Im Jahre 355/356 n. Chr. teilte Martin vor den Toren der Stadt Amiens seinen Mantel mit einem halbnackten, frierenden Bettler, ohne den Spott der Umstehenden zu beachten. Nachts sah er im Traum

die Gestalt Jesus als Bettler mit seinem Mantel bekleidet. Martin erkannte dies als Belohnung seiner Tat und ließ sich taufen<sup>3.4</sup>.

Als Laienpflege kann *„jede Art von Pflege umschrieben werden, die von einer Person einer anderen im Rahmen eines kleinen sozialen Netzwerks, dem sie beide angehören, auf der Basis der Bereitschaft zur Gegenseitigkeit gegeben oder empfangen wird“*<sup>3.5</sup>. Laienpflege ist unverzichtbar für die menschliche Entwicklung, z. B. wären Neugeborene ohne Laienpflege nicht überlebensfähig.

Wesentlichen Merkmale von Laienpflege:<sup>3.6</sup>

- Eine Orientierung an den primären Bedürfnissen eines anderen Menschen.
- Eine Grundlage der Gegenseitigkeit, die prinzipielle Bereitschaft etwas entgeltlos zu geben und zu empfangen bezogen auf eine Leistung von Pflege.
- Rollen der Pflegenden und Pflegempfangen sind auswechselbar
- Die Beziehung zwischen Pflegendem und Gepflegten ist persönlicher Art, man kennt einander, z. B. Familie, Mitbewohner, Nachbarn, Arbeitskollegen, Menschen mit ähnlichen Erkrankungen in Selbsthilfegruppen.
- Pflege ist nicht die einzige Beziehung zwischen den Beteiligten
- Laienpflege setzt eine direkte Beziehung zwischen den Beteiligten voraus.
- Es kann daraus eine tiefere Beziehung heranwachsen.
- Im Gegensatz zur Selbstpflege sind mindestens zwei Personen beteiligt.
- Es ist anzunehmen, dass Laienpflege mit einem Gefühl der herzlichen Zuneigung verbunden ist.
- Es muss eine stillschweigende Übereinkunft bestehen, was an Pflege geleistet werden kann bzw. muss und was nicht.
- Laienpflege basiert auf eigener Tradition und Sachkenntnis, welche sich insbesondere auf das Vermitteln des Gefühls von Sicherheit

---

<sup>3.4</sup> (Schäfer, 2010)

<sup>3.5</sup> (Hattinga-Verschure, 1981; Arets, Obex, Vaessen, & Wagner, 1996)

<sup>3.6</sup> ebenda

und Geborgenheit bezieht. Laienpflege wurzelt in der Geschichte, in Werten und Normen einer Gesellschaft sowie deren Auffassung darüber, wie Probleme gelöst werden müssen.

Zusammenfassend kann Laienpflege als ein reales, soziales Phänomen bezeichnet werden, das durch die Qualität des sozialen Netzwerks und die sozialen Beziehungen funktioniert. Auch hier ist Servicepersonal in der Lage, im Rahmen der Funktionen des sozialen Gefüges andere Menschen zu pflegen ohne eine pflegerische Qualifikation zu besitzen. Die Laienpflege besitzt demnach einen informellen Charakter<sup>3.7</sup>. Kommen die beteiligten Personen mit der Laienpflege an ihre Grenzen und der Pflege- und Beziehungsprozess läuft nicht oder nicht mehr zufriedenstellend, dann kommt das Phänomen der professionellen Pflege zum Tragen.

### **3.1.3 Professionelle Pflege**

Die professionelle Pflege ist die berufsmäßig durchgeführte Pflege, eine Dienstleistung, die gegen ein Entgelt verrichtet wird<sup>3.8</sup>.

Das internationale Konzil der Pflegenden, International Council of Nurses, ICN, definiert professionelle Pflege wie folgt:

*„Pflege umfasst eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob gesund oder krank, in allen Lebenssituationen“*<sup>3.9</sup>. Diese umfassende Definition schließt die Phänomene Selbstpflege, Laienpflege und professionelle Pflege ein. Eine eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung im Rahmen der Selbstpflege, erfolgt dann, wenn Pflegenden und Pflegeempfänger ein und dieselbe Person sind. Die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung im Rahmen der Laienpflege findet statt in Lebenssituationen, in denen die Selbstpflege nicht greift. Das soziale Netzwerk leistet die pflegerische Versorgung gemäß dem Entwicklungsstand des Menschen und/oder in einer Krankheitsphase des Lebens und gleicht dadurch

---

<sup>3.7</sup> (Isfort M., 2011, S. 30)

<sup>3.8</sup> (Arets, Obex, Vaessen, & Wagner, 1996)

<sup>3.9</sup> (ICN, 2012)

fehlende Selbstpflege aus, die vorübergehend ganz oder teilweise nicht vom Einzelnen selbst durchgeführt werden kann.

Die Kernaufgaben der professionellen Pflege umfassen die Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse, Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung bei Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung<sup>3.10</sup>.

Die Weltgesundheitsorganisation beschreibt Pflege als gesellschaftlichen Auftrag dem einzelnen Menschen, der Familie und ganzen Gruppen dabei zu helfen, ihr physisches, psychisches und soziales Potential zu bestimmen und zu verwirklichen, in ihrer jeweiligen Lebens- und Arbeitsumwelt<sup>3.11</sup>.

Deshalb müssen die Pflegenden Funktionen aufbauen und erfüllen, welche die Gesundheit fördern, erhalten und Krankheit verhindern.

Die Pflegenden gewährleisten, dass der Einzelne, die Familie, seine Freunde, die soziale Bezugsgruppe und die Gemeinschaft gegebenenfalls in alle Aspekte der Gesundheitsversorgung einbezogen werden, und damit Selbstvertrauen und Selbstbestimmung unterstützen.

Die Pflegenden arbeiten partnerschaftlich, mit Angehörigen anderer Berufsgruppen, an der Erbringung gesundheitlicher und ähnlicher Dienstleistungen zusammen, deshalb kann Pflege als soziale Dienstleistung von Menschen für Menschen bezeichnet werden. Professionelle Pflege beruht demnach auf einem gesellschaftlichen Auftrag im Rahmen der Versorgungsstrukturen in einem Land<sup>3.12</sup>.

Im Gegensatz zu Selbstpflege und Laienpflege, ist professionelle Pflege gekennzeichnet durch eine staatlich geregelte, theoretische und praktische Ausbildung und einer berufsmäßig erworbenen Sachkenntnis und Verantwortlichkeit. Die professionelle Pflege fundiert auf theoretischem Wissen, der Forschung und festgelegten Standards für die Pflegehandlungen. Die professionell Pflegenden arbeiten nach dem Pflegeprozess (s. Abb. 3.1). Ein Zyklus, welcher die Pflegeanamnese, das Erstellen von Pflegediagnosen an Hand von Pflegeproblemen, die

---

<sup>3.10</sup> (DBfK - Deutscher Berufsverband für Krankenpflege, 2005)

<sup>3.11</sup> (DBfK-Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege im Krankenhaus, 2011, S. 12)

<sup>3.12</sup> (Isfort M., 2011, S. 34-36)

Identifikation von Ressourcen der Personen, der Planung, der Durchführung der ausgewählten Pflegemaßnahmen und der Evaluation von Pflege. In Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, auch mit Servicepersonal kann diese Pflegeleistung erbracht werden.

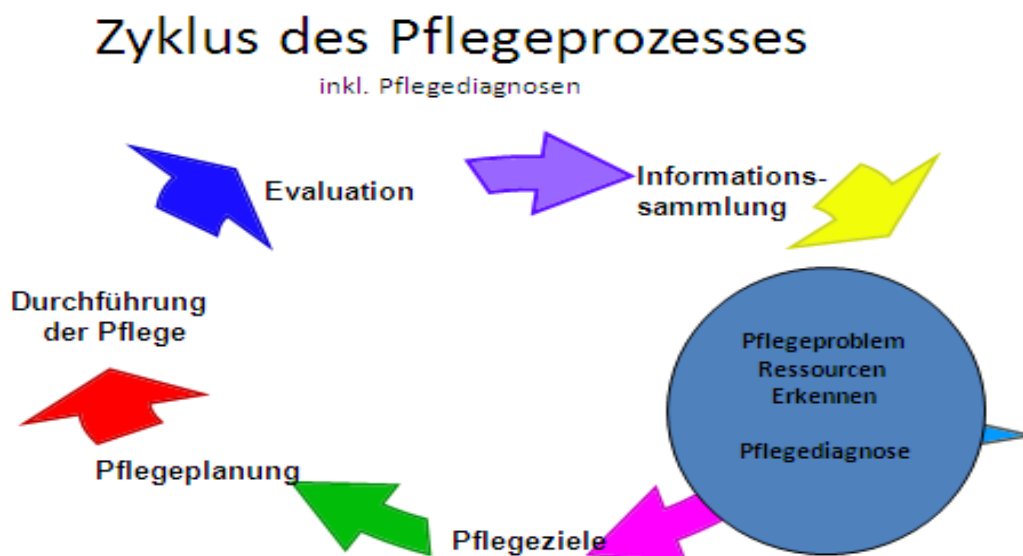


Abbildung 3.1: Zyklus des Pflegeprozesses mit Pflegediagnosen modifiziert durch die Autorin (Orthgieß, 2012)

Der Pflegeprozess, analog des Sechs-Phasen-Modells von Fiechter und Meier<sup>3.13</sup>, findet hier eine Erweiterung im zweiten Schritt, die Pflegediagnose, d. h. zu Pflegeproblemen werden Pflegediagnosen gestellt.

Definierte Tätigkeiten, seitens des Servicepersonals, können in den Pflegeprozess integriert werden. Die Anbindung an die Berufsgruppe Pflege ist damit gegeben. Die Pflegenden geben Aufgaben an Servicepersonal ab, noch zu lösen ist jedoch die Frage, welche Aufgaben oder Tätigkeiten abgegeben werden können. Hier fließen die Pflegeleistung und die Serviceleistung zusammen.

<sup>3.13</sup> (Fiechter & Meier, 1993)

Der Zusammenhang zwischen Pflege im Alltag, Selbstpflege, Laienpflege und professioneller Pflege besteht letztendlich darin, dass sich die Kategorien ergänzen (s. Abb. 3.2).

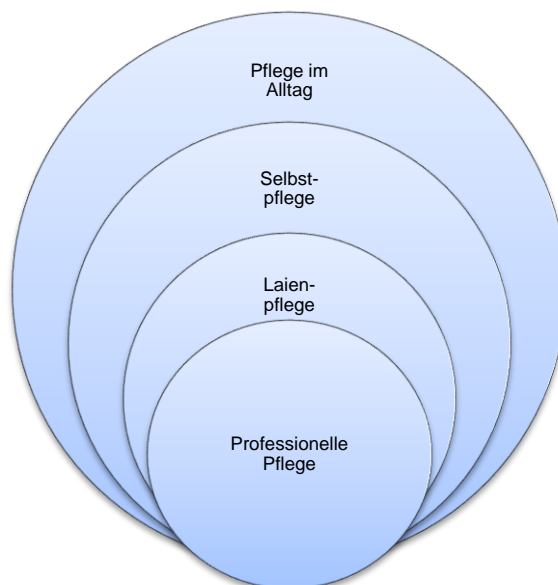


Abbildung 3.2: Vier Kategorien der Pflege – Pflege im Alltag, Selbstpflege, Laienpflege, Professionelle Pflege

Die professionelle Pflege wird beansprucht, weil die Einschränkung, Störung oder Behinderung zu groß wird, dass Selbstpflege und Laienpflege Pflege nicht mehr zufriedenstellend und kontinuierlich zum Tragen kommt. Gründe dafür sind, unzureichende Hilfsmittel und unzureichendes Fachwissen, ohne die spezielle Pflegehandlungen nicht mehr durchgeführt werden können. Professionelle Pflege kann, gemäß Orem, Selbstpflege und Laienpflege unterstützen<sup>3.14</sup>.

Diese Unterstützungssysteme werden beschrieben als, teilweise kompensierend, eine teilweise Übernahme der Pflege; als vollkommen kompensierend, eine vollständige Übernahme der Pflege; als aufklärend/unterstützend, eine Schulung, Anleitung, Beratung der Pflegeempfänger und deren Bezugspersonen/Angehörige, um Wissensdefizite zu beheben. Die folgenden vier Beispiele verdeutlichen unterschiedliche Anteile von Pflegeinterventionen aus den Bereichen Selbstpflege, Laienpflege, professioneller Pflege und daraus resultierende Unterstützungssysteme.

<sup>3.14</sup> (Orem, Nursing Concepts of Practise, 1985; Brandenburg, Schoolmann, & Weidner, 2012, S. 52-53; Arets, Obex, Vaessen, & Wagner, 1996; Selinger, 2011, S. 96-97).

Beispiel 1:

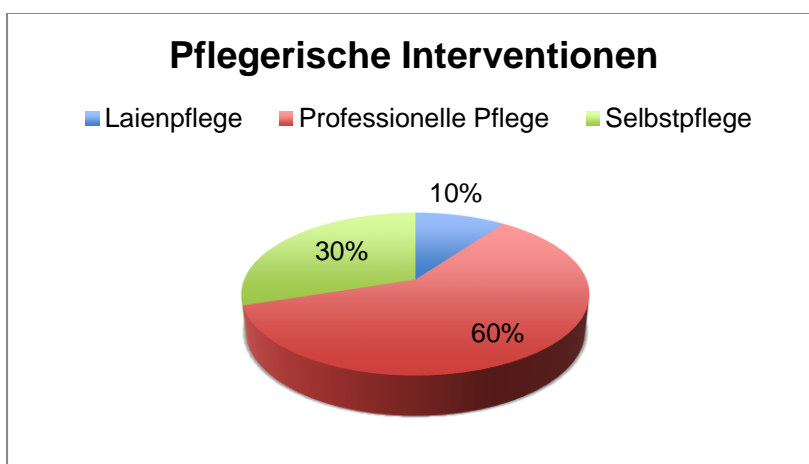


Abbildung 3.3: Pflegeanteile in einem teilweise kompensierenden Pflegesystem durch Selbstpflege, Laienpflege und professioneller Pflege (Orthgieß, Pflegeanteile, 2013)

Ein erkrankter Mensch ist insgesamt zu 70% abhängig von anderen Personen und damit im Rahmen eines teilweise kompensierenden Pflegesystems (s. Abb. 3.3). Die Person braucht zu 60% professionelle Pflege, kann Selbstpflege zu einem 30%igen Anteil erbringen und die Unterstützung durch Laien ist anteilig 10%.

Beispiel 2:

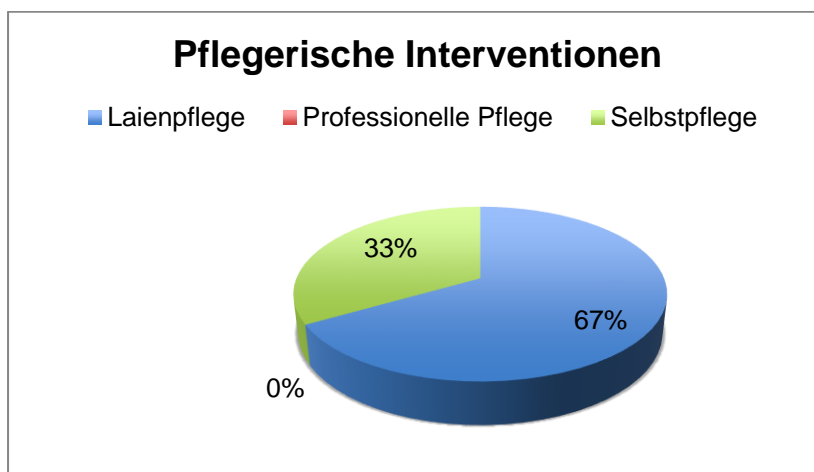


Abbildung 3.4: Pflegeanteile in einem teilweise kompensierenden Pflegesystem durch Selbstpflege und Laienpflege (Orthgieß, Pflegeanteile, 2013).

Ein pflegebedürftiger Mensch ist hier in der Lage, ein Drittel seiner Bedürfnisse durch Selbstpflegehandlungskompetenz zu erfüllen (s. Abb. 3.4). Er benötigt zu zwei Dritteln Unterstützung durch Laienpflege, durch Personen des sozialen Netzwerks in der unmittelbaren Umgebung, z. B. Bezugspersonen aus Familie (Partner, Eltern, Kinder) oder aus dem



Freundeskreis. Hier handelt es sich ebenfalls um ein teilweise kompensierendes Pflegesystem.

Beispiel 3:

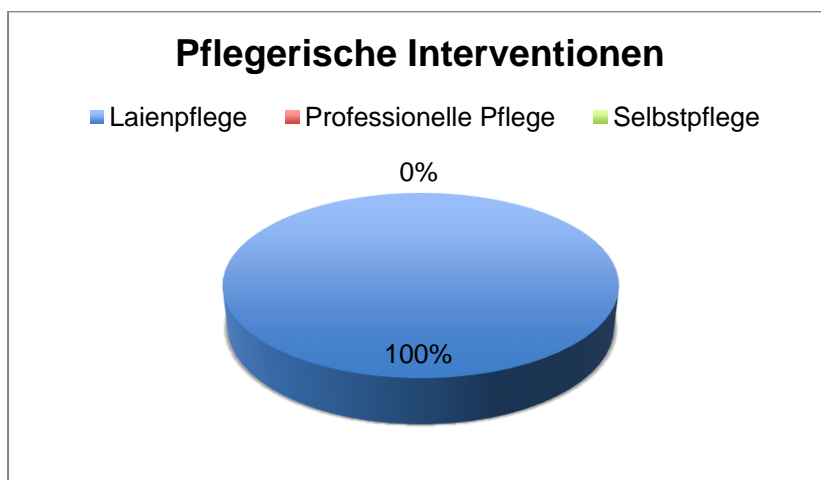


Abbildung 3.5: Pflegeanteil in einem vollständig kompensierenden System durch Laienpflege (Orthgieß, Pflegeanteile, 2013).

Ein pflegedürftiger Mensch ist zu 100% abhängig von Laienpflege (s. Abb. 3.5). Sie wird durch Personen des sozialen Netzwerks in der unmittelbaren Umgebung, z. B. Bezugspersonen aus Familie (Partner, Eltern, Kinder) oder aus dem Freundeskreis geleistet. Er kann Selbstpflege nicht mehr alleine durchführen; professionelle Unterstützung kommt hier ebenfalls nicht zum Tragen. Es handelt sich hier um ein, durch Laienpflege, vollständig kompensierendes Pflegesystem.

Beispiel 4:

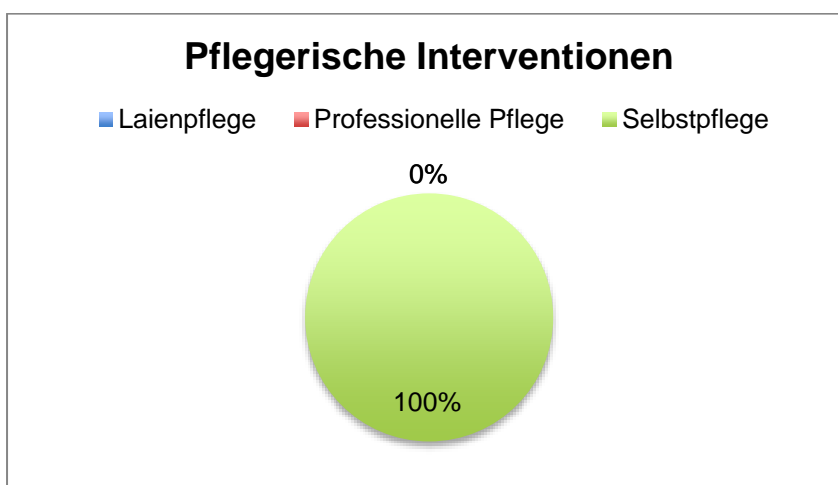


Abbildung 3.6: Pflegeanteil in einem vollständig kompensierenden Pflegesystem durch die Selbstpflege (Orthgieß, Pflegeanteile, 2013).

Ein Mensch ist zu 100% selbst in der Lage seine Selbstpflegebedürfnisse zu erfüllen und damit vollständig selbständig kompensieren (s. Abb. 3.6). Diese Auffassung von „Pflege“ und deren Differenzierung in Selbstpflege, Laienpflege und professionelle Pflege findet in dieser Arbeit Anwendung. Pflege in den Kategorien Selbstpflege, Laienpflege und professioneller Pflege in unterschiedlichen Unterstützungssystemen, findet in der Pflege-theorie nach Dorothea Orem einen weiteren Erklärungsansatz.

## 3.2 Grundlagen von Pflege-theorien

### 3.2.1 „Pflege-theorie“ im Rahmen der Pflegewissenschaften

Pflege-theorien versuchen die Komponenten und Aufgaben der Pflege in einen analytischen und beschreibenden Kontext zu stellen, um Fragen für alle am Pflegeprozess beteiligten Personen zu klären. Kirkevold (zitiert in Neumann-Ponesch) bezeichnet die Pflege-theorien *„als Theorien, die Pflegewirklichkeit als Ganzes oder in Teilen beschreiben, d.h. das was den Patienten aus der Pflegeperspektive charakterisiert, sowie die Pflegepraxis und Ziel und Kontext der Pflege, wie sie den Patienten und die Ausübung der Pflege beeinflussen“*<sup>3.15</sup>.

Pflege-theorien bilden ein Fundament für das professionelle Pflegehandeln<sup>3.16</sup>. Pflege ist eine Disziplin, die sich über die Praxis definiert<sup>3.17</sup>. Durch Beobachtungen, Wahrnehmungen, Anschauungen und Überlegungen erweitert sich das professionelle Pflegewissen zu einem „body of knowledge“<sup>3.18</sup>. Das Wissen der Pflege ist gekennzeichnet durch, die derzeit bekannten Pflege-theorien und Pflegemodelle welche den „body of knowledge“ der Pflege bilden.

Die Komponenten des Wissens (s. Abb. 3.7) in der Pflege, den „body of knowledge“, bilden Ethik, Empirie, Intuition und persönliches Wissen. Diese Wissensmuster werden ausschließlich durch die klinische Praxis

---

<sup>3.15</sup> (Neumann-Ponesch, 2014, S. 67ff)

<sup>3.16</sup> (Lauber, 2012, S. 86-138; Arets, Obex, Vaessen, & Wagner, 1996; Mischo-Kelling & Wittneben, 1995; Neumann-Ponesch, 2014; Brandenburg, Schoolmann, & Weidner, 2012, S. 44-72; Selinger, 2011, S. 89-103)

<sup>3.17</sup> (Schröck, 1997)

<sup>3.18</sup> (Neumann-Ponesch, 2014, S. 36-39)

geformt und keine der Komponenten kommt isoliert zur Anwendung. Sie gehören zum Wissensrepertoire von professionell Pflegenden.

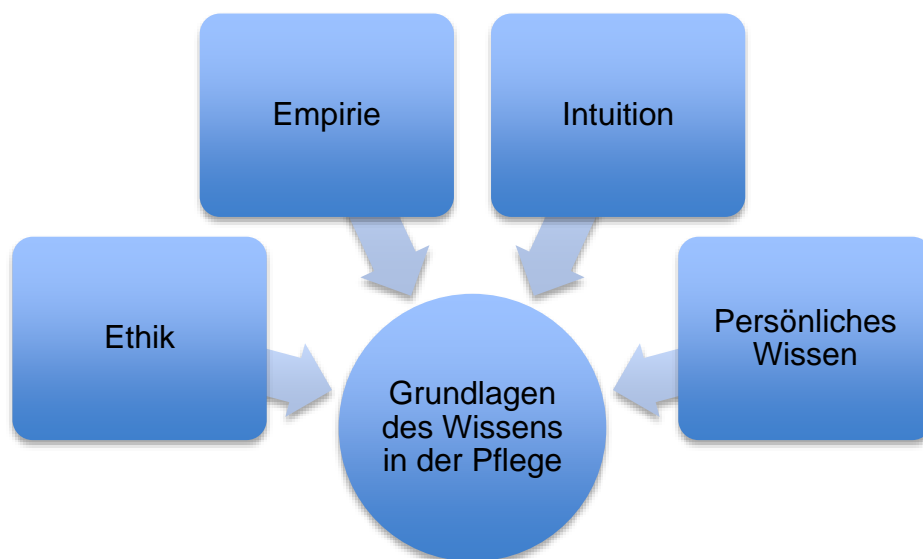


Abbildung 3.7: Die Komponenten des Wissens in der Pflege

### 3.2.2 Grundlagen des Wissens in der Pflege

Chinn und Kramer stellen Grundlagen des Wissens in der Pflege dar<sup>3.19</sup>.

Die Empirie beschreibt, erklärt und prognostiziert Fakten, Modelle, Theorien und Beschreibungen. Der wissenschaftliche Aspekt der Pflege, Empirie, basiert auf der Annahme, dass Erkenntnis durch Sinneswahrnehmung zu Stande kommt, durch sehen, hören, berühren etc. Die Generierung von Wissen erfolgt durch empirische Forschung.

Ethik stellt die Werte dar, klärt Überzeugungen, ethische Theorien, Prinzipien und Richtlinien. Ethik beschreibt moralische Pflichten in der Pflege, moralische und nicht-moralische Werte und gewünschte Ergebnisse. Der Ethik Codex für Pflegenden gibt Verfahrensanweisungen und einen Verhaltenscodex als Leitlinie vor<sup>3.20</sup>.

Persönliches Wissen findet seinen Ausdruck im sich öffnen, nachdenken und verwirklichen des authentischen, wahren Selbst. Sich öffnen bedeutet die Aufnahme der Fülle an Erfahrungen. Diese zu verarbeiten, ist der Prozess des Nachdenkens. Erfahrungen verwirklichen, der Prozess, in dem durch Persönlichkeit, Sprache, Verhalten und Handeln, sein Selbst

<sup>3.19</sup> (Chinn & Kramer, 1996, S. 5-11)

<sup>3.20</sup> (DBfK - Deutscher Berufsverband für Krankenpflege, 2005)

zum Ausdruck gebracht wird und mit unseren inneren Empfindungen im Einklang steht. Persönliches Wissen ist ein Ausdruck der Qualität und Authentizität des zwischenmenschlichen Prozesses zwischen Pflegenden und Patienten.

Intuition findet ihren Ausdruck in: Sich engagieren, intuitiv verstehen, in einer realitätsadäquaten Phantasie und künstlerischen Ausdrucksformen, als intuitives Handeln. Die Pflegekunst zeigt sich darin, das Pflegendem im Verhalten der Patienten das Wesentliche erkennen. Diese vier Wissensgrundlagen fließen prägend in die Entwicklung von Pflgetheorien ein. Empirie, in Form von Erkenntnissen aus anderen Wissenschaften, welche die Theoretiker/-in als Person beeinflussen. Ethik, in Form von ethischen und moralischen Überzeugungen und Werten, welche die Personen leiten. Intuition, in Form von Pflege als Kunst des pflegerischen Handelns, als eine einzigartige, individuelle Ausdrucksform. In der Pflege manifestiert sich dieses Wissen durch Handeln, Verhalten, Benehmen sowie in den Haltungen und Reaktionen der Pflegeperson auf andere Menschen.

Die Theoriebildung in der Pflege ist aus dem Verständnis, heraus dass Pflege eine Praxisdisziplin darstellt, als induktiv zu bezeichnen<sup>3.21</sup>. Viele einzelne Beobachtungen und Wahrnehmungen in der Pflegepraxis werden zu einem größeren Ganzen verknüpft. Die gemeinsamen Merkmale der Einzelfälle werden in einen Zusammenhang gebracht. Im Gegensatz dazu, steht die deduktive Theoriebildung, die von Prämissen ausgeht, die eine logische Schlussfolgerung nach sich ziehen. Diese Form der Beweisführung folgt dem Prinzip vom Allgemeinen zum Einzelfall (s. Abb. 3.8).

---

<sup>3.21</sup> (Lauber, 2012, S. 134-137)

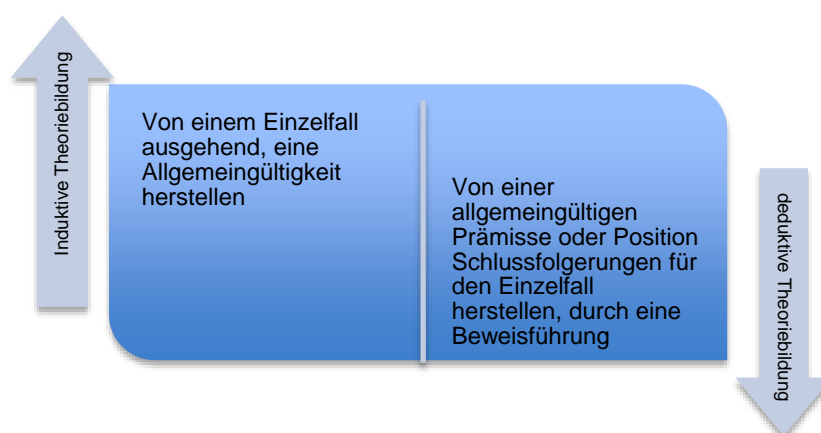


Abbildung 3.8: Induktive Theoriebildung und deduktive Theoriebildung als Formen der wissenschaftlichen Beweisführung

In der Entwicklung von Pflege-theorien stand Florence Nightingale, als bedeutsame Pionierin, zu Beginn eines theoretischen Denkens von Pflege<sup>3.22</sup>. Um in der Zukunft den Auftrag der Pflege im Rahmen ihres Aufgabenbereiches sicherzustellen und Probleme lösen zu können, bedarf es der Mitgestaltung und des Mitdenkens auf der Basis von Theorien der Pflege, um dadurch die Pflegewissenschaft weiter zu entwickeln<sup>3.23</sup>. Pflegerisches Handeln bezieht ihr Wissen aus beobachtbaren Phänomenen der Praxis. Aus der Theorie werden Erkenntnisse genutzt, um Forschungsergebnisse in der Praxis umsetzen, anwenden und damit Probleme lösen zu können<sup>3.24</sup>. Diese Praxis–Theoriereflexion nützt der Weiterentwicklung pflegerischen Wissens und nähert sich einer Bestimmung eines pflegerischen Wesens, welches durch eine eigenständige Wissenschaftsdisziplin „Pflege“ erklärt werden kann. Steppe erklärt dazu: „*Theorien stellen geordnetes und nachprüfbares Wissen über die Pflege zur Verfügung*“<sup>3.25</sup>. Die Pflege, als wissenschaftliche Disziplin, ist charakterisiert durch einen spezifischen Gegenstandsbereich mit der Frage, „was ist Pflege?“, deren Methoden, „wie kann Pflege beschrieben, begründet untersucht und nachgewiesen werden?“ und deren institutionellen Bezugsrahmen, „wie und wo wird

---

<sup>3.22</sup> (Nightingale, 2012)

<sup>3.23</sup> (Schröck, 1997)

<sup>3.24</sup> (Stemmer, 2003; Neumann-Ponesch, 2014, S. 37; Schröck, 1997)

<sup>3.25</sup> (Steppe, 2000; Neumann-Ponesch, 2014, S. 35)

Pflege auf wissenschaftlicher Basis gelernt gelehrt und ausgeübt?“<sup>3.26</sup>. Die Theorien der Pflege werden nach unterschiedlichen Gesichtspunkten klassifiziert, wie beispielsweise nach dem Abstraktionsgrad bei König, nach konzeptuellen Modellen und konkreten Theorien bei Fawcett und sogenannten Denkschulen bei Meleis.

### 3.2.3 Klassifikation von Pflgetheorien

Renè König, zitiert in Neumann-Ponesch<sup>3.27</sup> unterscheidet zwischen einem hohen Abstraktionsniveau und einem niederen Abstraktionsniveau von Theorien (s. Abb. 3.9).

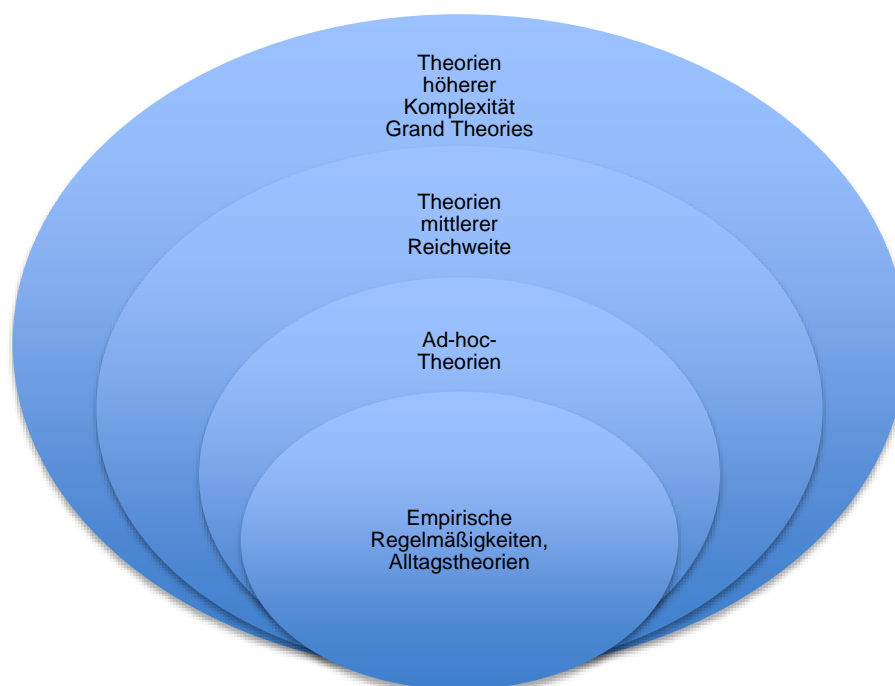


Abbildung 3.9: Abstraktionsniveaus von Theorien nach der Typologie von René König<sup>3.28</sup>.

Empirische Regelmäßigkeiten sind, streng genommen, keine Theorien, sondern Ergebnisse empirischer Forschung, meist deskriptive Studien, die versuchen Wirklichkeit zu beschreiben.

Ad-hoc-Theorien erklären spontan und einsichtig empirische Regelmäßigkeiten, liefern unmittelbar plausible Vermutungen, sind den Alltagstheorien sehr nahe und dienen zu einer raschen Erklärung eines Phänomens oder Verhaltens.

<sup>3.26</sup> (Steppe, 2000; Meleis, 1999)

<sup>3.27</sup> (Neumann-Ponesch, 2014, S. 72 f.)

<sup>3.28</sup> (König R. , 1967)

Theorien mittlerer Reichweite bieten umfassendere Erklärungen für die soziale Wirklichkeit, mehrere Ad-hoc-Theorien werden zu einem Themenbereich zusammengefasst. Die Theorie der mittleren Reichweite soll die empirische Forschung leiten.

Theorien höherer Komplexität bieten allumfassende Erklärungen für die Entwicklung von Gesellschaften, Berufsgruppen. Der Gültigkeitsbereich erstreckt sich vom Handeln zweier Personen, über Beziehungen zwischen Organisationen, bis hin zum Verhalten ganzer Gesellschaften.

Jaqueline Fawcett beschreibt in ihrer Typologie der Theorie<sup>3.29</sup> eine Unterscheidung zwischen konzeptuellen Modellen und konkreten Theorien (s. Tab. 3.2):

<b>Konzeptuelles Modell</b>	<b>Konkrete Theorie</b>
Abstraktes, allgemeines Konstrukt aus Begriffen und Annahmen	Spezifisches, konkretes Konstrukt aus Begriffen und Aussagen
Ziel: Entwicklung eines eigenen Wissensfundus für die gesamte Disziplin der Pflegewissenschaft	Ziel: Weiterentwicklung eines Aspektes eines konzeptuellen Modells
Keine direkte empirische Überprüfung möglich	Direkte empirische Überprüfung möglich
Viele Phänomene	Wenig Phänomene
Nicht in die klinische Praxis umsetzbar	In die klinische Praxis umsetzbar

Tabelle 3.2: Differenzierung von konzeptuellem Modell und konkreter Theorie nach Fawcett.

Fawcett will mit den konzeptuellen Modellen theoretische Ansätze identifizieren nicht einzelne Phänomene. Konzeptuelle Modelle versuchen das Phänomen der Pflege als Ganzheit zu erfassen, z. B. zählt sie das Modell nach Dorothea Orem dazu. Konzeptuelle Modelle bestehen aus Begriffen und Annahmen, die versuchen, die Konzepte des Metaparadigmas - Person, Umwelt, Gesundheit und Pflege - miteinander in Beziehung zu setzen.

Zum besseren Verständnis der Zusammenhang zwischen Metaparadigma, konzeptuelles Modell und Theorie bei Fawcett (s. Abb. 3.10)<sup>3.30</sup>.

<sup>3.29</sup> (Fawcett, 1998, S. 40 f.; Neumann-Ponesch, 2014, S. 77)

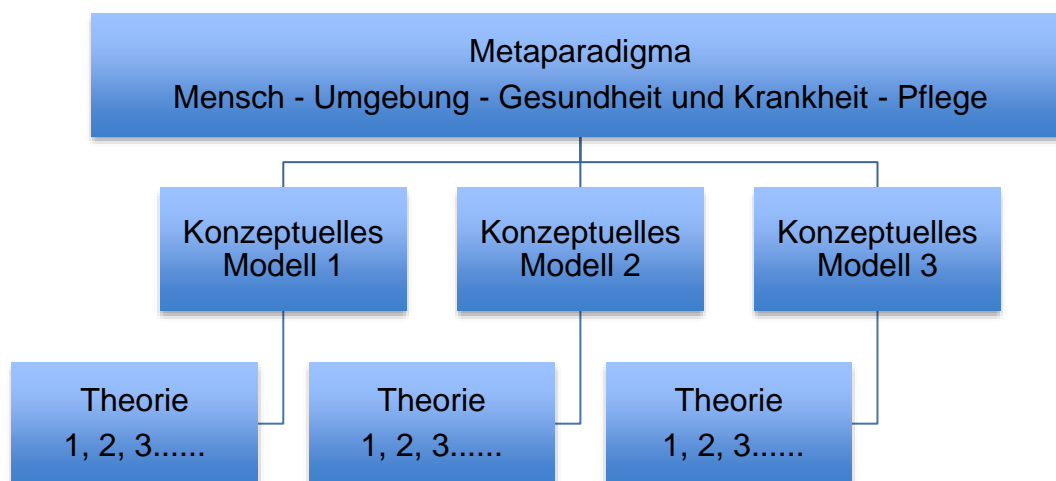


Abbildung 3.10: Der Zusammenhang zwischen Metaparadigma, konzeptuellen Modellen und Theorien (in Anlehnung an Fawcett, 1998)

### 3.2.4 Einteilung der Pflegetheorien bei Meleis

Die Einteilung der Pflegetheorien bei Meleis umfasst drei große Denkschulen: Die Denkschule der Bedürfnisse (needs), die Denkschule der Interaktion (interaction) und die Denkschule der Ergebnisse (outcomes)<sup>3.31</sup>.

Die Bedürfnistheoretiker bei Meleis streben nach der Beantwortung der Frage „*Was ist Pflege bzw. was tun Krankenschwestern?*“<sup>3.32</sup>. Im Fokus steht ein Problem, im Sinne einer Gesundheitsstörung, wobei der Patient ein Bedürfnisdefizit hat, das Pflegende ausgleichen. Die Aktivitäten des täglichen Lebens bestimmen die Pflege in den jeweiligen Lebensprozessen, unter Berücksichtigung der Entfaltung menschlicher Fähigkeiten, bezüglich Gesundheit, Wohlbefinden und Krankheit. Die Interaktionstheoretikerinnen stellen die zentrale Frage „*Wie wird Pflege gelebt bzw. wie tun Krankenschwestern das, was sie tun?*“<sup>3.33</sup>. Hier steht der Interaktionsprozess zwischen zu Pflegenden und Pflegende im Mittelpunkt des Handelns. Im Fokus stehen weiterhin, die Krankheit oder Gesundheitsstörung, als eine Erfahrung. Die Personen weisen ein Set von Bedürfnissen auf, validieren diese und verarbeiten sie als sinnhafte Erfahrung. Die Vertreterinnen der Denkschule der Ergebnisse fragen sich:

---

<sup>3.30</sup> (Arets, Obex, Vaessen, & Wagner, 1996)

<sup>3.31</sup> (Meleis, 1999)

<sup>3.32</sup> (Neumann-Ponesch, 2014, S. 83ff; Meleis, 1999)

<sup>3.33</sup> (Neumann-Ponesch, 2014, S. 84; Meleis, 1999)



*„Zu welchem Zweck soll gepflegt werden? bzw. warum und mit welchem Ziel tun Krankenschwestern, das was sie tun?“<sup>3,34</sup>*. Im Fokus stehen Energie, Gleichgewicht, Stabilität und Präsentation von Homöostase, als ein Ergebnis von Pflege. Die Person versteht man hier, als ein adaptives, entwicklungsbedingtes Wesen. Die Pflegekraft orientiert sich daran, mit welchen Interventionen diese Ergebnisse erreicht werden. 1997 fügt Meleis mit der Denkschule der Humanisten eine vierte Kategorie hinzu, in welcher Pflege als zwischenmenschlicher Dialog verstanden wird, für den zu Pflegenden und Pflegenden gleichsam verantwortlich sind.

---

<sup>3,34</sup> (Neumann-Ponesch, 2014, S. 85; Meleis, 1999)

### **3.2.5 Praxisnahe und erklärende Theorien.**

Moers und Schaeffer<sup>3.35</sup> bilden die heutige Entwicklung von Pflgetheorien insofern handhabbar ab, indem sie versuchen, ein Zusammenwirken zwischen Theorie und Praxis zu verdeutlichen. Sie unterscheiden zwischen erklärenden und normativen Theorien. Erklärende Theorien beantworten pflegerelevante Fragen exemplarisch, in dem sie, Sachverhalte und Phänomene beschreiben, versuchen kausale Zusammenhänge zwischen verschiedenen Komponenten einer Theorie zu klären und daraus Vorhersagen treffen zu können. In erster Linie dienen sie der Forschung und Lehre, können dann jedoch für die Praxis nützlich und anwendbar gemacht werden. Normative Theorien zeigen, anhand theoretischer Erklärungen, Handlungsvorschläge für mögliche Problemsituationen in der Praxis. Dadurch zählen sie zu den praxisnahen Theorien, in denen Praxiskonzepte in Handlungsanweisungen umgeformt werden. Hierzu zählen z. B. die Expertenstandards in der Pflege. Praxisnahe Theorien leisten dadurch einen Beitrag zur Wissensentwicklung und Weiterentwicklung des beruflichen pflegerischen Handelns. Übertragen auf die Abstraktionsniveaus, können erklärende Theorien zu Theorien mittlerer bis hoher Reichweite gezählt werden. Normative Theorien dagegen, zählen eher zu Theorien eines niedrigen Abstraktionsgrads.

In dieser Arbeit geht die Autorin auf die Kategorie der Ergebnistheorien, insbesondere bei Martha Rogers, Interaktionstheorien, insbesondere bei Hildegard Peplau und Bedürfnistheorien, insbesondere bei Dorothea Orem und Monika Krohwinkel, ein. In der deutschen Pflegepraxis weisen die Bedürfnistheorien eine hohe Rezeption auf<sup>3.36</sup>, begründet durch die Systematik der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL), welche bei Monika Krohwinkel eine Fortführung in Bezug auf die Aktivitäten, Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des täglichen Lebens erfahren. Darüber hinaus, bieten die ATL's und ABEDL's eine hilfreiche Strukturierung für die prozessorientierte Pflege in stationären und ambulanten Handlungsfeldern der Pflege. Eine empirische Studie zeigt eine Anwendung von

---

<sup>3.35</sup> (Moers & Schaeffer, 2000; 2011; 2014)

<sup>3.36</sup> (Käppeli, 1998; Stemmer, 2003)

bedürfnisorientierten Theorien von 55,9%, dabei beträgt der Anteil der Theorien nach Juchli 32%, nach Krohwinkel 17,5%, nach Orem, 16,5% und Roper et. al 14,6%<sup>3.37</sup>.

Die ausgewählten Theorien sind von mittlerer bis großer Reichweite, stellen konkrete Theorien mit spezifischen Konzepten dar. Ebenso lassen sie sich auf die Lösung gesellschaftlicher Probleme der Pflege, im Rahmen der Frage „Was tun Pflegende?“, beziehen. Die Pflegenden erfahren ein erweitertes Aufgabenspektrum durch neuverteilte Aufgaben, durch Delegation und Allokation. Deshalb muss darüber nachgedacht werden, welche Aufgaben davon an andere Berufsgruppen, wie Servicepersonal aus dem Fachbereich Hotel- und Gaststättenwesen, abgegeben werden könnten. Die Aufgabenverteilung und Tätigkeiten für Servicepersonal, dargestellt in einem Anforderungsprofil, stellen eine normative Ebene im beruflichen Handeln dar. Das Anforderungsprofil könnte, als ein praxisnahes Konzept auf der Grundlage von Pflgetheorien eingeordnet werden. In dieser Arbeit werden ausgewählte Pflgetheorien beschrieben. Die Auswahl erfolgte nach der Einteilung von Meleis. Aufgezeigt werden je ein Beispiel einer Ergebnistheorie, Martha Rogers, einer Interaktionstheorie, Hildegard Peplau, sowie zwei Bedürfnistheorien, Dorothea Orem und Monika Krohwinkel (s. Abb. 3.11).

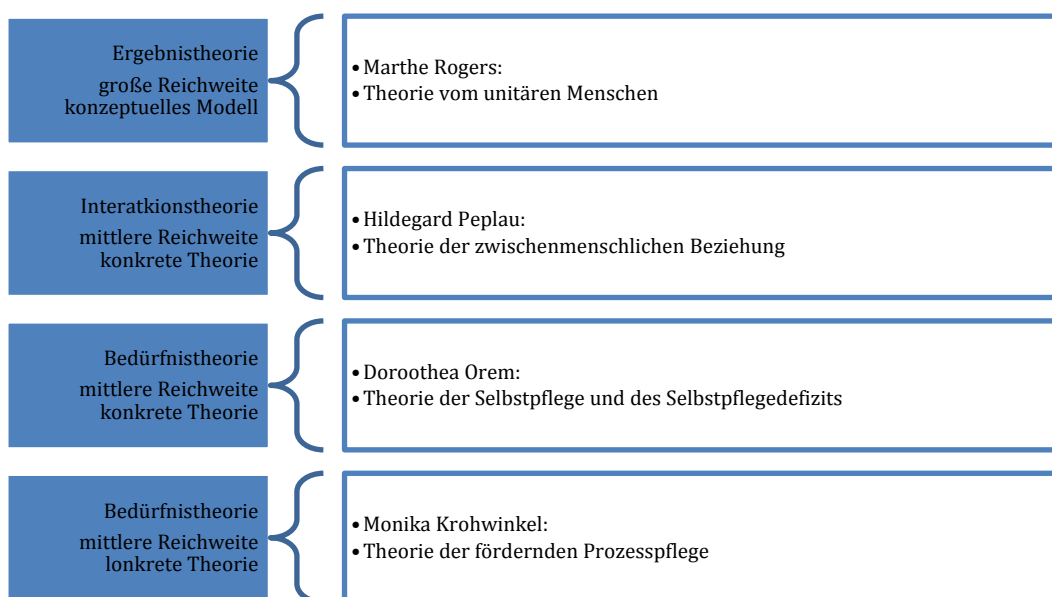


Abbildung 3.11: Übersicht der bearbeiteten Pflgetheorien und deren Einordnung in die Theorieklassifikation nach König, Fawcett und Meleis.

<sup>3.37</sup> (Bentz, Blume, & Röthlein, 2013)

Inwieweit aus den gewählten Theorien ein Konstrukt für Tätigkeiten von Servicepersonal in der stationären Pflege ableitbar ist, wird in der Bewertung und Zusammenfassung der jeweiligen Theorie beschrieben.

### **3.3 Pflege theorie im Denken Martha Rogers**

#### **3.3.1 Zur Theorie von Martha Rogers**

Martha Rogers' Theorie wird in der Literatur als Wissenschaft des „Unitary human being“ unterschiedlich betitelt übersetzt: Pflege als Wissenschaft vom einheitlichen Menschen<sup>3.38</sup>. Drerup bezeichnet die Theorie als „Die Wissenschaft vom unitären Menschen“<sup>3.39</sup>.

Das Modell Rogers' gilt als Modell eines einheitlichen Paradigmas<sup>3.40</sup>. Meleis spricht von einem Ergebnismodell<sup>3.41</sup>. Fawcett und Rogers selbst beschreiben es als konzeptuelles Modell<sup>3.42</sup>. Rogers zählt ihr Modell zu den „grand theories“<sup>3.43</sup>. Martha Elizabeth Rogers ist eine Vorreiterin emanzipatorischer Bestrebungen, die Pflege als eigenständigen Fachbereich und als wissenschaftliche Disziplin zu implementieren.

#### **3.3.2 Martha Rogers**

Martha Elizabeth Rogers ist geboren am 12. Mai 1914. Sie studierte Naturwissenschaften an der Universität von Tennessee in Nashville. 1936 absolvierte Sie das Krankenschwesterndiplom und erlangte 1937 den Bachelor of Science in Naturwissenschaften. Den Titel Magister artium erreichte 1945 sie am Teacher's College der Columbia Universität in New York, darauf folgte 1952 der Master of Public Health an der Johns Hopkins Universität in Baltimore. In diesem Jahr stellt sie auch erstmalig ihr Konzept der Öffentlichkeit vor. Sie promovierte 1954 an der Johns Hopkins Universität in Baltimore. Von 1954 bis 1975 wirkte Martha Rogers als Professorin und Leiterin des Fachbereichs Pflege der New York University. Im Jahre 1979 Martha Rogers emeritiert. In Ihrer Laufbahn

---

<sup>3.38</sup> (Rogers, 1970; Botschafter & Moers, 1992; Rogers, 1995)

<sup>3.39</sup> (Drerup, 1993)

<sup>3.40</sup> (von Kampen, 1997)

<sup>3.41</sup> (Meleis, 1999)

<sup>3.42</sup> (Fawcett, 1996)

<sup>3.43</sup> (Rogers, 1995)

publizierte sie drei Bücher und zahlreiche Artikel in der Fachpresse. Martha Rogers verstirbt 1994 in Arizona<sup>3.44</sup>.

### **3.3.3 Beeinflussende Wissenschaften**

Auf der Grundlage der Natur- und Humanwissenschaften stellt sie ihr Modell auf eine breite Ebene. Ihre Sicht des Menschen führt sie allerdings nicht auf eine bestimmte Wissenschaft zurück. Sie sieht den Menschen und seine Umwelt als Energiefelder<sup>3.45</sup>.

Im 19. Jahrhundert beschrieb Florence Nightingale, als erste Pflege theoretikerin, natürliche Umwelteinflüsse und deren Auswirkungen auf Heilungsprozesse des Menschen<sup>3.46</sup>.

Die Relativitätstheorie Albert Einsteins (1905) und das Konzept der Dimensionen Raum und Zeit, in welchen sich die Menschen stets verändern und entwickeln, bestimmte Rogers Sichtweise von Menschen im Verhältnis zu Raum und Zeit<sup>3.47</sup>. Ebenso wurde Rogers geprägt von der elektrodynamischen Theorie des Lebens, von Muster und Organisation des elektrodynamischen Feldes, von H.S. Burr und F.S.C. Northrop (1935)<sup>3.48</sup>. Dieses Konzept ruft Ganzheit und Kontinuität des Lebens hervor. Rogers nahm an, dass anstatt der Zelle, das elektrische Feld die Grundeinheit biologischer Systeme bildet. Diese Erkenntnis bildete für sie die Grundlage, den Menschen als Energiefeld zu sehen.

Grundannahmen der Systemtheorie kommen ins Spiel die, nie nur einzelne Teile, sondern immer das ganze System in Interaktion mit der Umwelt betrachtet. Das Energiefeld gibt dem Menschen Struktur und Funktion. Die Menschen gelten hierbei als offene, lebende Systeme, die mit der Umwelt ständig Energie und Materie austauschen. Dies ist ein immerwährender Entwicklungsprozess, hinstrebend auf eine wachsende Komplexität<sup>3.49</sup>. Angelehnt an die allgemeine Systemtheorie Bertalanffy's erwähnt sie, dass das Ganze mehr ist, als die Summe seiner Teile. Die Thesen der allgemeinen Systemtheorie nach Bertalanffy, ermöglichen

---

<sup>3.44</sup> (Rogers, 1970; Botschafter & Moers, 1992; Drerup, 1993; Neumann-Ponesch, 2014)

<sup>3.45</sup> (Rogers, 1970)

<sup>3.46</sup> (Nightingale, 2012)

<sup>3.47</sup> (Botschafter & Moers, 1992; Drerup, 1998)

<sup>3.48</sup> ebenda

<sup>3.49</sup> (Fawcett, 1998)

eine methodologische Analyse von Zuständen und Wirkungsverläufen in einem komplexen System. Innerhalb eines sozialen Systems bieten sie eine Hilfe, um Wechselwirkungen und Abhängigkeiten zu klären.

Diese Theorie bezieht sich auf technische Elemente und Funktionen in Systemen. Sie reicht für ein komplexes System, in dem Menschen als Individuen und in Gruppen eine tragende Rolle spielen, nicht aus. Die Menschen verbindet mehr als Technik, sie stellen selbst ein größeres Ganzes dar und sind nicht nur Organismus, sondern auch Geist und Seele, wie in Rogers' Ausführungen ihrer Theorie vom unitären Menschen.

Sie kann sich jedoch der Auffassung, dass in einem System ein stetes Streben nach einem Gleichgewicht besteht, nicht anschließen und stellt dem System Offenheit und Entwicklung gegenüber.

An dieser Stelle scheint es notwendig, die allgemeine Systemtheorie in einem Exkurs zu erläutern<sup>3.50</sup>.

*Beginn des Exkurses über die allgemeine Systemtheorie:*

Die allgemeine Systemtheorie beruht darauf, komplexe technische Abläufe und/oder gesellschaftliche Prozesse zusammenhängend erklären und steuern zu müssen. Die Wissenschaftskonzepte der Naturwissenschaften und der Sozialwissenschaften reichen je für sich alleine nicht aus um Abläufe und Prozesse zu beschreiben und zu kontrollieren (im Sinne von „to control“ engl. = „steuern“). Daraus entstand das Bedürfnis ein Theoriekonstrukt zur Beschreibung, Analyse, Erklärung und Steuerung komplexer Prozesse in unterschiedlichen Bereichen zu entwickeln. Diese Anwendungsbereiche betreffen die Technik, die Biologie, Organisation und Gesellschaft gleichermaßen umfassend. Der Systembegriff gilt hierbei als gemeinsamer Nenner. Ludwig v. Bertalanffy (1901 - 1971) hat die Konzeption einer allgemeinen Systemtheorie entwickelt und dargestellt auf einer Basis, die sich an der Biologie orientiert. Die Theorie befasst sich mit allgemeinen Eigenschaften und Gesetzen von Systemen und beschreibt komplexe Prozesse. System

---

<sup>3.50</sup> (König & Zedler, 2002)

wird präzisiert mit den Begriffen „Element und Relation“ Die Hauptthesen der allgemeinen Systemtheorie lauten<sup>3.51</sup>:

**Ein System ist definiert als eine Menge von Elementen.** Das sind beispielsweise innerhalb einer Zelle die Elemente Zellkern und Zellplasma. Systeme sind durch Wechselbeziehungen (Regelkreise) zwischen den Elementen gekennzeichnet. Die Elemente eines Systems beeinflussen sich gegenseitig. Die Beeinflussung erfolgt in einem Vorwärtstreben und in einer Rückwärtsbeziehung.

**Systeme sind durch eine Systemgrenze von der Umwelt abgegrenzt.** Die Systemgrenzen können unterschieden werden in offene und geschlossene Systeme. Geschlossene Systeme erklären sich selbst aus dem System heraus, während offene Systeme im Austausch mit der Umwelt stehen. Durch äußere Einflüsse kann das System zerstört werden, es kann durch Nichteinhaltung der Wechselbeziehungen zueinander zusammenbrechen.

**Systeme sind hierarchisch gegliedert.** Elemente eines Systems können gleichsam selbst zu einem System werden. Es kann in verschiedene Subsysteme untergliedert werden.

**Systeme sind durch „Emergenz“ gekennzeichnet.** Die Annahme von Eigenschaften innerhalb eines Systems, die sich nicht aus den Eigenschaften der Elemente erklären lassen. Quantitative und Qualitative Elemente können als neue Seinstufen auftauchen bzw. in das System einmünden.

**Systeme tendieren zu einem Gleichgewichtszustand.** Unterschieden werden drei Gleichgewichtszustände:

- Statisches Gleichgewicht eines Systems, unabhängig von den Anfangsbedingungen und Störungen wird ein Gleichgewicht hergestellt.
- Periodisches Schwankungen zwischen verschiedenen Grenzwerten
- Dissipative Situationen, d. h. Reibungsverluste stabilisieren das System, z. B. Elemente werden auf Grund von Störungen bzw. pathologischen Veränderungen eliminiert.

---

<sup>3.51</sup> (König & Zedler, 2002)

*Ende des Exkurses über die allgemeine Systemtheorie.*

Dieses systemische Denken fließt in Rogers Auffassung von Menschen als Energiefeld ein.

Neben dem Menschen als Energiefeld, beschreibt Rogers eine Lebensspirale<sup>3.52</sup>. Damit meint sie, bildlich gesprochen, dass Leben als eine Spirale auf einer Zeitachse verläuft. Die Spirale (Abb. 3.12) weist drei räumliche Dimensionen auf und ist durch eine zeitliche Richtung gekennzeichnet, welche Vergangenheit und Zukunft einschließt. Das Leben ist somit vierdimensional, da Zeit nur im Zusammenhang mit dem dreidimensionalen Raum bestimmt werden kann. Die Lebensspirale symbolisiert in ihren Windungen die rhythmische und zyklische Kontinuität des Lebens.

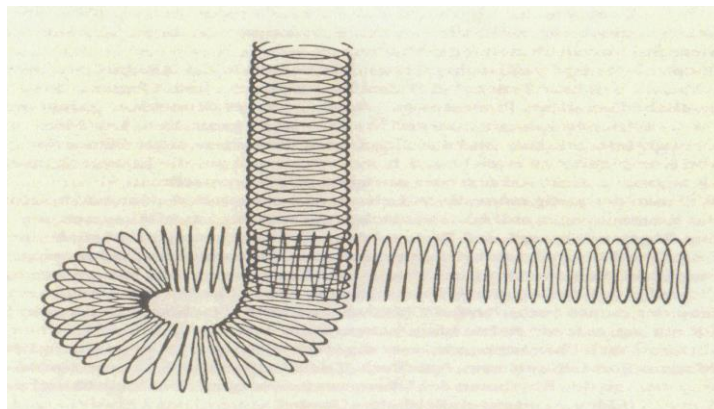


Abbildung 3.12: Modell der Lebensspirale bei Martha Rogers<sup>3.53</sup>

Es gibt keine Wiederholungen, sondern nur Ähnlichkeiten, da sich Geschehnisse nicht wiederholen. Die Veränderungen des Menschen und der Umwelt zeigen sich immer in neuen Strukturen. Die Entwicklung des Menschen unterliegt einer ständigen Revision und Innovation und ist auf eine wachsende Komplexität ausgerichtet. Dieses selbstregulative System will kein Gleichgewicht oder Stabilität erreichen. Zu jedem Zeitpunkt ist der Mensch das, was er geworden ist, und nicht das, was er war. Der Mensch bleibt demnach immer er selbst und in seiner Ganzheit identisch. Veränderungen im Leben sind immer ganzheitlich zu betrachten. Wird das menschliche Energiefeld zerstört, tritt der Tod ein. Rogers sieht den Tod

---

<sup>3.52</sup> (Fawcett, 1996; 1998; Drerup, 1993)

<sup>3.53</sup> (Rogers, 1995, S. 128)



als eine Transformation von Energie. Der Mensch wird nicht einfach ausgelöscht.

Im Denken Rogers' ist der gesamte Mensch das zentrale Anliegen der Pflege. Im Menschen sind physische, psychische, soziale, kulturelle und geistige Eigenschaften, als ein unteilbares Ganzes, vorhanden. Einem Ganzen, in dem einzelne Bestandteile nicht mehr erkennbar sind. Rogers' versteht den Menschen *„als ein denkendes und fühlendes Wesen“*<sup>3.54</sup>. Zusammenfassend kommt sie zu der Aussage: *„Das menschliche Wesen stellt ein spezifisches System dar, dessen charakteristische Eigenschaft die einer Ganzheit ist“*<sup>3.55</sup>. Weiter behauptet sie: *„Der Mensch wird erst sichtbar, wenn man seine Bestandteile aus dem Blick verliert. Erst durch seine Eigenschaften, wird der Mensch als einheitliches Ganzes sichtbar. Der Mensch besitzt eine eigene Vollkommenheit, welche wesentliche Merkmale manifestiert, die mehr sind als die Summe seiner Teile“*<sup>3.56</sup>.

Rogers bestreitet dabei nicht, dass die einzelnen Bestandteile für Kenntnis und Verständnis der Konstitution des Menschen wichtig sind. Jedoch lässt sich der Mensch, auch ohne spezifische Kenntnis über seine Zusammensetzung, erklären, da typische Eigenschaften den Menschen ausmachen. Die grundlegende Eigenschaft des Menschen ist die ständige Interaktion mit seiner Umwelt. Der Mensch als Ganzes und die Umwelt als einheitliches Ganzes. Es besteht ein fortwährender Austausch und eine ständige, gegenseitige Beeinflussung. Allein die Aussage: „Heute scheint die Sonne und ich fühle mich großartig“, stellt eine einfache Erklärung dar. So kommt Rogers zu der Annahme, dass der Mensch ein offenes System darstellt, das in Interaktion mit der Umwelt ständig neue Erfahrungen macht und sich weiterentwickelt. Diese gegenseitige Beeinflussung kann, zu einem bestimmten Zeitpunkt, viele Variablen beinhalten, d. h. zu einer anderen Zeit, kann das Phänomen Sonnenschein ein völlig anderes Empfinden hervorrufen, z. B. „Die Sonne scheint – meine Pflanzen im

---

<sup>3.54</sup> (Neumann-Ponesch, 2014; Rogers, 1995)

<sup>3.55</sup> (Rogers, 1970; Rogers, 1995, S. 66)

<sup>3.56</sup> (Rogers, 1970; Rogers, 1995, S. 66)

Garten vertrocknen.“ Rogers konkludiert daher, dass: *„Mensch und Umwelt kontinuierlich Materie und Energie miteinander austauschen“*<sup>3.57</sup>.

### **3.3.4 Unidirektionalität**

Rogers prägt den Begriff „Unidirektionalität“ des Lebensprozesses und meint damit, dass das Leben eine konstante, in ein und dieselbe Richtung, verlaufende Entwicklung nimmt. Die Entstehung der Umwelt des Menschen ist untrennbar in Veränderungsprozesse eingebunden. Diese Entstehungs- und Veränderungsprozesse finden im Raum entlang der Zeitachse statt. Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft drücken das Fortschreiten der Zeit aus. Wir nehmen wahr, dass die Zeit vergeht; dies ist ein wesentlicher Bestandteil unseres Lebens. Ein Werden und Entwickeln des Menschen setzt voraus, dass die Zeit unumkehrbar ist. Die Zeit vergeht und das Leben ist ein integraler Bestandteil dieser Vergänglichkeit. Der Lebensprozess ist eingebunden in die drei Dimensionen des Raumes und in die Dimension der Zeit.

Rogers meint damit, dass sich das Leben unidirektional entlang des Raum-Zeit-Kontinuums entfaltet. Sie gibt als Beispiel den Wachstumsprozess eines Individuums an. Die Menschen werden gezeugt, geboren, wachsen auf, reifen und sterben. Von der Empfängnis bis zum Tod erlebt der Mensch Entwicklungsphasen. Der Lebensprozess entfaltet sich im Verlauf der Zeit und ist gleichzeitig in Raum und Zeit eingebunden. Zu jedem Zeitpunkt ist der Mensch Ausdruck der gesamten Gegebenheiten dieses Zeitpunkts. Mensch-Umwelt-Interaktionen führen zu langsamen oder beschleunigten Veränderungen in den unterschiedlichen Lebensabschnitten eines Individuums. Als Beispiel hierzu zählen die durchaus individuellen Unterschiede in den Alterungsprozessen.

Rogers gelangt zu der Aussage: *„Der Lebensprozess entwickelt sich unumkehrbar und unidirektional entlang des Raum-Zeit-Kontinuums“*<sup>3.58</sup>. Der Fluss der Zeit ist durch zunehmende Komplexität und Innovation gekennzeichnet.

---

<sup>3.57</sup> (Rogers, 1995, S. 79)

<sup>3.58</sup> (Rogers, 1995, S. 86)

### **3.3.5 Muster und Organisation**

Der Lebensprozess ist dynamisch und unterliegt der fortwährenden Veränderung. Muster und Organisation kommen in lebenden Systemen vor. Die Einheit lebender Gebilde ist das Energiefeld. Dieses Feld verleiht den Menschen Muster und Organisation. Lebende Systeme sind offene Systeme, die sich in einem ständigen Austausch mit der Umwelt befinden. Die Organisation lebender Systeme wird in den Mustern des lebenden Systems aufrechterhalten. Muster und Organisation sind ganzheitliche Konzepte, sie sind beobachtbare Eigenschaften all dessen, was ist. Ohne sie gäbe es Chaos. Natürliche Gesetzmäßigkeiten, Rhythmen sind eine Begleiterscheinung des menschlichen Lebens und seiner Umwelt. Unidirektionalität des Lebens vollzieht sich in Rhythmen, entlang einer Spirale, z. B. der Tag-Nachtrhythmus. Immer wenn eine neue Schleife der Spirale erscheint, offenbart sich die zyklische Fortschreitung. Es erscheint zunächst als eine Wiederholung eines Ereignisses, jedoch Ereignisse wiederholen sich nicht, sie ähneln einander nur, da die Rhythmen zu einer anderen Zeit (die vierte Dimension, der Raum-Zeit-Spirale) auftreten. Das Entstehen von Mustern ist ein dynamischer Prozess. Die fortwährenden Veränderungen des Menschen und seiner Umwelt zeigen sich in den entstehenden neuen Mustern im Menschen und in der Umwelt. Der Mensch vollbringt die Leistung der „Fähigkeit zur Selbstregulierung“ und kann sich während der stetigen Veränderungen erhalten. Die Selbstregulierung ermöglicht die Entfaltung der Lebenspotenziale. Die Selbstregulierungsprozesse laufen, in bewusster und nicht bewusster Mitwirkung des Menschen, ab. Der Mensch kann seine Umwelt bewusst mitgestalten und eine Auswahl der Entfaltung seiner Potenziale treffen. Die selbstregulierenden Mechanismen sind gleichzusetzen, mit der Aufrechterhaltung von Funktionen in lebenden Systemen. Die Selbstregulation zielt nicht auf ein Gleichgewicht oder eine Stabilität ab, sondern ist auf eine ständig wachsende Komplexität der menschlichen Funktionen ausgerichtet. Die laufenden Veränderungen, die den Menschen und seine Umwelt kennzeichnen, werden in immer wieder

neuen Strukturen deutlich, d.h. die Entwicklung des Menschen unterliegt einer kontinuierlichen Revision und permanenten Innovation<sup>3.59</sup>.

Die Wahrnehmung der Einheit und Ganzheit erfordert die Nutzung von Mustern und der Organisation, von dem was man erkennen will. Sie sind grundlegende Eigenschaften all dessen, was existiert. Nehmen wir an, eine Person ist traurig. Traurigkeit ist der Ausdruck der Ganzheit einer Person und nicht von zusammengesetzten, einzelnen Eigenschaften. Jemand anderes kann beobachten und feststellen, ob eine Person traurig ist. Dies drückt die Ganzheitlichkeit dieser Wahrnehmung aus.

*„Muster und Organisation kennzeichnen den Menschen und lassen seine innovative Ganzheit erkennen“<sup>3.60</sup>.*

Die Einzigartigkeit des Menschen im Unterschied zu anderen Lebewesen ist gekennzeichnet durch die Frage: Ob er wirklich so einzigartig ist und an der Spitze der Lebensformen der Evolution steht? Das Wissen über den Menschen und das Universum nimmt zu, damit relativiert sich die Ausnahmestellung des Menschen, da die Unermesslichkeit des unbekanntes Kosmos zunehmend bewusst wird. „Ich weiß, dass ich nichts weiß“. Genau in dieser Erkenntnis liegt die Einzigartigkeit des Menschen unter den Lebewesen. Er nimmt die unendliche Größe des Kosmos wahr und denkt darüber nach. Die Fähigkeit zur Abstraktion und Vorstellungskraft, zu sprechen und zu denken, mit den Sinnen wahrzunehmen und zu fühlen, sind die wesentlichen Bestandteile dessen, was den Menschen zum Menschen macht. Die Tatsache, dass der Mensch sich seiner und der Umwelt bewusst ist, wurzelt in der Erkenntnis, dass der Mensch sterblich ist. Die Auseinandersetzung mit dem Tod ist in der Geschichte gegenwärtig. Sie findet Ausdruck in religiösen Ritualen und in der bildenden Kunst, genauso wie in philosophischem Denken über den Sinn des Lebens und dem Tod. Gebote zum Schutz menschlichen Lebens und Verheißungen über ein Leben nach dem Tode sind allgegenwärtig. Der Tod ist eine Bedingung des Lebens eines jeden Menschen. Wenn das menschliche Feld zerstört wird, tritt der Tod ein. Rogers versteht Tod, als Transformation von Energie, d. h. der Mensch

---

<sup>3.59</sup> (Drerup, 1998, S. 90)

<sup>3.60</sup> (Rogers, 1995, S. 93)

wird nicht einfach ausgelöscht, sondern transformiert. Möglicherweise lebt er in einem anderen Feld weiter<sup>3.61</sup>. Der Mensch ist sich seiner eigenen Sterblichkeit bewusst. Er ist ein Mensch, der empfinden kann; obschon er nicht als alleiniges Lebewesen die Fähigkeit zu fühlen besitzt, gehen Gefühle tiefer und weiter, als bei anderen Lebewesen. Der Mensch entwickelt Gefühle um alles das, was gefühlt werden kann. So verstanden, sind Sinneswahrnehmungen und Gefühle empfundene Reaktionen auf Umwelteinflüsse. Menschen erleben Gefühle als einheitliche Wesen. Gefühle sind Ausdruck dieser Einheit und Ganzheit. Sie beziehen die Gesamtheit des Individuums ein; so kann Liebe nicht, als herausgelöste Enität, verstanden werden und Zahnschmerzen sind nicht einfach durch einen offenliegenden Nerv zu erklären. Schmerzschwellen sind von Mensch zu Mensch unterschiedlich. Menschen haben Empfindungen, die sie, als Freude und Leid, Ekstase und Depression, Herzlichkeit und Hingabe, zeigen. Reize aus der Umwelt lösen Gefühle aus; so kann ein Sonnenuntergang, ein Musikstück, ein Zirkusclown, der Duft von frischem Kaffee, das Kratzen von Kreide an der Schultafel und vieles mehr, Empfindungen auslösen. Der Mensch versucht die Erfahrungen zu ordnen, um zu verstehen, er kann rational denken. Rationales Denken bildet die Grundlage der modernen Wissenschaften, welche mit ihren Methoden, frei von Werturteilen, neue Kenntnisse hervorbringt. Es sind Gefühle, welche die eigentliche Motivation des Forschens ausmachen, um den Menschen aus misslichen Situationen, durch Kenntnisk Gewinn, zu erlösen. Gefühle und rationales Denken sind Kräfte der Menschen, um die Welt zu erfahren. Gefühle alleine reichen jedoch nicht aus. Sprache und Denken sind Voraussetzung für die Anstrengungen des Menschen, die Lebensbedingungen verbessern zu wollen. Die Evolution des Menschen ist gekennzeichnet durch die zunehmende Fähigkeit, Beziehungen zwischen den verschiedenen Ereignissen wahrzunehmen und Hypothesen zu bilden, Konzepte zu entwerfen und Gedanken zu ordnen. Dies bildet die Grundlage zu bewusstem Handeln. Dieses Vermögen zu Empfinden und zu Denken ist integraler Bestandteil des Lebensprozesses eines

---

<sup>3.61</sup> (Drerup, 1998, S. 91)

Menschen. Der Mensch trifft seine Entscheidungen bewusst und geht über das automatische, selbstregulierende Handeln hinaus. Somit ist er Mitgestalter der Muster seines Feldes und gestaltet die Umwelt nach seinen Bedürfnissen um. Er kann sich in den Selbstregulierungsprozess einbringen, sich selbst und seiner Umwelt Ausdruck verleihen. Es entfaltet sich eine Kreativität des Lebens. Die Dimensionen menschlichen Empfindens und Denkens zeigen diese schöpferische Kraft. In der Mensch-Umwelt-Interaktion entwickeln sich menschliche Selbsterkenntnis und Erkenntnis seiner Welt. *„Der Mensch ist dadurch gekennzeichnet, dass er die Fähigkeit besitzt abstrakte Begriffe und bildhafte Vergleiche zu formulieren, zu sprechen und zu denken, wahrzunehmen und zu empfinden“*<sup>3.62</sup>.

### **3.3.6 Hauptelemente der Theorie**

Die Theorie setzt sich mit den Sichtweisen von Gesundheit, Krankheit und Pflege auseinander.

#### **3.3.6.1 Sichtweisen von Gesundheit und Krankheit**

Rogers beschreibt die Begriffe Gesundheit und Krankheit nicht exakt. Sie lassen sich herleiten aus der Einheit von Gesundheit und Krankheit und können deshalb nur schwer begrifflich abgegrenzt werden. Sie werden in unterschiedlichen Kulturen unterschiedlich bewertet. Ziel von Gesundheit ist Harmonie. Krankheit könnte, als Folge einer Störung im Energiefeld Mensch und Energiefeld Umwelt, beschrieben werden. Die gegenseitige Interaktion der beiden Felder und der, daraus folgenden, Veränderung von Muster und Organisation, bedeuten Krankheit oder eine Gesundheitsstörung. Im Denken Rogers besitzt der Mensch eine Fähigkeit zur Selbstregulation. Diese Selbstregulierung im Lebensprozess stellt eine Eigenschaft von Gesundheit und dem daraus resultierenden Wohlbefinden dar. Gemäß der Weltgesundheitsorganisation, (WHO), ist Gesundheit die Abwesenheit von Krankheit<sup>3.63</sup>.

#### **3.3.6.2 Zum Modell der Pflege bei Rogers**

Die oben angeführten Annahmen bilden die Grundlage des konzeptionellen Modells der Pflege. Rogers' Modell des menschlichen

---

<sup>3.62</sup> (Rogers, 1995, S. 100ff)

<sup>3.63</sup> (Neumann-Ponesch, 2014, S. 146; Weltgesundheitsorganisation, 1948)

Lebensprozesses stellt ein ausgedachtes Konstrukt dar, das dienlich scheint, den Lebensprozess zu verstehen. Das konzeptuelle System der Pflege fügt sich, aufgrund der Beziehungen der Konzepte zueinander, zu einem einheitlichen Ganzen zusammen. Dadurch werden die Ideen Rogers in einen sinnvollen Bezugsrahmen gestellt. Sie bezeichnet ein Modell nicht als Wirklichkeit, sondern stellt es, als eine Repräsentation des Universums oder eines Teils davon, dar. Daher ist es notwendigerweise abstrakt. Das Modell besteht aus einer Matrix von Ideen, die in ihrer Ganzheit den Menschen beschreiben. Der Mensch wird als ein integraler Bestandteil des Universums verstanden. Mensch und Umwelt bilden Systeme, die sich ergänzen und nicht zweigeteilte, sich gegenüber stehende Systeme darstellen (s. Abb. 3.13).

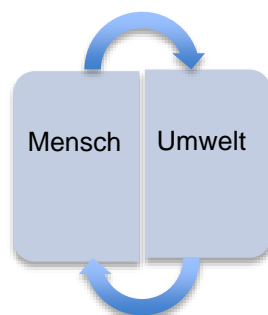


Abbildung 3.13: Mensch und Umwelt bilden Systeme, die sich ergänzen.

Der Lebensprozess ist gekennzeichnet durch Ganzheitlichkeit, Offenheit, Unidirektionalität, Muster und Organisation, Empfindungs- und Denkvermögen (s. Abb. 3.14). Sie liegen dem konzeptuellen Modell der Pflege zu Grunde.

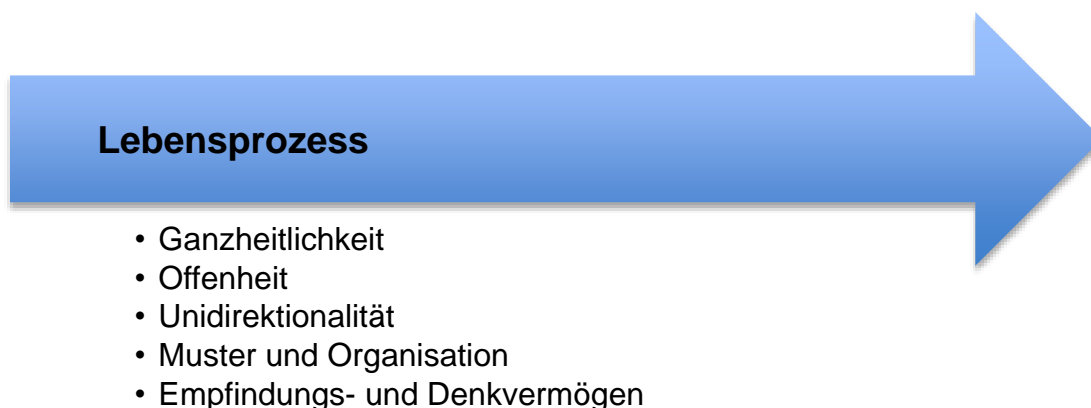


Abbildung 3.14: Der Lebensprozess im Denken Rogers ist gekennzeichnet durch Ganzheitlichkeit, Offenheit, Unidirektionalität, Muster und Organisation, Empfindungs- und Denkvermögen.

### **3.3.6.3 Elektrisches Energiefeld**

Rogers behauptet, dass ein elektrisches Energiefeld, die erfassbaren Grenzen des Menschen erkennen lässt. Das Energiefeld hat dort seine Grenzen, wo es die Grenzen der Umwelt berührt. Die Umwelt selbst ist ein Energiefeld, ebenfalls aus elektrischer Natur. Die Interaktion beider Energiefelder, erfolgt über die Grenzen der zwei Felder hinweg, dabei dehnen sich beide mit dem Universum aus. Die Energiekonzentration, die eine sichtbare Eigenschaft und Dichte besitzt, ist für das menschliche Auge wahrnehmbar. Rogers verweist darauf, dass das menschliche Auge nur den Anteil des Energiefelds wahrnehmen kann, der in seinem erfassbaren Frequenzbereich liegt. Die Art und Intensität der Mensch-Umwelt-Wechselbeziehung über die Grenzen hinweg sind für jeden Menschen zu verschiedenen Zeitpunkten unterschiedlich. So können Menschen z. B. als charismatisch, kraftvoll, launisch oder verschlossen bezeichnet werden. Das menschliche Feld besitzt eine eigene, erkennbare Ganzheit. Es hält, im Rahmen der ständigen Interaktion mit der Umwelt, seine Identität über fortwährende, sich verändernde Muster, aufrecht. Die Muster entstehen durch den Energieaustausch von Mensch und Umwelt. Die Komplexität der Organisation ist eine natürliche Folge der Interaktion entlang des Lebenslaufs. Wenn Muster und Organisation nicht mehr bestehen, ist die Unversehrtheit des menschlichen Feldes nicht mehr gegeben und der Tod tritt ein. Rogers nimmt daher an, dass der Tod eine Energietransformation darstellt. Mit dem Tod endet die Existenz des menschlichen Feldes. Die Identität als lebender Mensch besteht nicht mehr. Der Sterbeprozess stellt einen Übergang dar, in dem sich die Integrität des menschlichen Feldes verringert und stirbt.

Das menschliche Feld lässt sich bildhaft, als die Krümmung von Raum-Zeit eingebettet vorstellen. Der Lebensprozess ist Ausdruck des Feldes, entlang einer spiralförmigen Längsachse, die, in eine vierdimensionale Raum-Zeit-Matrix eingebunden ist, kontinuierlich Gestalt annimmt und von der Umwelt geformt wird. Das menschliche Feld kann sich dabei in alle Richtungen ausdehnen, sowohl in die Vergangenheit als auch in die Zukunft. Die schöpferische Kraft entsteht aus der Mensch-Umwelt-



Interaktion entlang des Lebensprozesses. Rogers bedient sich dem Bild einer Spirale, an dem sich der Lebensprozess entlang zieht. Das menschliche Feld durchdringt entlang der Spirale den Raum und dehnt sich, ausgehend von einem bestimmten Ort, in alle Richtungen aus. Jede Umdrehung der Spirale gibt die rhythmische Natur des Lebens wieder. Die Verformungen der Spirale stellen die Abweichungen von natürlichen Regelmäßigkeiten dar. Unterschiede in der Geschwindigkeit von Veränderungen im Lauf der Zeit, können, durch Verkleinern und Vergrößern der Abstände zwischen den Spiralen, versinnbildlicht werden. Der Energieaustausch zwischen dem menschlichen Feld und Umwelt ist dabei eine stetige Begleiterscheinung des sich entwickelnden Lebensprozesses. Aus diesen Interaktionen entstehen Empfindungen und Gedanken. Der Vergleich mit einer Spirale ist hilfreich, um die Wirklichkeiten und Potenziale des Lebens verständlich zu machen.

Der Mensch ist ein einheitliches Ganzes, mit eigenen, besonderen Eigenschaften, die nicht durch die Beobachtung oder Beschreibung seiner Bestandteile zu verstehen sind. Auch die Summe dieser Bestandteile macht noch keinen Menschen aus. Die grundlegende Einheit des lebenden Systems ist ein Energiefeld, welches das Konzept der Ganzheit als ein einheitliches, nicht reduzierbares Ganzes definiert.

Der Lebensprozess ist eine evolutionäre Erscheinung, Ausdruck fortschreitender Differenzierung und Komplexität, die den Menschen und die Umwelt in ihrer gleichzeitigen und miteinander verbundenen Evolution in Raum und Zeit kennzeichnen. Der Lebensprozess entfaltet sich entlang der Raum-Zeit-Spirale und stellt die Fähigkeit aller Lebensformen dar, über sich hinaus zu wachsen. Die Ereignisse entlang des Kontinuums sind einmalig, sie wiederholen sich nicht. Ereignisse die ähnlich sind, können nicht als Wiederholungen gedeutet werden. Das menschliche Verhalten entwickelt sich nicht auf frühere Stadien zurück, der Lebensweg ist unidirektional. Die Fähigkeit, sich selbst und die Welt wahrzunehmen und die eigenen Erfahrungen zu verstehen ist eine Erscheinung der Längsachse des Lebens. Die Einheit der sich im Lebensprozess manifestierten Verhaltensmuster sind mit einer Symphonie vergleichbar.

Diese Muster können nicht zweigeteilt werden, in objektive und subjektive, in innerliche und äußerliche, geistige und körperliche Gegensatzpaare. Sie sind in ihrer Ganzheit einzigartig. Die Beschreibung menschlichen Verhaltens in unserer wahrnehmbaren Welt belegt, dass die Verknüpfung der Ideen, welche die Struktur des konzeptionellen Modells der Pflege bildet, richtig zu sein scheint. Das Modell des Lebensprozesses im Menschen bildet die Grundlage des Theoriegebäudes der Pflege, „body of knowledge“. Die Postulate des Modells lauten:

Das Energiefeld ist in eine vierdimensionale Raum-Zeit-Matrix eingebettet und wird mit der rhythmischen Entwicklung des Lebens zunehmend komplexer. In diesem Veränderungsprozess werden die Muster und die Organisation des Feldes aufrechterhalten, welche den kontinuierlichen Mensch-Umwelt-Interaktionen dienen. Rogers leitet daraus homöodynamischen Prinzipien der Pflege ab.

#### **3.3.6.4 Prinzipien der Homöodynamik der Pflege**

Die Prinzipien werden als hypothetische, allgemeine Behauptungen formuliert. Sie sind aus dem konzeptuellen System der Pflege gewonnen. Indem Fakten und Vorstellungen miteinander verbunden werden, konnte ein zusammenhängendes Muster erstellt werden, das mit der, uns bekannten, Welt übereinstimmt. Sie haben den Status allgemeiner Aussagen über den Lebensprozess von Menschen. Der Lebensprozess ist homöodynamisch strukturiert<sup>3.67</sup>. Wie bereits erörtert, ist es das Energiefeld, welches die Grundeinheit des lebenden Systems verkörpert und für die Prinzipien der Pflege abgeleitet werden können. Zunächst zeigt Rogers vier Prinzipien auf, die später zu drei Prinzipien der Homöodynamik der Pflege zusammengefasst werden<sup>3.68</sup>.

Das Prinzip der Wechselseitigkeit (reciprocy), das Prinzip der Gleichzeitigkeit (synchronicity), das Prinzip der Spiralität (helicity) und das Prinzip der Resonanz (resonancy) werden zu drei Prinzipien<sup>3.69</sup> zusammengefasst (s. Abb. 3.15).

---

<sup>3.67</sup> (Rogers, 1995, S. 122)

<sup>3.68</sup> (Rogers, 1970)

<sup>3.69</sup> (Rogers, 1995, S. 185; Drerup, 1998, S. 91; Neumann-Ponesch, 2014, S. 145)

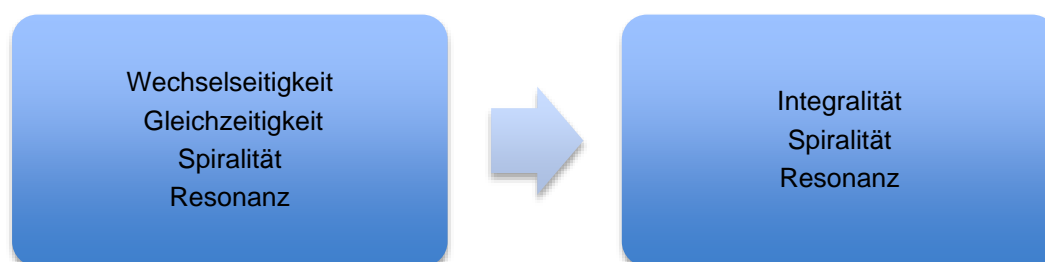


Abbildung 3.2: Zusammenfassung der Prinzipien der Homöodynamik der Pflege.

Im folgenden Abschnitt werden die drei Prinzipien der Pflege erläutert.

Das Prinzip der Integralität ist die fortwährende Interaktion der Felder Mensch und Umwelt. Integralität beschreibt das Wesen der Gemeinsamkeiten von menschlichen und umweltbezogenen Energiefeldern<sup>3.70</sup>. Mensch und Umwelt beeinflussen einander ständig. Mensch und Umwelt sollen immer gleichzeitig wahrgenommen werden. Die Felder Mensch und Umgebung interagieren gleichzeitig miteinander<sup>3.71</sup>. Die Bindung des Menschen an Raum und Zeit bedeutet, dass Veränderungen zwischen Mensch und Umwelt immer gleichzeitig anzusehen sind<sup>3.72</sup>.

Das Prinzip der Spiralität beschreibt die stetig wachsende Vielfalt, den kontinuierlichen, nicht vorhersagbaren Wandel<sup>3.73</sup>. Die Feldveränderungen sind innovativ und prohabilitisch und zeichnen sich durch zunehmende Diversität aus. Das Prinzip Spiralität besagt, dass der Lebensprozess sich in eine Richtung, in aufeinanderfolgenden Phasen entlang einer Kurve entwickelt, die dieselbe Form hat, aber mehrere Ebenen beinhaltet. Beispielsweise ereignet sich, bei einem Säugling und Kleinkind, die physisch-motorische Entwicklung und die psychisch-geistige Entwicklung gleichzeitig mit zunehmender Selbständigkeit; sie bedingen sich gegenseitig<sup>3.74</sup>.

---

<sup>3.70</sup> (Neumann-Ponesch, 2014, S. 145)

<sup>3.71</sup> (Chinn & Kramer, 1996, S. 192)

<sup>3.72</sup> (Drerup, 1998, S. 91)

<sup>3.73</sup> (Neumann-Ponesch, 2014, S. 145)

<sup>3.74</sup> (Drerup, 1998, S. 91)

Das Prinzip Resonanz beschreibt die Richtung der ständigen Veränderungen, innerhalb menschlicher und ökologischer Felder<sup>3.75</sup>. Die Veränderungen des Wellenmusters, von niederen zu höheren Frequenzen, laufen kontinuierlich ab<sup>3.76</sup>. Der Mensch empfindet seine Umwelt als die Resonanz von Wellen, die ihn mit dem Rest der Welt verbinden. Es ergibt sich ein rhythmisches Fließen von Energie, die sich wellenförmig fortsetzt. So bewegen sich auch Licht- und Schallwellen im Kosmos. Rogers meint dieses Phänomen, wenn man von Wellen der Zärtlichkeit oder des Schmerzes spricht<sup>3.77</sup>.

### 3.3.7 Diskussion

Die Diskussion des Modells von Martha Rogers in Bezug auf die Kompatibilität für die Praxis der Pflege und die Tätigkeiten von Servicepersonal in der stationären Pflege erfolgt gemäß

- der Grundlage von Kriterien nach Comack und Reynolds<sup>3.78</sup>
- der Perspektive von Chinn und Kramer, mit der Frage: „Wie man feststellt, ob eine Theorie praktisch angewendet werden sollte?“<sup>3.79</sup>
- dem Blickwinkel des Nützlichkeitsindex der Weltgesundheitsorganisation (WHO), zur Bedeutung einer Theorie, für die bedarfsgerechte Auswahl einer Theorie, zur Überprüfung und Beurteilung des Nutzens einer Theorie<sup>3.80</sup>.

#### 3.3.7.1 Überprüfung des Modells auf der Grundlage von Kriterien von Comack und Reynolds<sup>3.81</sup>:

*Ist das Modell so beschrieben, dass es von Pflegepraktikern zweifelsfrei verstanden werden kann?*

Es bedarf bestimmter Rahmenbedingungen für die Umsetzung des Modells:

- Kulturelles Verständnis
- Akademische Bildung „die Qualität der Bildung ist an die Professionalität des Lehrkörpers gebunden“

---

<sup>3.75</sup> (Neumann-Ponesch, 2014, S. 145)

<sup>3.76</sup> (Chinn & Kramer, 1996, S. 192)

<sup>3.77</sup> (Drerup, 1998, S. 91)

<sup>3.78</sup> (Comack & Reynolds, 1992)

<sup>3.79</sup> (Chinn & Kramer, 1996, S. 174-179)

<sup>3.80</sup> (Stähling, 2012)

<sup>3.81</sup> (Comack & Reynolds, 1992)

- Fähigkeiten/Qualifikationen um Begleiter/-in zu sein
- Instrumente zur Identifizierung und Bestimmung des Energiefeldes
- Fachsprache

Rogers definiert nicht die Praxis; ihr Modell scheint daher zu abstrakt zu sein. Die Konzepte werden theoretisch definiert, eignen sich demnach nicht unmittelbar für die Praxis und entziehen sich einer messenden Forschung.

*Ist der Anwendungsbereich des Modells klar umrissen?*

Die Theorie ist deduktiv, von den Inhalten und der Reichweite gehört sie zu den Makrotheorien. Das heißt, von einer allgemeinen Aussage ausgehend, wird eine spezielle Aussage beschrieben. Das Modell erklärt unvorhersagbare Muster, welche kontinuierlich neu entstehen. Sie liefert einen Bezugsrahmen zur Beschreibung der Lebensprozesse.

*Stellt das Modell eine Annäherung an die spezifischen Bedürfnisse der Pflege und der Pflegenden dar?*

Es beinhaltet neue Anregungen, insbesondere die Etablierung von notwendigen Rahmenbedingungen zur Durchführung professioneller Pflege. Die Aussagen Rogers' beziehen sich auf abstrakte, allgemeine Sachverhalte. Spezielle Bedürfnisse stehen nicht im Vordergrund und somit nicht im Mittelpunkt der Auseinandersetzung.

*Basiert das Modell auf einer wissenschaftlich getesteten und akzeptierten Theorie?*

Einzelne Komponenten wurden in unterschiedlichen Pflegesituationen einer wissenschaftlichen Evaluation unterzogen. Jedoch eine Aufsplitterung in Einzelkomponenten widerspricht der Auffassung Rogers vom „unitären Menschen“. Vermutlich würde Rogers' Vorstellung, ein Auseinandernehmen in Einzelkomponenten, nicht zulassen.

*Ist das Modell valide und reliabel?*

Die Validität kann nicht überprüft werden, ebenso wenig die Reliabilität.

*Liefert das Modell einen Rahmen für die Pflegediagnostik?*

Das Modell liefert eine Philosophie der Pflege. Pflegediagnostische Konzeptionen müssten entwickelt werden und einer Evaluation zugeführt werden. Derzeit kann das Modell nicht zu einer Pflegediagnostik

herangezogen werden. Allerdings gibt es eine Pflegediagnose „Energiefeldstörung“ nach NANDA. NANDA ist die North American Nursing Diagnosis Association, eine internationale Vereinigung für Pflegediagnosen und deren Klassifikationen. Die NANDA-Pflegediagnosen sind eine von der American Nurses Association (ANA) anerkannte, standardisierte Pflegesprache, da sie eine klinisch nützliche und pflegerisches Handeln unterstützende Klassifikation darstellt<sup>3.82</sup>. Dort wird Energiefeldstörung definiert als eine *„Unterbrechung des Energieflusses, der einen Menschen umgibt und in der Folge zu Disharmonie von Körper, Geist und Seele führt“*<sup>3.83</sup>. Meines Erachtens kommt diese Pflegediagnose ursprünglich aus Rogers' Theorie vom unitären Menschen.

*Befähigt das Modell zur Ableitung geeigneter Interventionen zur Optimierung des Gesundheitszustands?*

Die Interventionen werden gemeinsam mit den Patienten festgelegt. Das Modell der Energiearbeit fokussiert auf nicht-invasive Interventionsstrategien der Pflege. Beispielsweise wäre hier das Konzept des „Therapeutic Touch“ zu nennen, eine Energietherapie indem die Hände des Therapeuten/-in über den Körper der Patienten gelegt werden, dadurch Energie übertragen wird, welche das Energiefeld der Patienten reguliert<sup>3.84</sup>.

*Definiert das Modell den gewünschten Outcome einer Intervention?*

Das definierte Outcome der Theorie ist der Harmoniezustand des einzelnen Menschen, also ein subjektives Outcome, das der Mensch entsprechend selbst beschreiben muss.

*Entspricht das Modell allgemeingültigen, ethischen Richtlinien?*

Rogers sieht Patienten im Pflegeprozess partnerschaftlich. Durch die Einzigartigkeit berücksichtigt sie die Individualität des Menschen im Lebensprozess.

---

<sup>3.82</sup> (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2014, S. 31)

<sup>3.83</sup> (Fraunberger, 2008; Doenges, Moorhouse, & Murr, 2014, S. 259-262)

<sup>3.84</sup> ebenda

---

### 3.3.7.2 Überprüfung des Modells aus der Perspektive von Chinn und Kramer:

Sie formulierten Fragen, um festzustellen, ob eine Theorie praktisch angewendet werden sollte<sup>3.85</sup>.

*Stimmen die Ziele der Theorie und die Ziele der Praxis überein?*

Ja, im Sinne einen Harmoniezustand zu erreichen. Ziele der Pflege bei Martha Rogers sind das Wohlbefinden, die Gesundheit und die harmonischen Strukturen der Energiefelder der Klienten.

*Stimmt der Kontext der Theorie mit der Situation überein, in der die Theorie angewandt werden soll?*

Durch den hohen Abstraktionsgrad der Theorie, kann diese im Kontext der stationären Pflege angewandt werden. Das Anliegen der Pflege ist es, sich um den Menschen als einheitliches Ganzes zu kümmern. In der Pflegewissenschaft geht es um Beschreibung, Erklärung und Prognose. Die Kunst dabei ist, mit den Erkenntnissen kreativ und produktiv umzugehen.

*Besteht eine Ähnlichkeit zwischen den Variablen der Theorie und den Variablen in der Praxis?*

Nach Rogers' Meinung, sind in der professionellen Pflegepraxis Kreativität und Phantasie gefordert. Die Wurzeln des praktischen Handelns gründen auf theoretischem Wissen, kritischem Urteilsvermögen und der Empathie. Patentrezepte, nach denen man handeln kann, gibt es nicht.

*Reichen die Erklärungen der Theorie als Begründung für Pflegemaßnahmen aus?*

Für das Prinzip des „Therapeutic Touch“, lässt sich die Pflegemaßnahme begründen. Ziele des „Therapeutic Touch“ sind, durch spezielle Techniken einer ausgebildeten, und damit befugten Person, Stress und Ängstlichkeit abzubauen sowie Symptome zu lindern, die Befindlichkeit und die Lebensqualität zu verbessern<sup>3.86</sup>.

*Welche Auswirkungen hat der neue Ansatz auf den Arbeitsablauf der Pflegeeinheit?*

---

<sup>3.85</sup> (Chinn & Kramer, 1996, S. 174-179)

<sup>3.86</sup> (Fraunberger, 2008; Doenges, Moorhouse, & Murr, 2014, S. 259-262)

Durch den NANDA-Pflegediagnosentitel „Energiefeldstörung“, kann der Ansatz von Rogers mit der Intervention „Therapeutic Touch“ im Pflegeprozess verortet werden. „Therapeutic Touch“ gilt als eine komplementäre Pflegeintervention, die von Pflegepersonen, mit Mindestqualifikation eines Basiskurses, durchgeführt werden.

### **3.3.7.3 Überprüfung des Modells aus dem Blickwinkel des Nützlichkeitsindex der WHO**

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelte ein Nützlichkeitsindex mit fünf Kriterien, um die Bedeutung einer Theorie, die bedarfsgerechte Auswahl einer Theorie zu prüfen und den Nutzen einer Theorie zu beurteilen<sup>3.87</sup>.

*Sozialer Wert: Eine nützliche Theorie muss sozial wertvoll sein. Die Pflegenden nutzen Pflege-theorien, um eine Anleitung bei ethischen Entscheidungen und bei der Lösung ethischer Konflikte zu finden:*

Rogers Theorie hat einen bedeutenden sozialen Wert, nämlich den des einzigartigen Menschen. Ethische Entscheidungen für den Menschen dürfen nach Rogers nicht nur durch eine Fachdisziplin getroffen werden, sondern erfordern die Integration aller, am Genesungsprozess beteiligten Personen. Ziel ist es, einen Harmoniezustand zu erreichen.

Sie stellt die Forderung nach einer akademischen Ausbildung in der Pflege und spricht sich gegen ungelerntes Hilfspersonal aus. Damit erreicht die professionelle Pflege in der Gesellschaft einen höheren Stellenwert. Die Forderung kann auf professionell ausgebildetes Servicepersonal übertragen werden.

*Kompatibilität der Theorie: Eine Pflege-theorie kann nur dann für die Pflege nützlich sein, wenn sie inhaltlich mit den Grundsätzen des jeweiligen Gesundheitssystems und den kulturellen Werten vereinbar ist:*

Rogers Theorie ist mit dem Gesundheitssystem insofern kompatibel, da der hohe Abstraktionsgrad Offenheit zulässt. Eine Orientierung an formulierten Zielen der Pflege entspricht auch den Anforderungen, die das Gesundheitssystem in der Bundesrepublik Deutschland an die Menschen hat.

---

<sup>3.87</sup> (Stähling, 2012)



Ziel ist es, das gesundheitliche Potenzial von einzelnen Menschen, Familien und Gruppen, in Übereinstimmung mit dem sich ständig wechselnden Wesen der Gesundheit, zu maximieren. Prävention und Rehabilitation steigen in der Bedeutsamkeit des einzelnen Menschen und es gibt, seitens des Gesundheitssystems, immer mehr entsprechende Angebote.

*Vollständigkeit der Theorie: Eine nützliche Theorie muss vollständig sein, d. h. logisch sein, in die Praxis umsetzbar sein, den Vorhersagen gerecht werden, Hilfestellung für Pflegende geben, bei Gesundheitsförderung, bei der Versorgung von Kranken und Krisenbewältigung:*

Rogers' Theorie bleibt in der wissenschaftlichen Beschreibung verankert. Sie macht keine praktischen Angaben dazu, wie die Hilfestellungen umgesetzt werden können. Allein schon die Sichtweise, des unitären Menschen, der mehr als die Summe seiner Teile ist, sowie die Ziele der Pflege, bilden das logische Konstrukt bei Rogers. Das praktische Handeln hat seine Wurzeln in theoretischem Wissen, kritischem Urteilsvermögen und Empathie.

*Notwendige Fertigkeiten zur Anwendung der Theorie: Eine Pflgetheorie macht Aussagen, welche pflegerischen Fertigkeiten bei der Umsetzung einer theoriegeleiteten Pflege erforderlich sind:*

Pflegerische Fertigkeiten erfordern eine wissenschaftsbasierte Lehre in der Pflege. Die Pflegenden beschreiben, erklären und prognostizieren. Eine wissenschaftsbasierte Ausbildung oder Studium in der Pflege bildet hierfür die Grundlage. Das Ziel eines Studiums in der Pflege ist es, die Kompetenz des logischen Analysierens zu entwickeln und diese Kenntnisse kreativ in das praktische Handeln einzubringen.

Rogers plädiert für eine wissenschaftsfundierte, akademische Ausbildung in der Pflege.

*Durchführbarkeit der Theorie: Voraussetzungen für die Durchführbarkeit der Theorie sind angegeben. Das sind die menschlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten, das notwendige Fachwissen sowie die zeitlichen und räumlichen Gestaltungsmöglichkeiten der Pflege:*

Es gibt bei Rogers keine Patentrezepte, die vorgeben, wie Tätigkeiten auszuführen sind. Pflgerische Fertigkeiten sollen kreativ, phantasievoll und von Empathie geprägt sein.

### **3.3.8 Fazit**

Das Modell nach Martha Rogers ist nicht auf die einzelne, definierte Tätigkeiten von Servicepersonal in der stationären Pflege übertragbar. Allerdings sind, die Einzigartigkeit, die Individualität und das Harmoniebestreben der Patienten, von Servicepersonal, durch einen respektvollen und wertschätzenden Umgang, zu berücksichtigen. Rogers' vehemente Forderung, eine professionelle Pflege und damit auch eine professionelle Servicetätigkeit an eine entsprechende Bildung zu binden, ist übertragbar auf die Anforderungen an eine Servicekraft in den Kompetenzbereichen Fachkompetenz, Sozialkompetenz, Methodenkompetenz, persönliche Kompetenz. Hier gilt es, in einer Bildungsmaßnahme für Servicekräfte, situiert in der stationären Pflege, diese Kompetenzen zu entwickeln. Für Servicekräfte in der stationären Pflege bedeutet dies, die Forderung nach einer entsprechenden, qualifizierenden Ausbildung. Die Sichtweise des unitären Menschen und das Ziel einen harmonischen Zustand zu erreichen, ist allgemein und kann ebenfalls für Servicepersonal gelten. Ein kreatives und phantasievolles Umsetzen ihrer Tätigkeiten, schafft für Servicepersonal, im gegebenen Rahmen, Freiheitsgrade um ihr Handeln zu gestalten. Das Menschenbild ist eine Basis für die Entwicklung von persönlicher Kompetenz. Die Empathie kann unter der sozialen Kompetenz subsumiert werden. Die logische Denkweise wäre der Methodenkompetenz zuzuschreiben und das erforderliche Fachwissen, der Fachkompetenz. Spezielle Bedürfnisse formuliert Rogers nicht. Eine Strukturierung der Handlungen für Servicekräfte, z. B. nach Aktivitäten des Lebens, ist aus Rogers Theorie nicht abzuleiten. Es gibt keine Patentrezepte für das pflgerische und servicegerechte Handeln. „Therapeutic Touch“ kann von Servicepersonal nicht durchgeführt werden, da eine entsprechende Qualifikation im Anschluss an die Pflegeausbildung vorausgesetzt wird. Die Ziele der

Pflege bei Rogers, sind für Servicepersonal, ergänzend zur Arbeit der Pflegenden, zu erreichen.

### **3.4 Pflege-theorie im Denken von Hildegard Peplau**

Als weitere ausgewählte Pflege-theorie folgen die Ausführungen zur Pflege-theorie im Denken von Hildegard Peplau<sup>3.88</sup>.

#### **3.4.1 Zur Theorie von Hildegard Peplau:**

Fawcett zählt die Theorie von Peplau zu den Theorien mittlerer Reichweite<sup>3.89</sup>. Meleis bezeichnet sie als eine Interaktionstheorie<sup>3.90</sup>. Die Bezeichnung der Theorie ist in der Literatur nicht einheitlich übersetzt. Steppe spricht von Psychodynamischer Krankenpflege<sup>3.91</sup>. Peplau's Werk erschien 1952 im Original unter dem Titel: „Interpersonal Relations of Nursing“, übersetzt als Buchtitel: „Die Theorie der Zwischenmenschlichen Beziehungen in der Pflege“<sup>3.92</sup>.

#### **3.4.2 Hildegard Peplau**

Hildegard Peplau ist 1909 in Reading, Pennsylvania, geboren. Ihre Eltern, Otilie und Gustav Peplau, sind in Polen geboren und beide deutscher Abstammung. 1931 schloss sie die Krankenpflegeausbildung in Pennsylvania ab. Sie studierte Psychologie am Bennington College, Vermont und erreichte den akademischen Grad des Bachelor of Arts. Als Mitglied des Pflegekorps der amerikanischen Armee war sie der Schule für militärische Neuropsychiatrie zugewiesen. Sie erreichte den Master of Arts der psychiatrischen Pflege an der Columbia Universität. Von 1948 bis 1953 wirkte Peplau als Instruktorin und Leiterin des Fortgeschrittenenprogramms in Psychiatriepflege. Im Jahr 1952 erschien ihre Publikation „Interpersonelle Beziehung in der Pflege“. 1953 erlangte sie das Doktorat in Erziehungswissenschaften am Teachers' College der Columbia Universität. Ab 1954 leitete sie als Professorin den Studiengang „Psychiatrische Pflege“ an der Universität New Jersey. 1957 geht Peplau in den Ruhestand. 1969 fungierte sie als Direktorin der American Nurses

---

<sup>3.88</sup> (Steppe, 1990; Neumann-Ponesch, 2014)

<sup>3.89</sup> (Fawcett, 1998)

<sup>3.90</sup> (Meleis, 1999)

<sup>3.91</sup> (Steppe, 1990)

<sup>3.92</sup> (Peplau, 1997)

(Peplau, 1997) Association; ihre Tätigkeit dauerte bis 1974 an, sie übernahm zwischen 1969 und 1974 auch die Funktion der Präsidentin. Hildegard Peplau verstirbt 1999<sup>3.93</sup>.

### 3.4.3 Beeinflussende Wissenschaften

Peplau war eine der ersten, die verschiedene Theorien in die ihrige integrierte. Sie bezieht sich in ihrer Arbeit auf folgende Wissenschaften:

- Motivationstheorie von Maslow
- Persönlichkeitstheorie von Miller
- Reiz-Reaktionsmodell von Pawlow
- Theorien von Adorno, Erikson, Freud, Fromm
- Harry Stack Sullivan auf dem Gebiet der Psychiatrie

Am wesentlichsten wurde ihr Denken die Arbeit von Harry Stack Sullivan beeinflusst.

Sullivan behauptet, dass menschliches Verhalten durch den Wunsch nach Zufriedenheit und Sicherheit angetrieben wird (s. Abb. 3.16). In Sullivan's Theorie gelten sie als die Schlüsselemente der menschlichen Natur<sup>3.94</sup>.

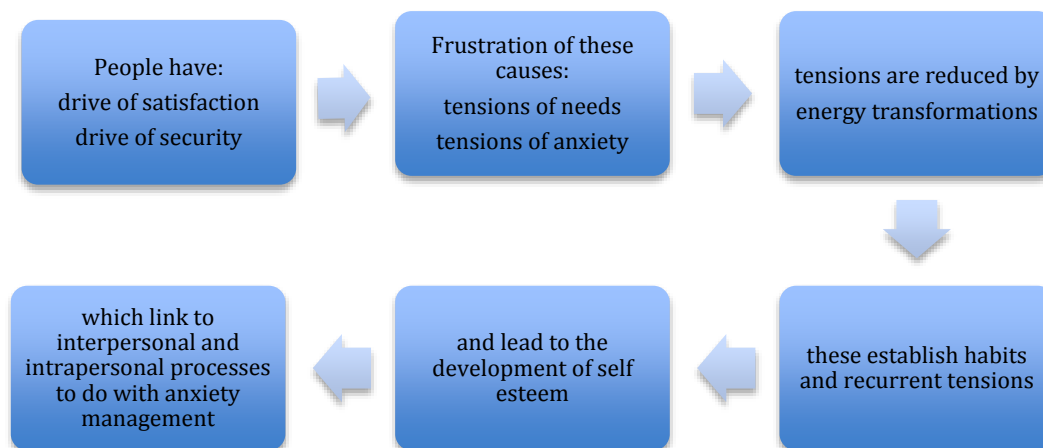


Abbildung 3.16: Der Wunsch des Menschen nach Befriedigung und Sicherheit als Schlüsselemente in der menschlichen Natur bei Sullivan

Daraus abgeleitet sagt Peplau: „Angst spielt eine bedeutende Rolle in zwischenmenschlichen Beziehungen, Angst ist eine Energie, und kommt in verschiedenen Stärkegraden vor“<sup>3.95</sup>. Pflegende müssen in der Lage

<sup>3.93</sup> (Steppe, 1990; Neumann-Ponesch, 2014)

<sup>3.94</sup> (Neumann-Ponesch, 2014, S. 154)

<sup>3.95</sup> (Peplau, 1997)

sein, Erscheinungsformen von Angst verschiedener Grade, zu unterscheiden. Pflgerische Interventionen erfolgen auf dieser Erkenntnis. Bei geringer oder mäßiger Angst, handelt die Pflgeperson als informierende, einen Wissensdefizit ausgleichende Person. Bei großer Angst oder Panik, ist die Unversehrtheit der Persönlichkeit wichtiger und die Pflgeperson handelt sofort, in Richtung einer Reduktion der Angst. Eine von Angst besessene Person ruft, in einem selbst und bei Beobachtern der Situation, Angst hervor. Pflgepersonen müssen daher darauf achten, ob sie selbst ein stetiges Unbehagen empfinden und eine vom Patienten übertragende Angst aufmerksam verfolgen. Andernfalls steigt die Angst bei der Pflgeperson und beim Patienten und kann zu schweren Angstzuständen beider führen.

Sullivan definiert Bedürfnisse als *„ganzheitsfördernde Kräfte, die das Verhalten so steuern, dass die Befriedigung von Bedürfnissen erlangt wird. Angst definiert er als zersetzende Kraft, eine Energie, die sich in ein Verhalten umsetzt, das die Einheit der Person gefährdet“*<sup>3.96</sup>.

Verhaltensweisen oder Handlungen, die einer Entlastung von Angst dienen, sind nicht auf die Befriedigung von Bedürfnissen ausgerichtet. Patienten, welche Sicherheitsvorkehrungen treffen, in dem sie dieses Verhalten wiederholen, um Unerwünschtes zu vermeiden, sollten von Pflgenden gefragt werden, was er damit zu vermeiden sucht. Pflgende kümmern sich nicht um Bedürfnisse als solche, sondern erkennen Struktur und Stil des bedürfnisbefriedigenden Verhaltens des Patienten, in Zusammenhang mit seinem Gesundheitszustand. Pflgende kümmern sich um die zur Verfügung stehenden Mittel, die Verfügbarkeit der Nahrung und Kleidung, die der Patient benötigt. Ebenso beobachten Pflgende, wie andere, Familie, Angehörige, Freunde, dem Wunsch und Streben nach Bedürfnisbefriedigung des Patienten begegnen.

Sullivan's Auffassung von Selbstsystem sagt aus, dass Verhalten und Äußerungen der Patienten ständig Selbsteinschätzungen widerspiegeln, welche im Selbstsystem enthalten sind. Das Selbst ist das Angstabwehrsystem, das aus widergespiegelten Beurteilungen, durch

---

<sup>3.96</sup> ebenda

andere und den entsprechenden Personifizierungen, hervorgeht. Beispielsweise schafft sich ein heranwachsendes Kind, durch Erfahrungen mit den Eltern, ein Bild seines Selbst. Dies können negative Erfahrungen, wie Tadel und Missbilligung sowie positive Erfahrungen, wie Lob und Zärtlichkeit, sein. Eine personifizierte Gewissensfunktion der Mutter äußert sich z. B. so: „Wenn meine Mutter jetzt das Zimmer sehen würde, bekäme sie Zustände.“ Die erlebte mütterliche Autorität im Kindesalter wirkt, als Teil des dauerhaften gegenwärtigen Selbstsystems, weiter.

Die Auffassungen Sullivan's beeinflussen Peplau's Theorie der psychodynamischen Pflege, welche im folgenden Abschnitt erläutert wird.

#### **3.4.4 Hauptelemente**

Hauptelemente in der Theorie Hildegard Peplau's bilden:

- Die Beschreibung psychodynamischer Pflege
- Die Phasen der Beziehung zwischen Pflegeperson und Patient
- Die Beschreibung der Rollen, die Pflegepersonen in dieser Beziehung übernehmen

##### **3.4.4.1 Psychodynamische Pflege**

Die Beziehung zwischen Pflegeperson und Patient steht im Mittelpunkt.

Es geht Peplau um ein Erkennen und ein Klären dessen was passiert, wenn eine Pflegenden sich unterstützend einem Patienten zuwendet. Ihre Annahmen lauten dabei:

- Die Persönlichkeit einer Pflegenden ist für den Lernprozess des Patienten von Bedeutung;
- Die Förderung der Persönlichkeit zum reifen Menschen ist Aufgabe der Pflege und der Pflegeausbildung. Methoden der Bearbeitung und des Verstehens von zwischenmenschlichen Beziehungen müssen deshalb Inhalt der Lehre sein.

##### **3.4.4.2 Phasen der Pflegenden-Patienten-Beziehung**

Peplau formuliert vier Phasen der Pflegenden-Patienten-Beziehung, die Phasen der Orientierung, Identifikation, Ausbeutung oder Nutzen, Entscheidung oder Ablösung (s. Abb. 3.17).

Die **Phase der Orientierung** ist geprägt durch den Wunsch des Patienten, sich aufgrund eines Leidens professionell helfen zu lassen (feel

need). Der Leidensdruck ist der erste Schritt zur Weiterentwicklung der Persönlichkeit. Die Pflegenden helfen dem Patienten seine Probleme und Bedürfnisse zu benennen und zu verstehen, um in weiterer Folge geeignete Hilfe für ihn abzuleiten.

Das Gesagte muss für den Patienten verständlich formuliert werden, um ihm die Möglichkeit der aktiven Teilnahme zu geben.

In der **Phase der Identifikation** erfolgt ein Sich-Identifizieren des Patienten mit den Personen, welche ihm Hilfe anbieten. Die Beziehung zwischen den Pflegenden und dem Patienten wird dadurch gefestigt. Es kann Vertrauen aufgebaut werden. Es wird der Weg bereitet, aktiv als Patient am Pflegeprozess mitzuwirken. Ist der Patient allerdings passiv und bringt sich nicht in das Pflegegeschehen ein, ist es die Aufgabe der Pflegenden die Beziehung und die damit verbundenen Ängste zu reflektieren.

In der **Phase von Ausbeutung oder Nutzen** sollte der Patient maximalen Nutzen für die Bewältigung seines Leidens aus der Beziehung zu den Pflegenden ziehen. Dies gelingt nur, wenn er seine Situation besser verstehen lernt und von den angebotenen Leistungen Gebrauch macht. Die Kraft der Pflegenden geht dabei auf den Patienten über, neue Ziele können formuliert und angestrebt werden. Die Pflegende gibt dem Patienten dabei das Gefühl der positiven „Mutterliebe“.

In der **Phase der Entscheidung oder Ablösung** werden alte, für den Patienten nicht mehr relevante Ziele verworfen, neue Ziele werden angestrebt.

Der Patient befreit sich aus der Beziehung zur Pflegeperson und ist wieder offen für die Beziehungsaufnahme außerhalb des pflegerischen Handlungsfeldes. Er übernimmt für sich selbst wieder Verantwortung. Dieser Prozess läuft parallel mit dem Heilungsprozess.

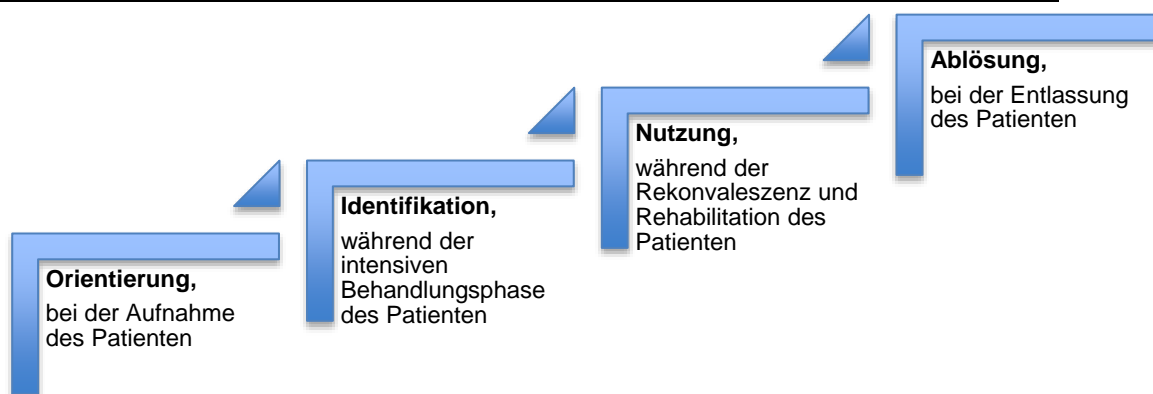


Abbildung 3.17: Die Phasen der Beziehung zwischen Patienten-Pflegenden

Nicht selten kommt es vor, dass Pflegende Schwierigkeiten haben, den Patienten loszulassen und eigene Abhängigkeitsbedürfnisse befriedigen. Der Ablösungsprozess wird dadurch erschwert.

#### 3.4.4.3 Rollen der Pflegenden

Im Rahmen der Aufgabe von Pflege und deren Methoden, handeln die Pflegenden in unterschiedlichen Rollen.

Die Rollen der Pflegenden beeinflussen die Aufgaben und Methoden im Pflegeprozess. Je nach eingenommener Rolle, werden die entsprechenden Methoden der Pflege ausgewählt.

Die Rollen der Pflegenden im Pflegeprozess sind:

- die Rolle des Unbekannten
- die Rolle der Hilfsperson
- die Lehrerrolle
- die Führungsrolle
- die Stellvertreterrolle
- die Beraterrolle

In der **Rolle der Unbekannten** oder Fremden, befinden sich die Pflegenden, wenn sie dem Patienten zum ersten Mal begegnen und ihn nicht kennen. Sie sollten ihm, unbefangen und ohne Vorurteile gegenüberstehen. Die Pflegenden begegnen dem Patienten höflich, achten ihn als erwachsenen Mensch und gehen davon aus, dass er zu Gefühlen fähig ist. Die Rolle des Unbekannten deckt sich mit dem Stadium der Identifikation.



In der **Rolle der Hilfsperson** halten die Pflegenden Antworten auf die Fragen der Patienten bereit. Sie informieren über anstehende Untersuchungen, krankenhausinterne Abläufe oder geben Auskunft über Gesundheitsfragen.

In der **Lehrerrolle** wirken die Pflegenden im Rahmen des Könnens, Wissens und Interesses des Patienten, den Gesundheitszustand unterstützend. Peplau unterscheidet eine **erzieherische** und in eine **lernende** Rolle. Einerseits sind die Pflegenden Gebende, sie informieren, antworten auf Fragen und beraten. Andererseits sind die Pflegenden Nehmende, sie nehmen die Rolle von Lernenden ein. Durch die Erfahrungen mit dem Patienten, sind Pflegenden in der Lage, allgemeine Aussagen über das Fühlen, Denken und Handeln der Patienten abzuleiten.

In der **Führungsrolle** ist es den Pflegenden möglich, den Patienten aktiv in den Beziehungsprozess mit einzubeziehen. Sie motivieren ihn, seine Aufgaben zu erfüllen. Die Rolle wird im Rahmen eines demokratischen Führungsstils gesehen.

Die **Stellvertreterrolle** besagt, dass die Pflegenden vom Patienten nicht als Pflegenden gesehen werden, sondern die Rolle einer anderen Person auf sie übertragen wird. Diese Gelegenheit können die Pflegenden nutzen, die Situation zu besprechen, um eine Differenzierung zwischen der übertragenen Rolle und der Rolle ihrer Person vorzunehmen. Gelingt es den Pflegenden, den Patienten so zu akzeptieren wie er ist, dann bietet sich Raum für persönliches Wachsen des Patienten und der Pflegenden. Diese Rolle verlangt persönliche Stärke, Sensibilität und vor allem viel Erfahrung.

In der **Beraterrolle** ist die Reaktion der Pflegenden, auf die geäußerten Bedürfnissen und Wünsche des Patienten, zu berücksichtigen. Beratung bezweckt eine Integration des Wissens und der Erfahrungen in das Leben des Patienten. Die Beratung muss so erfolgen, dass der Patient verstehen und annehmen kann, was gesagt wird.

Die Beratungssituation ist durch verschiedene Annahmen gekennzeichnet<sup>3.97</sup>. Das Ausmaß, die Qualität und der Gegenstand des Gespräches hängen von der Zielsetzung, der Art der Interaktion und dem Vertrauen zwischen den Gesprächsteilnehmern ab. Jedes Verhalten zeichnet sich durch eine bestimmte Absicht aus und kann verstanden werden. Dabei gilt es zu berücksichtigen dass:

- jedes Verhalten lebensgeschichtlich zu erklären ist,
- Verhalten nur durch die Person selbst erarbeitet werden kann. Außenstehende können hierbei unterstützen,
- neu gelerntes Verhalten, bis es verinnerlicht ist, ungeschickt und fremd wirkt.

In einem Experten-Klienten-Gespräch kann grundsätzlich alles besprochen, analysiert und verstanden werden. Ausschlaggebend für eine gelungene Beziehung zwischen der Pflegeperson und dem Patienten ist die „**richtige**“ **Kommunikation**. Peplau gibt Handreichungen für Verhalten von Pflegenden und für „**richtige Kommunikation**“ vor und nennt einige Verhaltensweisen, die von Pflegenden auf keinen Fall an den Tag gelegt werden sollten<sup>3.98</sup>:

**Verhaltensweisen, die Pflegende nicht einnehmen sollten:**

- den Patienten mit Erzählungen über das eigene Leben behelligen
- den Patienten zum Lieblingspatienten zu erheben und dies im Arbeitsalltag erkennen lassen
- den Patienten für kleine Aufträge ausnützen
- bei Streitigkeiten zwischen Patienten Schiedsrichter zu spielen
- zu reagieren, wenn Patienten sich selber herabsetzen
- auf Abhängigkeitstendenzen wie „ich bin abhängig und hilflos“ eingehen
- das Verhalten anderer Pflegepersonen mit dem Patienten besprechen
- sich auf eine kumpelhafte Beziehung mit dem Patienten einlassen
- mehrdeutige Aussagen machen

---

<sup>3.97</sup> (Peplau, 1997, S. 225)

<sup>3.98</sup> (Peplau, 1997, S. 139)

Das Ziel ist die Entwicklung der Persönlichkeit aller Beteiligten im Beziehungsprozess. Der konstruktiven Entwicklung von Menschen, im Sinne von Kreativität, Produktivität und Gemeinschaftlichkeit, wird große Aufmerksamkeit geschenkt. Diese Entwicklung bezeichnet Peplau sogar als ein Erziehungsinstrument, insofern die persönlichen Ziele der Patienten und die professionellen Ziele der Pflegenden kreativ, produktiv gemeinschaftlich erreicht werden. Die Zielerreichung unterliegt einer kontinuierlichen Veränderungen in der Pflegenden-Patienten-Beziehung (s. Abb. 3.18):

<b>Patient: Persönliche Ziele</b>				
Vollständig unterschiedliche Ziele und Interessen. Beide sind sich fremd.	Jeweils individuelle, vorgefasste Meinungen über die Bedeutung des medizinischen Problems und der wechselseitigen Rollen in der schwierigen Situation	Teilweise gemeinsames, teilweise individuelles Verständnis über die Beschaffenheit des medizinischen Problems	Gemeinsames Verständnis über die Beschaffenheit des Problems, die Rollen der Pflegenden und des Patienten und der Bedürfnisse beider bei der Problemlösung. Gemeinsame Gesundheitsziele	Vereinte Bemühungen, das Problem, gemeinsam und produktiv zu lösen
<b>Pflegende: Professionelle Ziele</b>				

Abbildung 3.18: Kontinuierliche Veränderungen der Pflegenden-Patienten-Beziehung im Kontext der persönlichen Ziele des Patienten und der professionellen Ziele der Pflegenden

#### 3.4.4.4 Schlüsselemente bei Peplau

Die Schlüsselemente der Theorie Peplau's, aufgezeigt in einer zusammenhängenden Darstellung, bezüglich der Phasen der Entwicklung, der Patient-Pflegenden-Beziehung, der Rollen der Pflegenden, den Aufgaben, im Fokus der Pflegenden und der Verortung im Pflegeprozess (s. Abb. 3.19):

Phase	Rolle	Fokus der Pflegenden	Pflegeprozess
Orientierung	Unbekannte/-r Hilfsperson Berater/-in	Problemdefinition Auswahl der Pflegenden	Assessment
Identifikation	Lehrer/-in Führer/-in	Klinische Beobachtungen/Messungen	Planung
Ausbeutung	Führer/-in Stellvertreter/-in Lehrer/-in	Lösungsstrategien anwenden	Durchführung
Lösung	Ressource Hilfsperson Lehrer/-in	Beenden der professionellen Beziehung	Evaluation

Abbildung 3.19: Schlüsselemente des Modells von Peplau im Zusammenhang mit den Phasen, den Rollen der Pflegenden, den Aufgaben im Fokus der Pflegenden und der Verortung im Pflegeprozess

Die Pflegenden handeln in den vier Phasen des Beziehungsprozesses in unterschiedlichen Rollen. Im Fokus stehen Problemdefinition und Auswahl der Pflegenden sowie klinische Beobachtungen und Messungen. Lösungsstrategien anzuwenden und schließlich das Beenden der professionellen Beziehung. Diese Handlungsschritte entsprechen dem Vier-Schritt-Modell, Assessment, Planung, Durchführung und Evaluation (s. Abb. 3.20) des Pflegeprozesses, den Yura & Walsh erstmals beschrieben<sup>3.99</sup>. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat dieses Modell in den 1970iger Jahren übernommen:



Abbildung 3.20: Vier-Schritt-Modell des Pflegeprozesses nach Yura & Walsh

### 3.4.5 Zur Sichtweise von Gesundheit und Krankheit

Peplau's Sichtweise von Gesundheit ist, dass Gesundheit durch „Wachstum“ erreicht werden kann. Wachstum, das mit Entwicklung gleichgesetzt wird, vollzieht sich gelingend dadurch,

<sup>3.99</sup> (Yura & Walsh, 1988)

Krankheitserfahrungen in die Persönlichkeit zu integrieren und daraus zu lernen. Peplau sieht ein Ziel im Leben darin, ein kreatives, konstruktives, produktives und vor allem gesellschaftlich anerkanntes Leben zu führen. Sie definiert Krankheit als unvermeidliche, menschliche Erfahrung. Wenn man einen Sinn in der Krankheit finden kann, kann sie als eine Wachstumserfahrung empfunden werden.

#### **3.4.6 Aufgabe von Pflege und deren Methode**

Die Aufgabe von Pflegenden ist es, in Abhängigkeit von der gegebenen Problematik, bestimmte Rollen einzunehmen, dadurch den Patienten kennen zu lernen und zu unterstützen. Gelingt dies nicht, kann Chronizität die Folge sein, die Peplau als *„Misserfolg des Pflegepersonals im Bemühen bei den Patienten eine Wendung zum Besseren herbeizuführen“* definiert<sup>3.100</sup>. Für die Pflege ergibt sich daraus die Aufgabe, brachliegende Fähigkeiten der Patienten zu identifizieren und im Sinne der Vorbeugung vor Erkrankung zu nutzen.

#### **3.4.7 Diskussion**

Die Diskussion des Modells von Hildegard Peplau in Bezug auf die Kompatibilität für die Praxis der Pflege und die Tätigkeiten von Servicepersonal in der stationären Pflege erfolgt gemäß

- der Grundlage von Kriterien nach Comack und Reynolds<sup>3.101</sup>
- der Perspektive von Chinn und Kramer, mit der Frage: „Wie man feststellt, ob eine Theorie praktisch angewendet werden sollte?“<sup>3.102</sup>
- dem Blickwinkel des Nützlichkeitsindex der Weltgesundheitsorganisation (WHO), zur Bedeutung einer Theorie, für die bedarfsgerechte Auswahl einer Theorie, zur Überprüfung und Beurteilung des Nutzens einer Theorie<sup>3.103</sup>.

##### **3.4.7.1 Die Überprüfung des Modells auf der Grundlage von Kriterien nach Comack und Reynolds<sup>3.104</sup>**

*Ist das Modell so beschrieben, dass es von Pflegepraktikern zweifelsfrei verstanden werden kann?*

---

<sup>3.100</sup> (Peplau, 1997, S. 89)

<sup>3.101</sup> (Comack & Reynolds, 1992)

<sup>3.102</sup> (Chinn & Kramer, 1996, S. 174-179)

<sup>3.103</sup> (Stähling, 2012)

<sup>3.104</sup> (Comack & Reynolds, 1992)

Die Modelldarstellung von Peplau scheint ausreichend zu sein. Die Rollen der Pflegenden sollen möglichst authentisch sein. Peplau gibt hierzu wenig vor. Die Rollen der Pflegenden ermöglichen Individualität in der Ausformung der Interaktionen. Diese Auffassung ermöglicht es auch Servicepersonen, ihre Rolle bezüglich der Interaktionen, im Rahmen der Durchführung von Tätigkeiten individuell zu gestalten.

Die Rolle der Serviceperson bezieht sich hauptsächlich auf die Orientierungsphase, in der Rolle der unbekanntenen Hilfsperson. In der Phase der Identifikation spielt die Serviceperson, im Fokus der Pflegenden, eine weniger tragende Rolle. Eher wieder mehr in der Phase der Ausbeutung, in der die Serviceperson Tätigkeiten stellvertretend durchführt. In der Phase der Lösung übernimmt die Serviceperson eher die Rolle einer Hilfsperson.

*Ist der Anwendungsbereich des Modells klar umrissen?*

Peplau's Betonung liegt auf interaktiven, intrapersonalen und interpersonalen Phänomenen in der zwischenmenschlichen Beziehung. Insofern ist dies auf die Tätigkeiten von Servicekräften übertragbar, da diese ebenfalls in deren Verantwortungsbereich eine zwischenmenschliche Beziehung zu den Patienten eingehen.

*Stellt das Modell eine Annäherung an die spezifischen Bedürfnisse der Pflege und der Pflegenden dar?*

Peplau's Interaktionsmodell ist anwendbar für alle Personen, die ein Interesse daran haben, die Bedürfnisse von zu Pflegenden zu ergründen und den Beziehungsprozess dadurch weiter zu entwickeln. Servicepersonen bieten pflegeunterstützende Leistungen und Serviceleistungen an, die sie entsprechend kommunizieren. Allerdings lässt sich dies nicht in jeder Patientensituation anwenden. Servicepersonen und Pflegende können nicht für alle Bedürfnisse des täglichen Lebens sorgen.

*Basiert das Modell auf einer wissenschaftlich getesteten und akzeptierten Theorie?*

Peplau's Erkenntnisse basieren auf der klinischen Arbeit mit psychiatrischem Patienten Klientel. Sie vertritt die Position, dass sich alles,

was sich auf der zwischenmenschlichen Ebene abspielt, beobachtbar, messbar und analysierbar ist. Die empirische Genauigkeit kann als hoch eingeschätzt werden. Eine Anwendung auf Patientenklientel in der stationären Pflege in Verbindung mit den Tätigkeiten einer Serviceperson fehlt.

*Ist das Modell valide und reliabel?*

Durch die mannigfache wissenschaftliche Überprüfung in der Pflegepraxis sind die Kriterien der Validität und Reliabilität gegeben. Für die Tätigkeiten von Servicekräften kann dies derzeit nicht behauptet werden.

*Liefert das Modell einen Rahmen für die Pflegediagnostik?*

Der Pflegeprozess bildet sich durch die Phasen der Beziehung ab, welche eine Basis für die Pflegediagnostik darstellen könnten. Die Pflegediagnostik könnte auch eine entsprechende Ausgangslage für die Tätigkeiten von Servicepersonal sein.

*Befähigt das Modell zur Ableitung geeigneter Interventionen zur Optimierung des Gesundheitszustands?*

Die Phasen der Beziehung bilden die Grundlage für zu planende Interventionen, welche durchaus auch Serviceinterventionen sein können.

*Definiert das Modell den gewünschten Outcome einer Intervention?*

Der Outcome der Intervention ist offen.

*Entspricht das Modell allgemeingültigen ethischen Richtlinien?*

Peplau's Modell lässt durch ihre Definition von Pflege erkennen, dass sie die Förderung der Persönlichkeit zum reifen Menschen als eine Aufgabe der Pflege darstellt. Die Persönlichkeit der Pflegenden ist für den Lernprozess der Patienten von Bedeutung. Hier lässt sich eine ethische Grundhaltung zuschreiben, die durch Respekt gegenüber einer individuellen Persönlichkeitsentwicklung ausgedrückt wird. Im Rahmen der personalen Kompetenz wird dies ebenfalls von Servicepersonen erwartet.

#### **3.4.7.2 Die Überprüfung des Modells aus der Perspektive von Chinn und Kramer<sup>3.105</sup>:**

Sie formulierten Fragen, um festzustellen, ob eine Theorie praktisch angewendet werden sollte?

---

<sup>3.105</sup> (Chinn & Kramer, 1996, S. 174-179)

*Stimmen die Ziele der Theorie und die Ziele der Praxis überein?*

Die Ziele der Theorie Peplau's stimmen mit den Zielen der Pflegepraxis überein. Pflege wird, im Rahmen des Pflegeprozesses, als ein Beziehungsprozess beschrieben. Die Grundlage der zwischenmenschlichen Beziehung ist die Ergründung von Bedürfnissen in der jeweiligen Situation, die Bestimmung des Ausmaßes der Hilfsbedürftigkeit und die wechselnde Abhängigkeit vom Pflegepersonal. Übertragen auf die Tätigkeiten von Servicepersonal in der stationären Pflege, muss Servicepersonal ebenfalls in der Lage sein, eine professionelle Beziehung aufbauen zu können. Dadurch erkennen sie spezielle Bedürfnisse der Patienten, um die Serviceleistung, entsprechend dem Grad der Hilfsbedürftigkeit und Abhängigkeit des Patienten, anbieten und durchführen zu können. Jedoch kann nicht für alle Bedürfnisse gesorgt werden. Innerhalb der Phasen Orientierung, Identifikation, Ausbeutung und Ablösung, führen Servicepersonen in der Rolle der helfenden sowie der erklärenden/lehrenden Person Tätigkeiten durch.

*Stimmt der Kontext der Theorie mit der Situation überein, in der die Theorie angewandt werden soll?*

Der situative Kontext ist die pflegerische Station, wo Serviceleistung, nicht mehr durch Pflegepersonal, sondern durch Servicepersonen erbracht wird. Die Situation stimmt überein, jedoch müssen die Aufgaben in den Phasen geklärt werden.

*Besteht eine Ähnlichkeit zwischen den Variablen der Theorie und den Variablen in der Praxis?*

Die Ähnlichkeit besteht in der Anwendung des Pflegeprozesses.

*Reichen die Erklärungen der Theorie als Begründung für Pflegemaßnahmen aus?*

In den Phasen werden die Rollen der Pflegepersonen und der Fokus der Pflegemaßnahmen beschrieben, jedoch nicht die einzelnen Pflegemaßnahmen an sich. Zu bestimmen wären Tätigkeiten, die Servicepersonal übernehmen kann.

*Welche Auswirkungen hat der neue Ansatz auf den Arbeitsablauf der Pflegeeinheit?*



Die Arbeitsabläufe richten sich nach dem Pflegeprozess. Sobald die Patienten ein Bedürfnis offenbaren, treten die Pflegepersonen in eine professionelle, zwischenmenschliche Beziehung zum Patienten. Die Pflegeperson schätzt das Ausmaß der Hilfsbedürftigkeit und die Abhängigkeit (von der Pflegeperson) ein und handelt entsprechend. Dies wiederum, ist auch auf Servicepersonen übertragbar.

### **3.4.7.3 Die Überprüfung des Modells aus dem Blickwinkel des Nützlichkeitsindex der WHO**

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelte ein Nützlichkeitsindex mit fünf Kriterien, um die Bedeutung einer Theorie, die bedarfsgerechte Auswahl einer Theorie zu prüfen und den Nutzen einer Theorie zu beurteilen<sup>3.106</sup>.

*Sozialer Wert: Eine nützliche Theorie muss sozial wertvoll sein. Die Pflegenden nutzen Pflege Theorien, um eine Anleitung bei ethischen Entscheidungen und bei der Lösung ethischer Konflikte zu finden:*

Der soziale Wert von Peplau's Theorie der psychodynamischen Pflege besteht darin, dass sie insbesondere der Psychiatrischen Pflege angenommen wurde<sup>3.107</sup>. Peplau stellt die zwischenmenschliche Beziehung, zwischen zu Pflegenden und Pflegenden, in den Vordergrund. Pflege besteht nicht alleine aus der Verrichtung pflegerischer Tätigkeiten, wie z. B. die Körperpflege und das Verabreichen von Essen und Trinken. Sie fordert, das „Zwischenmenschliche“ besser zu verstehen, und stellt damit einen hohen Anspruch an die Fähigkeit Pflegender, Gespräche zu führen. Damit schafft Peplau theoretisch, fundierte Begriffsmodelle, welche in der Ausbildung gelehrt werden. Von den Pflegenden erwartet sie damit eine, über die fachliche Kompetenz hinausgehende, soziale und persönliche Kompetenz. Die beruflich Pflegenden erfahren eine Aufwertung Ihrer Tätigkeit.

*Kompatibilität: Eine Pflege theorie kann nur dann für die Pflege nützlich sein, wenn sie inhaltlich mit den Grundsätzen des jeweiligen Gesundheitssystems und den kulturellen Werten vereinbar ist:*

---

<sup>3.106</sup> (Stähling, 2012)

<sup>3.107</sup> (Peplau, 1997, S. 404)

Die Theorie Peplau's ist mit dem hiesigen Gesundheitssystem kompatibel, da sich die Pflege der „Handreichungen“ verändert hat. Handreichungen werden ergänzt durch Beratung, Schulung und Anleitung, wie der Patient selbstständig seine Gesundheitsprobleme bewältigen kann. Die Bettlägerigkeit ist kürzer, die Liegezeit im Krankenhaus ist kürzer und somit werden an die Pflegenden andere Ansprüche gestellt<sup>3.108</sup>.

*Vollständigkeit: Eine nützliche Theorie muss vollständig sein, d. h. logisch, in die Praxis umsetzbar, den Vorhersagen gerecht werdend, Hilfestellung für Pflegenden bei der Gesundheitsförderung, bei der Versorgung von Kranken und bei der Krisenbewältigung:*

Peplau's Theorie gilt als Theorie mittlerer Reichweite, die sich mit einem beschränkten Ausschnitt der Wirklichkeit befassen. Die Pflegepraxis untersteht dem Paradigma einer zwischenmenschlichen Beziehung und bildet Phasen des Beziehungsprozesses ab. Sie bietet Leitlinien für die therapeutische Beziehung und das Selbstwertgefühl von Patient und Pflegenden. Ebenso beschreibt sie die Rollen der Pflegenden in der zwischenmenschlichen Beziehung und im pflegerischen Beziehungsprozess. Peplau's Theorie bietet Hilfestellungen bei der Gesprächsführung, welche insbesondere in der Psychiatriepflege, im Mittelpunkt des pflegerischen Handelns steht.

*Notwendige Fertigkeiten: Eine Pflgetheorie macht Aussagen, welche pflegerischen Fertigkeiten bei der Umsetzung einer theoriegeleiteten Pflege erforderlich sind:*

Peplau's Theorie beschreibt, dass in Studium und Lehre der Pflege das Paradigma der zwischenmenschlichen Beziehungen anerkannt werden muss. Der Grundgedanke Peplau's ist, dass Menschen wachsen und sich verändern werden. Sie lernen das Unbehagen zu ertragen, welches mit der Überprüfung lebensgeschichtlicher Erfahrungen, dem Übernehmen neuer Ideen und Einüben neuer Reaktionen einhergeht. Ebenso ist das Studium von praktischen Phänomenen von Bedeutung, wie z. B. Angst oder Einsamkeit. Die Patienten werden dabei unterstützt, aus ihren lebensgeschichtlichen Erfahrungen zu lernen.

---

<sup>3.108</sup> (Peplau, 1997, S. 392)

*Durchführbarkeit: Voraussetzungen für die Durchführbarkeit der Theorie sind angegeben. Das sind die menschlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten, das notwendige Fachwissen sowie die zeitlichen und räumlichen Handlungsmöglichkeiten:*

Die Voraussetzungen für die Durchführbarkeit sind gegeben. In den Lehrplänen der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege ist Interaktion und Kommunikation verankert. In der praktischen Ausbildung ist eine Pflichteinsatzphase in der Psychiatrischen Pflege vorgeschrieben. Aufbauend auf die grundständige Ausbildung in der Pflege gibt es zweijährige Weiterbildungen in Fachkrankenpflege in der Psychiatrie.

### **3.4.7 Fazit**

Das Modell der psychodynamischen Pflege ist in den Bereichen der sozialen und persönlichen Kompetenz auf Servicepersonal in der stationären Pflege anwendbar. Die Phasen der Beziehung und die entsprechenden Rollen der Pflegepersonen, sind auf den Tätigkeitsbereich zu übertragen. Die Servicepersonen müssen in der Lage sein, Gespräche im situativen Kontext der stationären Pflege professionell zu gestalten und zu führen. Ebenso wäre die Rollenfindung der Serviceperson in der pflegerischen Beziehung Gegenstand der Kompetenzentwicklung. Die Auffassungen der Laienpflege reichen hier nicht aus, da Pflege und Service in einem anderen situativen Rahmen, nämlich der Station im Krankenhaus stattfindet, also demnach andere Anforderungen definiert werden müssen. Das Modell bietet keine strukturelle Grundlage, um Tätigkeiten von Servicepersonal zu definieren.

## **3.5 Pflgetheorie im Denken von Dorothea Orem**

Die Theoretikerin Dorothea Orem beschreibt eine blitzartige, erhellende Einsicht, „a flash of inside“, die ihr Denken über das Wesen der Pflege bestimmt.

### **3.5.1 Dorothea Orem**

Dorothea Orem wurde 1914 in Baltimore, USA geboren, sie verstarb 2007 in Savannah, USA. Orem legte Ihr Krankenpflegeexamen 1930 in Washington, D.C. Bald darauf nahm sie das Studium der

(Pflege)Pädagogik an der Katholischen Universität von Amerika auf und schloss, 1945, mit dem 2. Akademischen Grad, Master of Science in Education, ab. Danach hatte sie bis 1948 die Position einer Pflegedirektorin, in Detroit, inne. 1949 bis 1957 fungierte sie als Beraterin des Sachgebiets Pflege, in der Abteilung Gesundheit und Gesundheitsdienste der Gesundheitsbehörde des Bundesstaats Indiana. Im Anschluss daran, war sie tätig als Curriculums Beraterin, mit einem Projekt zur Weiterentwicklung der praktischen Ausbildung der Pflegenden, im Auftrag des Gesundheitsministeriums der USA. 1955 bekam Dorothea Orem eine Assistenzprofessur für Pädagogik an der Katholischen Universität von Amerika, später die Position als Dekanin der Krankenpflegeschule und außerordentliche Professorin für Pflegepädagogik. 1971 veröffentlichte sie ihr grundlegendes Buch „Nursing Concepts of Practice“, welches 1980 und 1985 neu aufgelegt wurde. 1970 gründete sie eine Beraterfirma für Pflege und Pflegeausbildung, die „Orem & Shields Inc.“. Dorothea Orem bekam, im weiteren Verlauf, mehrere Ehrendokortitel verliehen sowie den Ehrentitel der „Catholic University of America's Alumni Achievement Award for Nursing theory“. Der zeitgeschichtliche Kontext ist geprägt durch den zweiten Weltkrieg, die Nachkriegszeit mit dem wirtschaftlichen Aufschwung<sup>3.109</sup>.

### **3.5.2 Zur Theorie von Dorothea Orem**

Orem behauptet, dass die Grundlage für das helfende Eingreifen der professionellen Pflege, die Mängel in der Selbstfürsorge eines Menschen sind. Damit wandelt sich die traditionelle Rolle des Patienten als passiven Pflegeempfänger, zu einer aktiv handelnden Person, die grundsätzlich für sich selbst sorgt. Im Pflegemodell von Orem stehen die Konzepte der Selbstpflege und des Selbstpflegedefizits im Mittelpunkt. Sie hat damit eines der häufigsten angewandten, konzeptuellen Modelle der Pflege entwickelt. Orem begreift ihr Modell nicht nur für die Pflege, sondern für

---

<sup>3.109</sup> (Botschafter & Moers, 1991; DPV - Deutscher Pflegeverband, 2013)

andere, im Gesundheitswesen tätigen Personenkreise, wie Physiotherapeuten, Ärzte, Logopäden u. v. m.<sup>3.110</sup>.

Damit kann die Theorie eine Grundlage, für einen weiteren Personenkreis im Gesundheitswesen, darstellen. Dieser Personenkreis wäre Servicepersonal, mit einem professionellen Hintergrund aus dem Hotel- und Gastronomiewesen, mit einer ergänzenden und unterstützenden Funktion in stationären pflegerischen Einrichtungen. Es fehlt allerdings die pflegerische Expertise für diesen Tätigkeitsbereich. Es wäre eine Herausforderung, Schnittstellen im Tätigkeitsbereich von Servicepersonal aus dem Hotel- und Gastronomiewesen und Krankenpflegepersonal zu bestimmen. Dennoch bietet sich hier eine Chance, pflegebedürftige Menschen aller Altersstufen in Zukunft zu versorgen. Das vorhandene Potenzial des Einzelnen, basierend auf dem Phänomen der Selbstpflege und der Laienpflege, gilt es zu erkennen, für die Belange der professionellen Pflege weiterzuentwickeln und zu fördern. Im Rahmen eines maßgeschneiderten Anforderungsprofils und einer spezifischen Bildungsmaßnahme, kann dies in Betracht gezogen werden. Orem's Modell bietet hier eine inhaltliche Orientierung für die praktische Arbeit. Der Nutzen dieses Modells beruht auf der Konzeptualisierung der gleichbleibenden Elemente und Zusammenhänge in der praktischen Pflege. Sie bestimmt den Gegenstand der Pflege. Eine Pflege theorie beschreibt die Gegebenheiten aus der Welt der Pflege in Konzepten. Sie bildet eine zusammenhängende Einheit von Grundsätzen, welche die „Pflege“ und damit auch Dienstleistung am und für den Menschen ausmachen. Diese lauten: Der Grundsatz der Selbstpflege, der Grundsatz des Selbstpflegetdefizits und der Grundsatz des Pflegesystems, welches die Pflegenden erzeugen. Diese Charakteristika der Pflege sind:

- Eine, auf den Menschen bezogene, Dienstleistung
- Eine gesundheitsbezogene Dienstleistung
- Ein praktisches Bemühen, Ergebnisse zu erreichen
- Eine Beteiligung, sowohl der Anbieter von Pflegeleistungen, als auch der Personen, die einen Bedarf an Pflege haben

---

<sup>3.110</sup> (Arets, Obex, Vaessen, & Wagner, 1996; Schewior-Popp & Ullrich, 2012, S. 44-72; Selinger, 2011, S. 96-97)

- Eine gesellschaftliche Institutionalisierung, im Sinne von Bildung und Befähigung der Pflegenden, sowie die Bereitstellung der Mittel für Personen, die auf Pflege und die Pflegenden angewiesen sind

Die Pflegecharakteristika sind allgemein und können somit auch für Servicepersonal gelten. Die pflegerische Zielsetzung für die pflegebedürftigen Menschen unterscheidet sich nicht. Es ist egal, ob die Dienstleistung durch Pflegepersonal oder Servicepersonal ausgeführt wird.

Die Theoretikerin versucht die Pflege so zu verstehen, dass sich die eigentliche Bedeutung tiefer, umfassender offenbart und orientiert sich an drei Fragen<sup>3.111</sup>: Was tun Pflegekräfte und sollen sie als die Ausübenden der Pflege tun? Warum tun Pflegekräfte was sie tun? Was ist das Ergebnis dieses Tuns?

### **3.5.3 Kernkonzepte**

Die sechs Kernkonzepte der allgemeinen Pflgetheorie nach Orem finden entsprechende Antworten auf diese Fragen. Die Selbstpflege-Handlungskompetenz, der therapeutischer Selbstpflegebedarf, die Selbstpflege, der Selbstpflge defizit, die Pflege-Handlungskompetenz und das Pflgesystem<sup>3.112</sup>.

#### **3.5.3.1 Selbstpflege-Handlungskompetenz**

Die Selbstpflegehandlungskompetenz beruht auf der Vorstellung, dass der Mensch, der diese Eigenschaft besitzt, in der Lage ist, Selbstpflege zu praktizieren. Dies schließt ein, dass eine Anzahl von Handlungen oder Handlungszusammenhängen ausgeführt werden können, um für die Selbstpflege relevante Bedingungen und Faktoren bei sich selbst und in der Umwelt, ihre Bedeutung und Notwendigkeit ihrer Regulierung zu ermitteln, zu beurteilen und zu entscheiden, was zur Bewältigung von Selbstpflegeerfordernissen getan werden kann, getan werden sollte und getan wird. Demnach sind Pflegehandlungen auszuwählen und durchzuführen, die den Selbstpflegeerfordernissen der betreffenden Person gerecht werden.

---

<sup>3.111</sup> vgl. (Meleis, 1999; Steppe, 2000; Arets, Obex, Vaessen, & Wagner, 1996)

<sup>3.112</sup> (Orem, 1995; Arets, Obex, Vaessen, & Wagner, 1996)

Die Befähigung zu diesen drei Formen von Selbstpflegehandlungen basiert auf Fähigkeitskomponenten (z. B. innerhalb dieses Bezugsrahmens denken zu können, Entscheidungen über die eigene Pflege treffen zu können und Entschlüsse umzusetzen zu können), welche als Mittler zwischen den menschlichen Funktionen und physiologischen, psychologischen oder psychosozialen Orientierungen gesehen werden. Orem (zitiert in Dennis 2001) definiert bewusstes Handeln als *„eine Handlung, um ein Ergebnis zu erreichen, der eine Untersuchung, Reflexion und Beurteilung zur Einschätzung von Situation, sowie eine bewusste Auswahl dessen was getan werden sollte vorausgeht“*<sup>3.113</sup>. Die für das menschliche Handeln wesentlichen Arten von Fähigkeiten werden in physiologischen und psychologischen Begriffen umschrieben, als Fähigkeiten des Wissens und Handelns (z. B. Empfindung, Wahrnehmung, Gedächtnis). Diese Annahme basiert darauf, dass die Menschen zum rationalen Denken und vernünftigen Handeln fähig sind, also vor dem Handeln denken, um zielführende Entscheidungen zu treffen<sup>3.114</sup>. Das sind Dispositionen, die sich auf angestrebte Ziele auswirken und Dispositionen der Orientierung. Die Selbstpflege-Handlungskompetenz ist die komplexe Fähigkeit heranwachsender oder erwachsener Menschen, das Vorhandensein und die Art eines spezifischen Bedarfs an Regulierung ihrer eigenen Funktionsfähigkeit und Entwicklung, unter Einschluss von Verhütung und Heilung von Krankheitsprozessen oder Verletzungen, zu bestimmen, zu beurteilen und zu entscheiden was zu tun ist. Die Pflegehandlungen sind auszuführen, um spezifischen Pflegeeifordernissen zu bestimmten Zeitpunkten und über Zeiträume hinweg gerecht zu werden.

### **3.5.3.2 Therapeutischer Selbstpflegebedarf**

Dieses Kernkonzept beinhaltet das organisierte theoretische Wissen von etwas Durchführbarem. Es strukturiert sich durch drei Bedarfstypen, der Regulation menschlicher Funktionsfähigkeit und Entwicklung, nämlich dem universellen, dem entwicklungsbezogenen und dem gesundheitlichen bedingten Typus von Selbstpflegeeifordernissen. Die Befriedigung von

---

<sup>3.113</sup> (Dennis, 2001)

<sup>3.114</sup> (Dennis, 2001, S. 42f)

Selbstpflegeerfordernissen setzt die Anwendung von Techniken und Methoden voraus, die eine benötigte Regulierung der Funktionsfähigkeit oder deren Entwicklung bewirken. Beispielsweise ist es erforderlich, das Bedürfnis nach persönlicher Hygiene und Wohlbefinden durch Körperpflege zu befriedigen. Techniken und Methoden der Körperpflege wären ein Vollbad zu nehmen oder zu duschen. Der therapeutische Selbstpflegebedarf muss eingeschätzt werden. Die Diagnose des Bedarfs der Körperpflege stellt die Person selbst fest, oder erfolgt durch die Pflegenden, z. B. Schwitzen und unangenehmer Schweißgeruch. Hier spiegelt sich der Pflegeprozess wieder, der ein wesentlicher Bestandteil der Pflegepraxis ist. Der eingeschätzte Selbstpflegebedarf sagt etwas aus über den Handlungsbedarf des einzelnen in Bezug auf die Selbstpflege, als Regulierung der Funktionsfähigkeit und der Entwicklung des Menschen. In unserem Beispiel wäre dies Baden oder Duschen, um die personale Hygiene einzuhalten, nicht unangenehm zu riechen und dadurch nicht von anderen Menschen gemieden zu werden. Der therapeutische Selbstpflegebedarf ist auf den Menschen bezogen und stellt die Summe von erforderlichen Pflegehandlungen dar (Baden oder Duschen), die es jedem einzelnen ermöglichen, den erkannten und spezifischen Selbstpflegeerfordernissen gerecht zu werden.

### **3.5.3.3 Selbstpflege**

Selbstpflege beschreibt die Vorstellung einer bestimmten Art von bewusstem Handeln, das erwachsene und heranwachsende Personen vollziehen, um ihre persönliche Funktionsfähigkeit und Entwicklung, im Hinblick auf Leben, Gesundheit und Wohlbefinden, zu regulieren. Hier stellt sich die Frage: Was tut der einzelne und was tut er nicht in seinem täglichen Leben? Die Anwendung der Selbstpflege-Handlungskompetenz soll den therapeutischen Selbstpflegebedarf erkennen und diesem gerecht werden. Die Handlungen umfassen ermittelnde, einschätzende und entscheidungsfindende Faktoren, die der Regulierung von Funktionsfähigkeit und der Entwicklung der Menschen dienen. Die Selbstpflege ist ein erlernte, zielgerichtete Aktivität, ein Verhalten, das in realen Lebenssituationen vorhanden ist. Das Handeln des Individuums ist



ausgerichtet auf sich selbst oder die Umgebung, um die eigene Funktionsfähigkeit und ihre Entwicklung zu beeinflussen.

Die Theorie der Selbstpflege kann, im Zusammenhang mit der Theorie des Selbstpflge defizits gesehen werden<sup>3.115</sup>.

Die Erwachsenen und heranwachsende Menschen tragen zur Regulierung ihrer persönlichen Funktionsfähigkeit und Entwicklung sowie Vorsorge, Kontrolle oder Heilung von Krankheiten, Verletzungen und deren Auswirkungen bei. Sie vollziehen, im Rahmen ihres täglichen Lebens, erlernte Handlungen, die sie auf sich selbst und auf ihre Umgebung beziehen. Handlungen, von denen sie wissen oder annehmen, dass sie für die menschliche Funktionsfähigkeit und Entwicklung einen regulierenden Wert haben, z. B. Baden oder Duschen zur Erhaltung der persönlichen Hygiene. Eine Selbstpflege wird durchgängig von Erwachsenen durchgeführt, während ältere Menschen und Kinder, in geringerem oder größerem Maße, von ergänzender Pflege, z. B. beim Baden und Duschen, von anderen abhängig sind. Orem spricht hier von Dependenzpflege (dependent care). Damit zielt Orem auf den Begriff der Laienpflege ab. Die Selbstpflege ist ein einmaliger, persönlicher Prozess, der alle Menschen betrifft und durch folgende Faktoren beeinflusst wird<sup>3.116</sup>:

- Das Alter, hier das aktuelle Lebensalter, in der Zeitspanne von der Geburt bis zum Tod. Diese Lebenspanne ist bestimmt durch die altersabhängigen Veränderungen der Selbstpflge erfordernisse oder das aktuelle Alter an sich, in dem eine Gesundheitsstörung eintritt.
- Das Geschlecht, gemeint sind die geschlechtsspezifischen Veränderungen der Selbstpflge erfordernisse oder Variationen der Handlungen von Selbstpflege.
- Die Gesundheit, damit ist der gegenwärtige Gesundheitszustand einer Person gemeint und die eigene Wahrnehmung des Gesundheitszustands.

---

<sup>3.115</sup> (Orem, 1986)

<sup>3.116</sup> (Arets, Obex, Vaessen, & Wagner, 1996; Dennis, 2001)

- Das Wachstum und die Entwicklung, gemeint ist der individuelle anatomische, physiologische, kognitive und psychosoziale Entwicklungsstand, d. h. alters- und entwicklungsabhängige Aufgaben, Wachstum, Denkprozesse sowie soziale Beziehungen.
- Die sozio-kulturelle Umgebung, als komplexes System der sozialen-kulturellen Umgebung, der sozialen Beziehungen und der Funktionen der individuellen Familieneinheit. Das System umfasst den Lebenskontext, berufliche und lebensbezogene Erfahrungen, ethnisch-kultureller Einfluss inkl. der Sprache, der Spiritualität, und einem Gesundheits- und Krankheitsverständnis,
- Das Gesundheitswesen, gemeint ist das System in welchem die Person lebt, bezogen auf die Zugänglichkeit und die Verfügbarkeit von Gesundheitspflege.
- Die Familie, bezogen auf die Position in der Familie, die Rollen, die Beziehungen zu den Bezugspersonen sowie die wirtschaftliche Situation, als Einflüsse auf den Gesundheitszustand der Person und auf die Familie und Bezugspersonen.
- Der Lebensstil, auch Lebensbedingungen, in denen die Person ihre Selbstpflegehandlungen normalerweise ausübt. Dazu zählen der Wohnort, die häusliche Umgebung wie Räumlichkeiten und Lage der Wohnung.

#### **3.5.3.4 Selbstpflegetdefizit**

Selbstpflegetdefizit bezeichnet ein Verhältnis der Ungleichheit, zwischen dem menschlichen Besitz der Selbstpflege-Handlungskompetenz und den Komponenten des Bedürfnisses der Menschen, ihre persönliche Funktionsfähigkeit und Entwicklung selbst zu regeln. Beispielsweise sind hier Personen nicht oder nicht mehr in der Lage, die Selbstpflege im Rahmen der Körperpflege, baden oder duschen, selbständig und handlungskompetent auszuführen.

Das Konzept bezieht sich auf das Verhältnis, zwischen dem Wissen um den therapeutischen Selbstpflegebedarf und der Fähigkeit diesem gerecht zu werden. Selbstpflegetdefizite können als vollständige oder teilweise Defizite klassifiziert werden. Dies erfordert eine Einschätzung der

Faktoren, inwieweit ein Defizitverhältnis als anwesend oder abwesend gilt. (s. Abb. 3.21). Es muss festgestellt werden, inwieweit Personen ein Selbstpflegethedefizit, im Bereich der Körperpflege durch Baden oder Duschen, selbst regulieren können. Ein derart eingeschätztes Selbstpflegethedefizit erhöht gleichermaßen den therapeutischen Selbstpflegethedefizitbedarf.

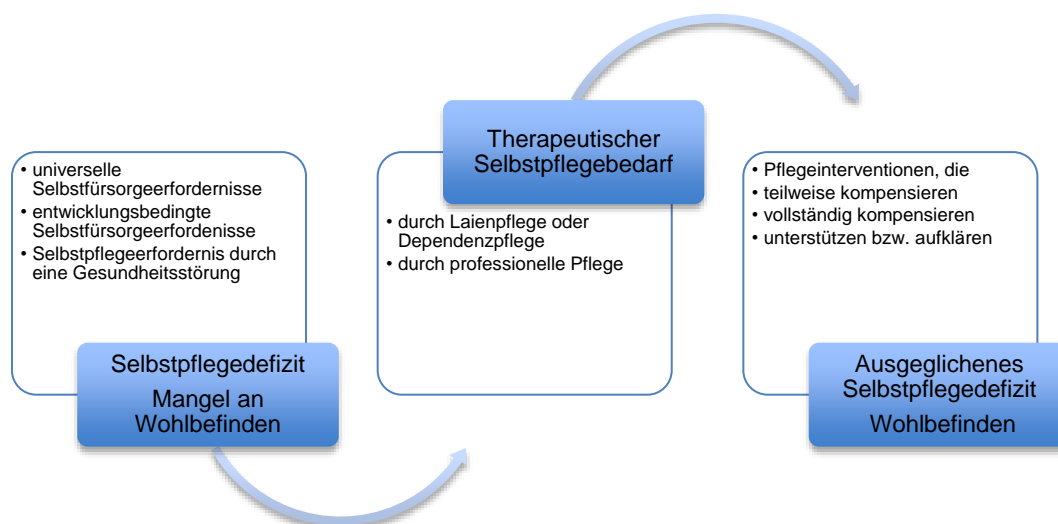


Abbildung 3.21: Faktoren eines Selbstpflegethedefizits mit einem Mangel an Wohlbefinden führen über einen therapeutischen Selbstpflegethedefizitbedarf mit Unterstützung von Laienpflege/Dependenzpflege sowie professionell mit Pflegeinterventionen in Pflegesystemen zu einem ausgeglichenen Selbstpflegethedefizit – und erzeugen schließlich Wohlbefinden

### 3.5.3.5 Pflege-Handlungskompetenz

Pflege-Handlungskompetenz beinhaltet Fähigkeiten, Kenntnisse und Fertigkeiten um Handlungsprozesse in der professionellen Pflege ausüben zu können. Dies bezieht sich auf den gesamten Pflegeprozess und die damit verbundene Arbeitsorganisation. Die professionell Pflegenden erlernen die Einschätzung des Pflegebedarfs der Patienten, welche ganz oder teilweise nicht mehr in der Lage sind, die Selbstpflege handlungskompetent und unabhängig durchzuführen. Sie unterstützen den Patienten in der Körperpflege, mit dem Ziel des Wohlbefindens und der Aufrechterhaltung persönlicher Hygiene. Die Grundvoraussetzung dafür sind, ein dauerhaftes Interesse und die Motivation, andere mit Pflege

zu versorgen. Handlungsleitend sind die Fähigkeiten und Dispositionen (wie schon im Abschnitt Selbstpflegekompetenz beschrieben), welche sich auch in der physiologischen und psychologischen Handlungsbereitschaft der Pflegenden zeigen. Eine Pflege-Handlungskompetenz wird demnach verstanden als, eine komplexe Einheit von Merkmalen oder Eigenschaften von Pflegenden, die durch eine spezialisierte Ausbildung theoretisches und praktisches Wissen in realen Situationen einüben und die pflegerische Kunst weiter entwickeln. Eine Pflegehandlungskompetenz wird von jeder Pflegeperson individuell entwickelt und aktiviert (s. Abb. 3.22).



Abbildung 3.22: Komplexe Einheit von Merkmalen der Pflegekompetenz professionell Pflegenden

Pflegehandlungskompetenzen differenzieren sich in Tätigkeiten von professionell Pflegenden und Servicepersonal, in den stationären pflegerischen Einrichtungen. Eine exakte Definition und Abgrenzung dieser Tätigkeiten ist unabdingbare Voraussetzung für eine zukunftsweisende und berufsgruppenübergreifende Pflege, ohne sich gegenseitig in die Quere zu kommen und die jeweils eigene Professionalität in Frage zu stellen.

### 3.5.3.6 Pflegesystem

Die Pflege in realen Situationen der Pflegepraxis erscheint als bewusst ausgeführtes Handeln von Pflegenden. Die Handlungskompetenz der

Pflegenden ist darauf ausgerichtet, die Ausübung und Entwicklung der Selbstpflege-Handlungskompetenz ihrer Patienten zu diagnostizieren, zu regulieren und den therapeutischen Selbstpflegebedarf der Patienten, in Bezug auf die gesundheitsbezogenen oder gesundheitsbedingten Selbstpfledefizite, gerecht zu werden. Das Handeln der Pflegenden konstituiert die jeweiligen Pflegesysteme, das teilweise kompensierende Pflegesystem, das vollständig kompensierende Pflegesystem und das unterstützende und erzieherische Pflegesystem (s. Abb. 3.23).



Abbildung 3.23: Das Pflegesystem als Handlungssystem

Die Struktur der Pflegesysteme ergibt sich aus den regulierenden Handlungen von Pflegenden in praktischen Situationen. Hier werden pflegeorientierte Handlungen ausgewählt, welche der Entwicklung und Adäquatheit einer Selbstpflegekompetenz der Patienten angemessen sind, um den therapeutischen Selbstpflegebedarf zu erkennen und diesem gerecht zu werden. Ein Pflegesystem ist ein dynamisches Handlungssystem, das sich aus Reihen und Folgen von Handlungen durch Pflegende zusammensetzt. Die Selbstpfledefizite stellen die Grundlage für die Wahl und den Grad der Durchführung der Hilfeleistung dar. Für unser Beispiel, die Körperpflege durch baden oder duschen, bedeutet dies einzuschätzen, ob die Pflegenden vollständig kompensierend, teilweise kompensierend oder anleitend handeln. Alle Handlungen, soweit sie in einem Pflegesystem stattfinden, werden von Pflegenden durch ihre Pflege-Handlungskompetenz im Rahmen ihrer vertraglichen und zwischenmenschlichen Beziehungen gegenüber Personen ausgeübt, die ein gesundheitsrelevantes Defizit an Selbstpflege aufweisen. Damit stellen sie sicher, dass der Bedarf an therapeutischer

Selbstpflege ermittelt, ihm genüge getan und ihre Selbstpflege-Handlungskompetenz gestärkt, ihre Ausübung oder Entwicklung geregelt, wird. In den Pflegesystemen handeln die Pflegekräfte und die Patienten in unterschiedlich ausgeprägter Intensität (s. Tab. 3.3).

<b>Handeln von Pflegeperson und Patient in Pflegesystemen</b>			
<b>Handelnde Person</b>	<b>Pflegesystem</b>		
	Vollständig kompensatorisches System	teilweise kompensatorisches System	unterstützend-erzieherisches System
<b>Pflegekraft</b>	zur Verwirklichung der situativen Selbstpflege des Patienten, zur Kompensation der Unfähigkeit des Patienten Selbstpflege auszuführen	Durchführen einiger Selbstpflegemaßnahmen für den Patienten	Regulierung der Ausübung und Entwicklung der Selbstpflegekompetenz
		Kompensieren der Selbstpflegeeinschränkungen des Patienten	
		Unterstützen des Patienten bei Bedarf	
	Unterstützen und schützen des Patienten	Regulierung der Selbstpflegekompetenz	
<b>Patient</b>		Durchführung eigener Selbstpflegemaßnahmen Regulieren der Selbstpflegekompetenz	Verwirklichen der Selbstpflege
		Akzeptieren der Pflege und Unterstützung durch die Pflegekraft	Regulierung der Ausübung und Entwicklung der Selbstpflegekompetenz

Tabelle 3.3: Handlungen von Pflegepersonen und Patienten in einem Pflegesystem

Servicepersonal kann als ein Teil des pflegerischen Handlungssystems verstanden werden. Im Lauf des Lebens entwickelten sie ebenfalls Selbstpflege-Kompetenzen und können für sich Sorge tragen.

Das Pflegesystem steht insofern im Verhältnis zu einem Selbstpflegedefizit, indem es erklärt, warum Menschen Pflege brauchen oder von ihr profitieren können.

Das Wissen über vorhandene Selbstpflege-Handlungskompetenz bei erwachsenen und heranwachsenden Menschen, sowie ihren Umgang damit, kann durch Gesundheitsstörungen beeinträchtigt werden. Besteht ein Selbstpflegedefizit sind die Menschen, ganz oder teilweise über einen

Zeitraum nicht in der Lage, die Selbstpflegehandlungskompetenz, im Sinn ihres Wissens um und ihren Umgang mit ihrem Bedarf an Selbstpflege, adäquat auszuführen, funktionsfähig zu erhalten, oder qualitativ oder quantitativ zu beeinflussen. Somit ist eine vermehrte Nachfrage nach Pflege gegeben. Dies kann durch Laienpflege, Dependenzpflege oder durch professionelle Pflege kompensiert werden. Ein Wissensdefizit in der Selbstpflegehandlungskompetenz kann, durch schulen, anleiten und beraten, ausgeglichen werden. Die wesentlichen Handlungen, in einem Pflegesystem, sind Handlungen des Helfens.

Orem beschreibt fünf allgemeine Kategorien von Methoden des Helfens, diese lauten:

- Für andere handeln und agieren, z. B. Körperpflege und Mundpflege bei einem Patienten.
- Andere anleiten; z. B. anleiten zum Stillen, anleiten zur Benutzung einer Gehilfe, anleiten zum Anziehen der Kompressionskleidung
- Andere unterstützen; z. B. unterstützen durch Bereitstellen der geeigneten Hilfsmittel zu richtigen Zeitpunkt, unterstützen beim Toilettengang, unterstützen beim Ankleiden.
- Ein für die Entwicklung günstiges Umfeld schaffen; z. B. für Schmerzfreiheit sorgen, eine Privatsphäre gewährleisten, Familienangehörigen die Übernachtung im Zimmer eines Kindes oder Sterbenden ermöglichen.
- Andere unterrichten; z. B. über die sichere Anwendung von Medikamenten, über das Verhalten und die Selbstbeobachtung eines Patienten mit Unterarmfraktur nach Anlage eines ruhigstellenden Gipsverbandes.

Diese Methoden des Helfens sind auf jeden helfenden Dienst anwendbar. Sie werden einzigartig, wenn sie von professionell Pflegenden eingesetzt werden, um die Patienten zu versorgen. Pflegende wenden die Methoden, in jeweils speziellen Situationen des Patienten, in einem Pflegesystem an. Die Pflegekompetenz zeichnet sich aus, durch die Befähigung die Methoden des Helfens einzuschätzen und alle relevanten Pflegeinterventionen zu bestimmen. Diese Kompetenzen sind in der

Pflegeausbildung entwickelt, gelehrt, gelernt und eingeübt worden. Die Methoden bestimmen die Rolle der Pflegenden und indirekt die Rolle des Patienten. Sie sind ferner Ausgangspunkt für die Pflegeplanung im Rahmen des Pflegeprozesses.

### **3.5.3.7 Selbstpflege und Bedürfnisse**

Selbstpflege ist gerichtet auf die Erfüllung menschlicher Bedürfnisse. Bereits 1860 beschrieb Florence Nightingale und in Folge weitere Pflge theoretikerinnen, die Erfüllung menschlicher Grundbedürfnisse als Ausgangspunkt pflegerischeren Handelns<sup>3.117</sup>. Orem unterscheidet drei Kategorien von Selbstpflegebedürfnissen: Universelle Bedürfnisse, entwicklungsgebundene Bedürfnisse sowie Bedürfnisse, die durch Gesundheitsstörungen bestimmt werden<sup>3.118</sup>.

#### **Universelle Bedürfnisse:**

- Aufrechterhaltung der Sauerstoffaufnahme
- Aufrechterhaltung der Wasseraufnahme
- Aufrechterhaltung der Nahrungsaufnahme
- Aufrechterhaltung der Ausscheidung
- Aufrechterhaltung des Gleichgewichts zwischen Aktivität und Ruhe
- Aufrechterhaltung des Gleichgewichts zwischen Individuum und Sozialwesen
- Vermeidung von Gefahren für die menschliche Existenz, das Funktionieren und das Wohlbefinden
- Förderung menschlichen Funktionierens und sozialer Entwicklung innerhalb von Gruppen, in Übereinstimmung mit den menschlichen Möglichkeiten

Die universellen Bedürfnisse sind für die weitere Entwicklung wichtig, sie beziehen sich gleichermaßen auf Frauen und Männer in allen Altersstufen. Das Streben ist auf ein gesundes und sinnvolles Dasein ausgerichtet, in dem der Mensch aufgefordert ist, seine Lebensbedingungen innerhalb und außerhalb des Körpers günstig zu gestalten.

---

<sup>3.117</sup> vgl. (Nightingale, 2012; Henderson, 1977; Roper, Logan, & Tierney, 1987; Juchli, 1987)

<sup>3.118</sup> (Orem, 1995)



### **Entwicklungsgebundene Bedürfnisse:**

Um Wachstum und Entwicklung zu gewährleisten, sind in der kompletten Lebensspanne vom Beginn an im Mutterleib, bis zum Tod Bedürfnisse zu berücksichtigen.

Orem unterscheidet hierbei zwei Bedürfnisgruppen:

- Lebensbedingungen zu schaffen oder gewährleisten, die eine unterstützende Funktion haben und die menschliche Entwicklung in den unterschiedlichen Lebensphasen fördern. Dies betrifft die Lebensphasen als Embryo in der Gebärmutter, als Säugling, als Kleinkind, als Kleinkind im Vorschulalter, als Schulkind, das Jugendalter, der Adoleszenz und den Erwachsenen bis zum hohen Alter. Dazu kann vergleichsweise das Pflegemodell von Roper, Logan und Tierney herangezogen werden. Ein Pflegemodell auf der Grundlage eines Lebensmodells, das den Prozess von der Empfängnis bis zum Tod umfasst und in dem sich die Menschen mit ihren Lebensaktivitäten auf einem Kontinuum zwischen vollkommener Abhängigkeit und vollkommener Unabhängigkeit bewegen. In dieser Lebensspanne jedes Individuums ändert sich der Mensch laufend durch langfristige Veränderungen durch Wachstum und Entwicklung und die Ausgestaltung der Lebensaktivitäten durch physische, intellektuelle, emotionale und soziale Einflussfaktoren<sup>3.119</sup>.
- Die Pflege im Zusammenhang mit Bedingungen, welche die menschliche Entwicklung nachteilig beeinflussen können. Pflege wird wirksam, um die Auswirkungen solcher Bedingungen zu vermeiden, abzumildern und folgende Situationen zu überwinden: In der eingeschränkten Möglichkeit Wissen zu erwerben, bei Anpassungsproblemen durch körperliche und geistige Behinderungen, bei Verlust eines engen Familienmitglieds, bei einer unheilbaren Krankheit.

---

<sup>3.119</sup> (Roper, Logan, & Tierney, 1987)

---

### **Bedürfnisse, die durch Gesundheitsstörungen entstehen:**

Die dritte Kategorie der Bedürfnisse nach Orem sind die Bedürfnisse, die durch Gesundheitsstörungen bestimmt werden. Die Gesundheitsstörungen entstehen in den körperlichen, geistigen und sozialen Dimensionen des menschlichen Daseins. Der Mensch erfährt eine Gesundheitsstörung ganzheitlich, z. B. ein unheilbar erkrankter Mensch leidet an den Folgen, im Hinblick auf körperliche, geistige und soziale Funktionen<sup>3.120</sup>.

#### **3.5.4 Diskussion**

Die Diskussion des Modells von Dorothea Orem in Bezug auf die Kompatibilität für die Praxis der Pflege und die Tätigkeiten von Servicepersonal in der stationären Pflege erfolgt gemäß

- der Grundlage von Kriterien nach Comack und Reynolds<sup>3.121</sup>
- der Perspektive von Chinn und Kramer, mit der Frage: „Wie man feststellt, ob eine Theorie praktisch angewendet werden sollte?“<sup>3.122</sup>
- dem Blickwinkel des Nützlichkeitsindex der Weltgesundheitsorganisation (WHO), zur Bedeutung einer Theorie, für die bedarfsgerechte Auswahl einer Theorie, zur Überprüfung und Beurteilung des Nutzens einer Theorie<sup>3.123</sup>.

##### **3.5.4.1 Überprüfung des Modells auf der Grundlage von Kriterien nach Comack und Reynolds<sup>3.124</sup>:**

*Ist das Modell so beschrieben, dass es von Pflegepraktikern zweifelsfrei verstanden werden kann?*

Das Modell ist in der Pflegepraxis verstehbar, durch die stetige Weiterentwicklung, Bearbeitung und Darstellung durch Pflegewissenschaftler/-innen.

*Ist der Anwendungsbereich des Modells klar umrissen?*

Der Anwendungsbereich bezieht sich nicht nur auf die professionelle Pflege, sondern ist auch auf alle anderen helfenden Berufsgruppen im Gesundheitswesen übertragbar. Ebenso berücksichtigt Orem Fähigkeiten

---

<sup>3.120</sup> vgl. (Henderson, 1977; Roper, Logan, & Tierney, 1987; Juchli, 1987; Rogers, 1995).

<sup>3.121</sup> (Comack & Reynolds, 1992)

<sup>3.122</sup> (Chinn & Kramer, 1996, S. 174-179)

<sup>3.123</sup> (Stähling, 2012)

<sup>3.124</sup> (Comack & Reynolds, 1992)

und Kompetenzen, im Rahmen der Laienpflege und Dependenzpflege, die sich durch Lernen und Erfahrung entwickeln. Die sozialen Gruppen bilden den Kontext, in dem Selbstpflege erlernt wird.

*Stellt das Modell eine Annäherung an die spezifischen Bedürfnisse der Pflege und der Pflegenden dar?*

Eine Annäherung besteht darin, dass die Patienten, also Pflegeempfänger, als Handelnde aktiv mitwirken, je nach situativem Kontext des Pflegesystems.

*Basiert das Modell auf einer wissenschaftlich getesteten und akzeptierten Theorie?*

Orem nutzt Wissensbestände anderer Theorien, z. B. bewusstes Handeln vermutlich in Anlehnung an Heckhausen und der Arbeit des Psychologen Erich Fromm. Orem fühlt sich keinem direkten Einfluss verpflichtet, sie zitiert jedoch Arbeiten anderer Pflgetheoretikerinnen<sup>3.125</sup>.

*Ist das Modell valide und reliabel?*

Orem schafft eine Richtlinie für die Pflegepraxis und die Pflegeforschung. Dennis veröffentlichte drei Fallstudien zur Operationalisierung von Orem's Pflegeprozess<sup>3.126</sup>.

*Liefert das Modell einen Rahmen für die Pflegediagnostik?*

Das Modell ist geeignet, um Pflegediagnosen zu identifizieren. Durch die Benennung von universellen Bedürfnissen, entwicklungsgebundenen Bedürfnissen und Bedürfnisse, die durch Gesundheitsstörungen entstehen sowie, insbesondere durch die Selbstpflegetdefizite, sind Pflegediagnosen nach NANDA<sup>3.127</sup> möglich.

*Befähigt das Modell zur Ableitung geeigneter Interventionen zur Optimierung des Gesundheitszustands?*

Die Ableitung gezielter Interventionen ist abhängig von der Identifizierung des Pflegesystems, in welchem sich die Pflegekraft und der Patient befinden. Die Methoden des Helfens differenzieren die Wahl der Pflegeinterventionen.

---

<sup>3.125</sup> (Botschafter & Moers, 1991; Neumann-Ponesch, 2014, S. 115)

<sup>3.126</sup> (Dennis, 2001, S. 165ff)

<sup>3.127</sup> (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2014)

*Definiert das Modell den gewünschten Outcome einer Intervention?*

Indirekt ist das Outcome ein höchstmöglicher Grad an Selbstständigkeit des Patienten, durch Unterstützung, Förderung und Entwicklung der Selbstpflegekompetenz, abhängig vom Pflegesystem. Durch die geplante Pflege im Rahmen des Pflegeprozesses, ist eine Evaluation der Pflegeinterventionen und des erreichten Pflegeziels möglich.

*Entspricht das Modell allgemeingültigen ethischen Richtlinien?*

Orem sieht den Menschen als lernendes, denkendes und entscheidungsfähiges Wesen. Durch die Pflege soll Wohlbefinden erreicht werden. Der Mensch trägt aktiv dazu bei, seine Autonomie zu erhalten und wiederzuerlangen.

**3.5.4.2 Überprüfung des Modells aus der Perspektive von Chinn und Kramer<sup>3.128</sup>**

Sie formulierten Fragen, um festzustellen, ob eine Theorie praktisch angewendet werden sollte.

*Stimmen die Ziele der Theorie und die Ziele der Praxis überein?*

Die Ziele der Theorie sind, ein Selbstpflegedefizit zu beseitigen, Selbstpflegekompetenz wiederherzustellen und Autonomie der Person zu erreichen. In der Praxis kann dies, durch die Pflege des Patienten im jeweiligen Pflegesystem mit geeigneten Methoden des Helfens und durch den Pflegeprozess erreicht werden.

*Stimmt der Kontext der Theorie mit der Situation überein, in der die Theorie angewandt werden soll?*

Die Situation wird bestimmt durch das jeweilige Pflegesystem. Sie ist unabhängig von einer bestimmten Institution und ausgerichtet für alle „helfenden und dienstleistenden“ Berufe.

*Besteht eine Ähnlichkeit zwischen den Variablen der Theorie und den Variablen in der Praxis?*

Die Theorie ist als eine praxisnahe Theorie, mit mittlerer Reichweite zu verstehen. Der Pflegeprozess bietet ein organisatorisches Hilfsmittel und entspricht damit den gegenwärtigen Bedingungen in den pflegerischen Handlungsfeldern.

---

<sup>3.128</sup> (Chinn & Kramer, 1996, S. 174-179)

---

*Reichen die Erklärungen der Theorie als Begründung für Pflegemaßnahmen aus?*

Die Theorie des Selbstpflegedefizits ist eine ausreichende Begründung für Pflegemaßnahmen im Rahmen des Pflegeprozesses. Darüber hinaus ist eine Pflegediagnostik möglich.

*Welche Auswirkungen hat der neue Ansatz auf den Arbeitsablauf der Pflegeeinheit?*

Orem's Ansatz der Pflegesysteme bestimmt den Grad der Interventionen durch Pflegende. Der Patient wird als aktiver Partner betrachtet, um Wohlbefinden und den höchstmöglichen Grad seiner Autonomie zu erreichen. Die Arbeitsabläufe sind geprägt vom Pflegeprozess, dadurch ist eine individuelle Pflegeplanung möglich. Die Ziele der Pflege bei Orem sind gemeinsame Ziele aller beteiligten Personen in helfenden Berufen. Somit kann von einer interdisziplinären Zusammenarbeit ausgegangen werden, welche geprägt ist von Informationsaustausch und Kommunikation zwischen den Berufsgruppen in pflegerischen Handlungsfeldern.

#### **3.5.4.3 Überprüfung des Modells aus dem Blickwinkel des Nützlichkeitsindex der WHO**

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelte ein Nützlichkeitsindex mit fünf Kriterien, um die Bedeutung einer Theorie, die bedarfsgerechte Auswahl einer Theorie zu prüfen und den Nutzen einer Theorie zu beurteilen<sup>3.129</sup>.

*Sozialer Wert: Eine nützliche Theorie muss sozial wertvoll sein. Die Pflegenden nutzen Pflege Theorien, um eine Anleitung bei ethischen Entscheidungen und bei der Lösung ethischer Konflikte zu finden:*

Das Modell von Orem ermöglicht es, durch das Ziel einer größtmöglichen Autonomie und des Wohlbefindens beim Patienten ethische Entscheidungen durch bewusstes Handeln herbeizuführen

*Kompatibilität: Eine Pflege theorie kann nur dann für die Pflege nützlich sein, wenn sie inhaltlich mit den Grundsätzen des jeweiligen Gesundheitssystems und den kulturellen Werten vereinbar ist:*

---

<sup>3.129</sup> (Stähling, 2012)

Orem's Theorie ist mit den Grundsätzen des Gesundheitssystems der Bundesrepublik Deutschland vereinbar, da im Mittelpunkt ein nach Autonomie strebender, ein lernender und sich entwickelnder Mensch steht. Durch die Theorie der Selbstpflege und der Notwendigkeit Selbstpflegekompetenzen anzuwenden, entspricht dies der Notwendigkeit Selbstverantwortung für Gesundheit und Wohlbefinden zu übernehmen. Beispielsweise in Form von Schulungen zur Prävention von Krankheiten. Ebenfalls bieten Ärzte zusammen mit Krankenkassen Schulungen an, um die selbstpflegerischen Fähigkeiten im Umgang mit bestehende Krankheiten zu entwickeln, z. B. Erlernen der Insulininjektion und Blutzuckermessung bei Diabetes mellitus oder Anwenden des Peakflowmeters<sup>3.130</sup> zur Selbstkontrolle bei Asthma bronchiale. Orem versteht ihre Theorie als gesellschaftliches Mandat. Sie postuliert eine entsprechende berufliche Qualifikation für Pflegende. Sie fordert Überwachung und Supervision der Tätigkeit professionell Pflegender. Das deckt sich mit den derzeitigen Bestrebungen, Pflegekammern in den einzelnen Bundesländern zu gründen. Die Landesregierungen in Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz beschlossen 2014 die Gründung einer Pflegekammer als Selbstverwaltungsorgan für Pflegende.

*Vollständigkeit: Eine nützliche Theorie muss vollständig sein, d. h. logisch, in die Praxis umsetzbar, den Vorhersagen gerecht werden, Hilfestellung für Pflegende bei der Gesundheitsförderung, bei der Versorgung von Kranken und bei der Krisenbewältigung:*

Orem's Theorie ist vollständig, logisch und in die Praxis umsetzbar. Durch die Dreiteilung ihrer Theorie in die Schlüsselkonzepte Selbstpflege, Selbstpflegedefizit und Pflegesystem, bietet sie eine großflächige Basis für die Pflegepraxis in unterschiedlichen Handlungsfeldern, z. B. stationäre Pflege, ambulante Pflege, Tageskliniken.

*Notwendige Fertigkeiten: Eine Pflegetheorie macht Aussagen, welche Pflegerischen Fertigkeiten bei der Umsetzung einer theoriegeleiteten Pflege erforderlich sind:*

---

<sup>3.130</sup> Ein Peakflowmeter ist ein Messinstrument, um den Spitzenwert des Ausatemflusses zu erfassen (freie Übersetzung der Autorin)

---

Die Fertigkeiten von Pflegenden sind ihre eigenen Selbstpflegekompetenzen und die berufliche, pflegerische Handlungskompetenz durch bewusstes Handeln in den Pflegesystemen.

*Durchführbarkeit: Voraussetzungen für die Durchführbarkeit der Theorie sind angegeben. Das sind die menschlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten, das notwendige Fachwissen sowie die zeitlichen und räumlichen Handlungsmöglichkeiten.*

Die Durchführbarkeit besteht in der Anwendung des Pflegeprozesses, welcher in den Einrichtungen gegeben ist. Es besteht eine Verpflichtung zu dokumentieren und die ausgewählten, pflegerischen Maßnahmen zu begründen. Das Fachwissen erlernen die Pflegenden bereits in ihrer beruflichen Grundausbildung. Im beruflichen Werdegang erweitern und aktualisieren Pflegenden ihr Wissen in Fortbildungsmaßnahmen. In den pflegerischen Einrichtungen stehen Dokumentationssysteme in Papier und EDV-gestützt zur Verfügung.

### **3.5.5 Fazit**

Orem's Pflegemodell bildet eine zusammenhängende Einheit von Grundsätzen, welche die „Pflege“ und, damit auch Dienstleitung, am und für den Menschen ausmachen. Diese Grundsätze lauten: Der Grundsatz der Selbstpflege, der Grundsatz des Selbstpflegedefizits und der Grundsatz des Pflegesystems, welches die Pflegenden erzeugen. Um professionell pflegen zu können, bedarf es der Pflegekompetenz, welche in einer theoretischen und praktischen beruflichen Ausbildung erlernt wird. Zur Bestimmung des Pflegesystems und des Ausmaßes der pflegerischen Intervention und deren Methoden des Helfens, ist die Ausbildung eine unabdingbare Voraussetzung. Für die Ausübung von Selbstpflege, Laienpflege und Dependenzpflege ist keine berufliche Handlungskompetenz erforderlich. Für Servicepersonal in der stationären Pflege bietet das Modell nach Orem eine Chance, im Rahmen der Kenntnisse von Dependenzpflege tätig zu werden. Jeder bringt, durch erlebte Erziehung und persönliche Erfahrung, diese Kenntnisse in unterschiedlicher Ausprägung mit. Darüber hinaus, bieten die professionellen Methoden des Helfens durchaus einen Handlungsrahmen

für beruflich ausgebildetes Servicepersonal des Hotel- und Gaststättenwesens. Damit Servicepersonal bestimmte Tätigkeiten in der stationären Pflege kompetent ausüben kann, scheint es erforderlich sie für diese Tätigkeiten zu qualifizieren. Eine exakte Definition und Abgrenzung dieser Tätigkeiten ist unabdingbare Voraussetzung für eine zukunftsweisende und berufsgruppenübergreifende Pflege und Versorgung. Dabei gilt es zu beachten, dass die jeweils eigene Professionalität nicht in Frage gestellt wird.

Die Theorie Orem's ist übertragbar auf die Tätigkeiten von Servicepersonal. Sie beschreibt Selbstpflege, Kompetenzen und Bedürfnisse von Menschen. Im Rahmen einer Gesundheitsstörung können betroffene Personen Selbstpflege ganz oder teilweise nicht selbst erfüllen. Pflgerische Interventionen werden von anderen Personen erbracht. Diese können im Rahmen der Laienpflege oder professionellen Pflege erbracht werden. Orem beschreibt Pflegesysteme und gibt damit einen aufgabenspezifischen und organisatorischen Rahmen vor. Diese Aufgaben erfüllen professionell Pflegende im Kontext der stationären Pflege. Servicepersonal ist in der Lage, die professionell Pflegenden in ihren Aufgaben zu unterstützen und die fehlenden Selbstpflegekompetenzen der Patienten teilweise oder ganz zu kompensieren. Der Aufgabenbereich im erzieherisch-beratenden System eignet sich weniger für die Tätigkeiten von Servicepersonal in der stationären Pflege. Somit bietet Orem's Theorie eine Grundlage für die Tätigkeiten von Servicepersonal und kann in dieser Arbeit herangezogen werden.

Im Anschluss an Orem orientieren sich weitere Pflegewissenschaftlerinnen an Bedürfnistheorien, um den Gegenstandsbereich „Pflege“ zu erklären. So haben Roper, Logan und Tierney, mit der Beschreibung der Pflege in einem Modell des Lebens in Lebensaktivitäten (LA)<sup>3.131</sup> und Juchli, mit einem ganzheitlichen Ansatz und der Formulierung von Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)<sup>3.132</sup>, einen bedürfnisorientierten Ansatz aufgegriffen. Die deutsche Theoretikerin Monika Krohwinkel verweist in

---

<sup>3.131</sup> (Roper, Logan, & Tierney, 1987)

<sup>3.132</sup> (Juchli, 1987)



ihren Arbeiten zur rehabilitierenden Prozesspflege u. a. auf Orem. Die Darstellung der Theorie folgt im nächsten Abschnitt.

### **3.6 Pflgetheorie im Denken von Monika Krohwinkel**

#### **3.6.1 Einordnung der Theorie:**

Zu Beginn und in der frühen Entwicklung des Modells, zeigt es eine bedürfnisorientierte Richtung. In der weiteren Entwicklung der fördernden Prozesspflege, versteht Monika Krohwinkel ihr Modell als ein systemisches Modell<sup>3.133</sup>. Das übergeordnete Prinzip der fördernden Prozesspflege ist eine dynamische Ganzheitlichkeit. Alle anderen Prinzipien werden darunter subsumiert. Dies trifft auf die, mit dynamischer Ganzheitlichkeit verbundenen Prinzipien zu: Synergie, Offenheit und komplementäre Wechselwirkung.

Das Prinzip Offenheit erklärt, dass es eine Wechselwirkung, sowohl innerhalb als auch zwischen den Systemen gibt, z. B. zwischen Umgebung und Person. Synergie bedeutet, dass mindestens zwei Kräfte die Fähigkeit besitzen, sich gegenseitig zu optimieren. Beispielsweise passiert bei der Regelung des Temperaturhaushaltes des Menschen folgendes: Aufgrund kühler Umgebungstemperaturen friert eine Person. Der Körper nimmt Kälte über Thermorezeptoren der Haut wahr, sensible Nervenbahnen leiten die Information an das Temperaturzentrum des zentralen Nervensystems weiter. Dort wird die Information verarbeitet und es erfolgt eine Reaktion. Die Muskulatur des Menschen beginnt zu zittern. Die Muskelarbeit erzeugt dabei Wärme im Körper und kompensiert die kalte Umgebung. Es entsteht eine Wechselwirkung zwischen zwei Systemen, dem System Mensch und dem System Umgebung (s. Abb. 3.24).

---

<sup>3.133</sup> (Krohwinkel, 2008)

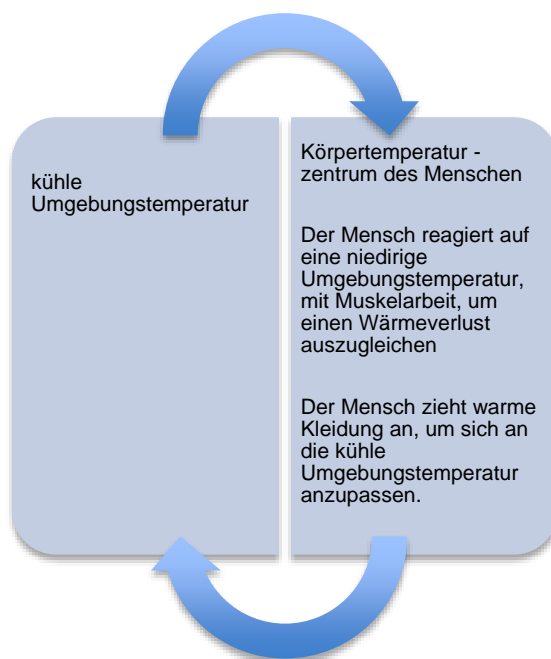


Abbildung 3.24 Wechselwirkung zwischen den Systemen Mensch und Umgebung

### 3.6.2 Beeinflussende Wissenschaften

Die Systemtheorie nach Ludwig Bertalanffy beeinflusste Krohwinkel (siehe Beschreibung der allgemeinen Systemtheorie im Abschnitt 3.3, Martha Rogers). Die Pflgetheorien nach Virginia Henderson, Dorothea Orem, Hildegard Peplau, und Martha Rogers beeinflussten Krohwinkel's Wirken. Die Theorien nach Orem, Peplau und Rogers sind in diesem Kapitel bereits umfassend beschrieben.

### 3.6.3 Monika Krohwinkel

Monika Krohwinkel, geb. 1941 in Hamburg, studierte nach der Ausbildung im Hebammenwesen und in der Krankenpflege Pflegewissenschaften und Erziehungswissenschaften. Sie unterrichtete als Pädagogin in der Aus- und Weiterbildung, 1988 bis 1991 übernahm sie das Forschungsprojekt: „Der ganzheitliche Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexiekranke.“ Sie leitete das Agnes-Karll Institut für Pflegeforschung und habilitierte 1993 in Pflegewissenschaft. Als Beraterin und Mitglied in nationalen und internationalen Arbeitsgruppen trug sie maßgeblich zur Entwicklung von Professionalität in der Pflege bei und fördert, als emeritierte Professorin der Evangelischen Fachhochschule in Darmstadt, Pflegewissenschaft und Pflegeforschung in Deutschland. Das Konzept der AEDL und die

Weiterentwicklung zu den ABEDL sind in der Pflegepraxis in ganz Deutschland wirksam<sup>3.133</sup>.

### **3.6.4 Fördernde Prozesspflege als Modell**

Monika Krohwinkel hat Pflege im Kontext des Modells der fördernden Prozesspflege beschrieben. Sie hat ihr Modell am Beispiel von apoplexiekranken Menschen dargestellt<sup>3.134</sup>. Ein Teil des Modells ist die klare Struktur nach Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des täglichen Lebens (ABEDL), die den Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des täglichen Lebens (AEDL) folgten. Dies zeigt, dass Krohwinkel ihr Modell ständig weitergedacht und weiterentwickelt hat. Das Modell wurde in einer abgeschlossenen Studie erprobt und anschließend weiterentwickelt.

Die zentralen Aussagen des Modells lauten<sup>3.135</sup>:

- Lebensprozesse und Lebensbedingungen chronisch kranker, behinderter und alter Menschen erfordern Handlungssysteme, in denen diese Personen und ihre Bezugspersonen im zentralen Interesse von Pflege, Betreuung und Behandlung stehen.
- Hierbei gewinnt die Förderung von Fähigkeiten und Ressourcen an Bedeutung. Fähigkeiten und Ressourcen, welche die betroffenen Personen benötigen, um ihre Bedürfnisse zu befriedigen und ihre Probleme zu bewältigen, beim Realisieren ihrer Aktivitäten des Lebens, dem Sichern und Gestalten ihrer sozialen Beziehungen (und Bereiche) und im Umgang mit ihren existenziellen Erfahrungen des Lebens.
- Es sind allerdings nicht nur die Lebensprozesse und Lebensbedingungen chronisch kranker, behinderter und alter Menschen zu berücksichtigen, vielmehr bezieht sich dieses Denken auf die gesamte Lebensspanne und ist somit zu erweitern.

Krohwinkel versteht die fördernde Prozesspflege als ein System, welches theoretische und methodische Grundlagen für die Handlungsprozesse in

---

<sup>3.133</sup> (Neumann-Ponesch, 2014)

<sup>3.134</sup> (Krohwinkel M. , 2010; Krohwinkel, 2008)

<sup>3.135</sup> (Krohwinkel M. , 2010)

der Pflege bietet. Desweiteren stellt es eine Hilfe zur Umsetzung in die Praxis, das Management und die Qualitätsentwicklung dar.

Diese zentralen Aussagen Krohwinkel's beruhen auf dem pflegerischen Paradigma im Anschluss an Rogers, Henderson, Orem, Roper, Logan, Tierney, Juchli<sup>3.136</sup>.

### 3.6.5 Schlüsselkonzepte pflegerischen Handelns bei Krohwinkel

Grundlage allen Handelns in der Pflege ist das zentrale Interesse der Pflege am Menschen. Die vier Schlüsselkonzepte des ganzheitlichen pflegerischen Paradigmas sind (s. Abb. 3.25): Mensch (Person), Umgebung, Gesundheit und Wohlbefinden, Pflege (pflegerischer Handlungsprozess).



Abbildung 3.25: Schlüsselkonzepte der Pflege bei Monika Krohwinkel

#### 3.6.5.1 Mensch (Person)

Mit Mensch (Person) ist in erster Linie der pflegebedürftige Mensch gemeint, schließt jedoch die Pflegenden mit ein<sup>3.137</sup>. Person ist, in Anlehnung an Rogers, hier definiert als „*ein einheitliches integrales Ganzes, das mehr ist als die Summe seiner Teile, mit einer eigenen Identität und Integrität*“<sup>3.138</sup>. Diese Betrachtungsweise postuliert, dass der Mensch zu Entwicklung, Wachstum und zur Selbstverwirklichung fähig ist. Er ist in der Lage zu entscheiden, zu handeln und zu verantworten.

<sup>3.136</sup> (Henderson, 1977; Roper, Logan, & Tierney, 1987; Juchli, 1987; Rogers, 1995)

<sup>3.137</sup> (Arets, Obex, Vaessen, & Wagner, 1996)

<sup>3.138</sup> (Rogers, 1995)

### **3.6.5.2 Umgebung**

Ganzheitlich betrachtet, ist die Umgebung der wesentliche Faktor für Leben, Gesundheit und Wohlbefinden des Menschen. Mensch und Umgebung sind offene, interagierende Systeme. Der Mensch und andere Lebewesen sind Teile des Systems, sowie ökologische, physikalische materielle und gesellschaftliche Faktoren, welche Leben, Gesundheit und Lebensqualität des Menschen beeinflussen. In der Pflege kranker Menschen aller Altersgruppen wirkt die Umgebung mit. Diese umfasst im stationären pflegerischen Bereich die Mitpatienten im Krankenzimmer, die Zimmer der gesamten Station, die Einrichtungsgegenstände, Hilfsmittel sowie die ökologischen Faktoren wie Licht und Luft. Im häuslichen Setting ist die Umgebung ebenso zu berücksichtigen. Häufig sind nach Eintritt eines Pflegefalls weitreichende Umbaumaßnahmen im eigenen Wohnbereich erforderlich. Besonders im Rahmen einer Rehabilitation handeln Pflegende, in dem sie beraten, informieren, vermitteln und mit anderen Berufsgruppen zusammen arbeiten.

### **3.6.5.3 Gesundheit und Wohlbefinden**

Im ganzheitlichen Ansatz ist Gesundheit, demnach auch Krankheit, nicht als Zustand anzusehen, sondern als dynamischer Prozess. Diese Dynamik erlaubt es, sich nicht nur auf die pathologischen Abweichungen (Defizite), sondern auch auf Fähigkeiten, als konstruktive Eigenschaften des Menschen, zu konzentrieren. Die Eigenschaften müssen identifiziert und gestützt werden. Die pflegerische Zielsetzung besteht aus Wohlbefinden und Unabhängigkeit, die der betroffene Mensch erfahren soll, unter Berücksichtigung der jeweiligen medizinischen Situation. Vermutlich geht Krohwinkel hierbei von der Definition von Gesundheit und Krankheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus: *„Gesundheit ist nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern der Zustand des körperlichen, geistigen und seelischem Wohlbefindens“*<sup>3.139</sup>.

### **3.6.5.4 Pflege**

Der pflegerische Handlungsprozess findet seinen Ausgangspunkt in den Bedürfnissen, Problemen und Fähigkeiten des pflegebedürftigen

---

<sup>3.139</sup> (Weltgesundheitsorganisation, 1978)

Menschen und ihre Auswirkungen auf Unabhängigkeit und Wohlbefinden. Dies erfolgt in einer ganzheitlichen Betrachtung, d. h. es ist kulturell, sozial, willentlich rational, willentlich emotional, physisch-funktional. Auch wenn primär ein physisch-funktionales Bedürfnis besteht, sind die anderen Aspekte auch zu berücksichtigen. Beim Bedürfnis „Ausscheiden“ in Form von Wasserlassen, sind die Nieren, die volle Harnblase und die Blasenmuskulatur als physisch-funktionale Komponenten beteiligt. Die kulturelle Komponente wäre die Toilettenbenutzung, die Trennung zwischen männlichen und weiblichen Toilettenräumen, die soziale Komponente wäre die Wartezeit, wenn die Toilette besetzt ist, oder die Frage, ob eine Einzeltoilette oder nur eine Trennwand zwischen mehreren Toiletten vorhanden ist. Die emotionale Komponente wäre schließlich, die Erleichterung nach großem Drang und Druck in der Blase. Diese Aspekte beziehen sich immer auf das Individuum und dessen Umgebung.

Es kann hier vermutlich ein Bezug zu Orem's Konzept der Selbstpflege hergestellt werden. Orem beschreibt die Fähigkeit der Menschen, Verantwortung für ihre Selbstpflegeaktivitäten zur Sicherung von Gesundheit und Leben zu übernehmen. Ist der Mensch dazu nicht oder nicht mehr in der Lage, benötigt der Mensch Laienpflege oder professionelle pflegerische Hilfe, je nach Ausprägung des Selbstpfledefizits und der Selbstpflegehandlungskompetenz. Im Rahmen der professionellen Pflege erfolgt die pflegerische Unterstützung in den drei Pflegesystemen:

- Teilweise kompensierend, als eine teilweise Übernahme der Pflege
- Vollkommen kompensierend, als eine vollständige Übernahme der Pflege
- Aufklärend/unterstützend, als Maßnahme in Bezug auf schulen, anleiten und beraten der Pflegeempfänger und deren Bezugspersonen/Angehörige um einen Wissensdefizit zu beheben

Damit kommen, nach Auffassung der Autorin, die allgemeinen Überlegungen zu Pflege, die Theorie der Selbstpflege Orem's und deren Adaption bei Krohwinkel zusammen.

### 3.6.6 ABEDL – Kategorien nach Monika Krohwinkel<sup>3.140</sup>

Krohwinkel's Modell der Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens (AEDL) beruht auf der Grundlage von Bedürfnissen. Die Bedürfnisse und Fähigkeiten sind in 13 Aktivitäten gegliedert: Kommunizieren, sich bewegen, vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten, sich pflegen, Essen und Trinken, Ausscheiden, sich kleiden, ruhen und schlafen, sich beschäftigen, sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten, für eine sichere Umgebung sorgen, soziale Bereiche des Lebens sichern, mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen.

Krohwinkel erweitert dieses Modell durch Erkenntnisse aus empirischer und konzeptueller Arbeit, sie passt Begriffe an und umschreibt diese präziser in ihrem Rahmenmodell (s. Abb. 3.26). Die Erkenntnisse resultieren aus Erhebungen in der ambulanten Pflege sowie aus 123 exemplarischen Einzelfallstudien in 59 Einrichtungen der stationären Altenpflege<sup>3.141</sup>. Die fördernde Prozesspflege als System knüpft an die bereits beschriebenen Schlüsselkonzepte (Paradigmen) an.

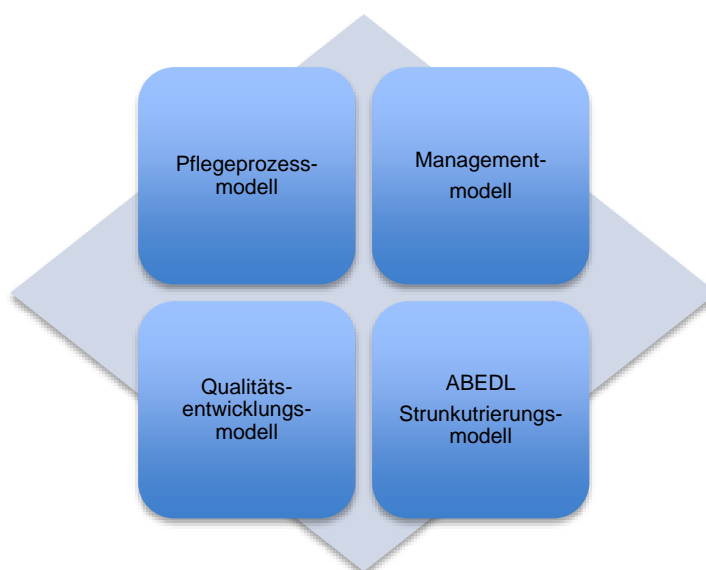


Abbildung 3.26 Rahmenmodell der Pflege bei Krohwinkel<sup>3.142</sup>

Der Rahmen beinhaltet das Pflegeprozessmodell, das Managementmodell, das ABEDL-Strukturierungsmodell und das Qualitätsentwicklungsmodell in folgenden Kontexten (s. Tab. 3.4):

<sup>3.140</sup> Die Abkürzung ABEDL steht für die Aktivitäten, Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des täglichen Lebens und wird im Laufe der vorliegenden Arbeit Text so verwendet.

<sup>3.141</sup> (Krohwinkel, 2008)

<sup>3.142</sup> ebenda

Konzeptionen und Konzepte	Kategorien	Prinzipien
Person und Umgebung in Unabhängigkeit und Wohlbefinden im Rahmen der Aktivitäten des Lebens, Beziehungen und Existenzielle Erfahrungen des Lebens (ABEDL)	ABEDL Kategorien und Pflegeprozesskategorien	Dynamische Ganzheitlichkeit
		Offenheit, komplementäre Wechselwirkung und Synergie
		Personen und Beziehungsbezogenheit
	Kategorien zur Erfassung und Entwicklung von Pflegequalität	Entwicklungs- und Lebensprozessbezogenheit
		Fähigkeits-Ressourcen- und Förderungsbezogenheit, Sinn- und Kontextbezogenheit, Prioritätsorientiertheit

Tabelle 3.4 Krohwinkel's Rahmenmodell mit Konzeptionen und Konzepten, Kategorien und Prinzipien<sup>3.143</sup>

Das Rahmenmodell zeigt auf, welches pflegerische Interesse, welche pflegerischen Ziele und pflegerische Handlungsschwerpunkte in der fördernden Prozesspflege zum Tragen kommen:

Das primäre pflegerische Interesse ist ausgerichtet auf die pflegebedürftige Person und deren persönliche Bezugsperson, (hierzu zählen auch Pflegende), im Hinblick auf Fähigkeiten, Probleme und Bedürfnisse in Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des Lebens, die ABEDL'S. Die primäre pflegerische Zielsetzung ist ausgerichtet auf erhalten, erlangen und wiedererlangen von Fähigkeiten und Ressourcen, um Unabhängigkeit und Wohlbefinden in den ABEDL'S zu realisieren und zu gestalten. Die primären pflegerischen Handlungen umfassen die fördernde Kommunikation mit den Personen, sie zu unterstützen, anzuleiten, zu beaufsichtigen, zu informieren und beraten, sie begleiten und stets in ihrem Sinne handeln. Die pflegerische Zielsetzung und die pflegerischen Handlungen wirken ein auf die Lebenssituation, die Krankheitssituation, die Gesundheitssituation sowie deren Entwicklung im Rahmen des jeweiligen Lebens- und Entwicklungsprozess der betroffenen Person in Wechselwirkung mit Umgebung, Ressourcen und Defiziten. Diese Faktoren beeinflussen die

<sup>3.143</sup> (Krohwinkel, 2008)



pflegebedürftige Person und die persönliche Bezugsperson. Diese Handlungsgrundsätze von Pflegenden sind durchweg auf Servicepersonal übertragbar.

Das Managementmodell (s. Abb. 3.27) zeigt Hauptaufgaben und Verantwortungsbereiche der Pflegenden auf. Die Gesamtverantwortung für die Aufgaben liegt bei der professionellen Pflege. Die Pflegenden und die anderen Dienstleistenden sind primär verantwortlich für die pflegebedürftigen Personen und ggf. deren persönliche Bezugspersonen. Pflegende übernehmen in Bereichen kooperierender Berufsgruppen eine Mitverantwortung. Es gibt hier Überschneidungen, indem die Bezugspflegekraft pflegerelevante Aspekte anderer Berufsgruppen in den Pflegeprozess verantwortlich einbezieht. Management wird hier nicht nur als oberste Leitungsaufgabe gesehen, sondern ist auf die Hierarchieebenen des Systems horizontal und vertikal verteilt. Die Aufgaben umfassen dabei sämtliche Maßnahmen um Pflegeleistung für pflegebedürftige Personen zu sichern<sup>3.144</sup>. Im Bereich der direkten Pflege findet die Interaktion zwischen pflegebedürftiger Person und persönlicher Bezugsperson statt.

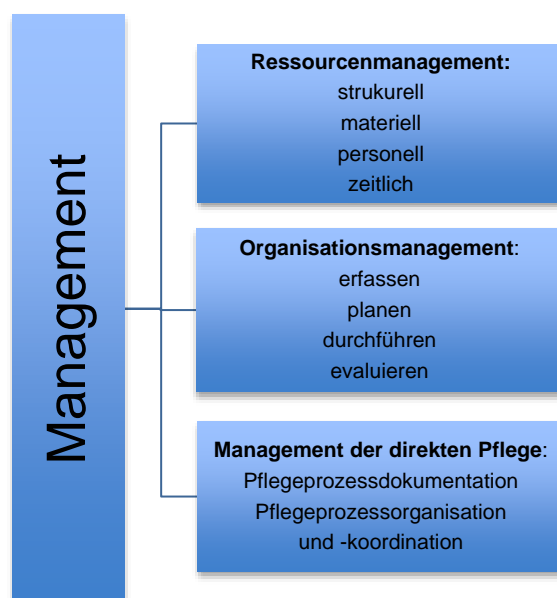


Abbildung 3.27: Das Managementmodell<sup>3.145</sup>

Weitere mögliche Aufgaben sind Mitwirken und Kooperation in Verantwortungsbereichen anderer Berufsgruppen. Hier könnte die

<sup>3.144</sup> (Krohwinkel, 2008, S. 243f)

<sup>3.145</sup> (Krohwinkel, 2008)

Servicekraft im Managementmodell auf den pflegerischen Stationen angesiedelt sein, als Mitwirkende bei bestimmten Tätigkeiten, als eigenverantwortliche Mitarbeiter/in für delegierte Tätigkeiten. Diese Tätigkeiten sind nach den ABEDL'S strukturiert und finden ihre Entsprechung teilweise in der direkten Pflege, im Rahmen von Organisationsaufgaben, erfassen, planen und durchführen von definierten Tätigkeiten, sowie prüfen und bereit stellen von materiellen Ressourcen, um den Pflegeprozesses sicher zu stellen.

Für die Dissertation greift die Autorin die ABEDL-Struktur auf. Diese dient als Erklärungsmodell für Pflege, pflegerische Handlungen im Rahmen einer Pflegekompetenzentwicklung für die Pflegeempfänger und die Pflegenden bzw. Servicepersonal, welches Pflegenden und Pflegeempfänger durch bestimmte Tätigkeiten unterstützen kann. Krohwinkel erweiterte ihr ursprüngliches AEDL-Modell um den Begriff Beziehungen. Es heißt nun Aktivitäten des Lebens, Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des Lebens (ABEDL), welche nunmehr in strukturierten Konzeptionen, Konzepten und Kategorien dargestellt sind. Die ABEDL's sind im Gegensatz zu den AEDL's als Kompetenzen formuliert.

#### **3.6.6.1 ABEDL-Kategorien im Einzelnen**

Der Mensch benötigt Fähigkeiten und Ressourcen sowie eine sichere und fördernde Umgebung, um als Person:

Aktivitäten des Lebens zu realisieren und hierbei mit existenziellen Erfahrungen umgehen zu können:

- Kommunizieren zu können
- Sich bewegen können
- Vitale Funktionen aufrecht erhalten zu können

Diese drei ABEDL'S stellen Prioritäten in den Fähigkeiten und Kompetenzen der Menschen dar. Ist die betroffene Person, in einer oder mehreren davon, eingeschränkt oder nicht mehr in der Lage Selbstpflege auf Grund von mangelnder Selbstpflegekompetenz durchzuführen, besteht eine Abhängigkeit von anderen Personen und es kommt Laienpflege oder professionelle Pflege in Betracht.

Eine Abhängigkeit und Einschränkung in diesen ABEDL'S der obersten Priorität führen automatisch zu Abhängigkeiten und Einschränkungen in anderen ABEDL-Kategorien:

- Sich pflegen zu können
- Sich kleiden zu können
- Ausscheiden zu können
- Essen und Trinken zu können
- Ruhen schlafen und sich entspannen zu können
- Sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln zu können
- die eigene Sexualität leben zu können
- für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen zu können

Als weitere Kategorie innerhalb der ABEDL gelten: Soziale Kontakte, Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten und dabei mit existenziellen Erfahrungen umgehen zu können:

- Im Kontakt sein und bleiben zu können (mit sich und anderen)
- Fördernde Beziehungen erhalten, erlangen, wieder erlangen zu können
- Mit Belastungen in Beziehungen umgehen zu können

Die dritte Kategorie im Rahmen der ABEDL lautet: Mit existenziellen Erfahrungen umgehen und sich hierbei entwickeln zu können:

- Fördernde Erfahrungen machen zu können
- Mit belastenden und gefährdenden Erfahrungen umgehen zu können
- Erfahrungen, welche die Existenz fördern oder gefährden unterscheiden zu können
- Belastende Erfahrungen mit fördernden Erfahrungen kompensieren zu können
- lebensgeschichtliche Erfahrungen einbeziehen können
- Sinn finden zu können

Vergleichende Gegenüberstellung von AEDL und ABEDL, in der die Weiterentwicklung des Modells erkennbar ist. (s. Tab. 3.5).

Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des täglichen (AEDL)	Aktivitäten, Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des Lebens (ABEDL)
Kommunizieren Sich bewegen Vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten Sich pflegen Essen und Trinken Ausscheiden Sich kleiden Ruhen und schlafen Sich beschäftigen Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten Für eine sichere Umgebung sorgen Soziale Bereiche des Lebens sichern Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen	<b>Teil 1</b> <b>Aktivitäten des Lebens zu realisieren und hierbei mit existenziellen Erfahrungen umgehen zu können</b> Kommunizieren zu können Sich bewegen können Vitale Funktionen aufrecht erhalten zu können Sich pflegen zu können Sich kleiden zu können Ausscheiden zu können Essen und Trinken zu können Ruhen schlafen und sich entspannen zu können Sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln zu können Die eigene Sexualität leben zu können Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen zu können <b>Teil 2</b> <b>Soziale Kontakte, Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten und dabei mit existenziellen Erfahrungen umgehen zu können:</b> Im Kontakt sein und bleiben zu können (mit sich und anderen) Fördernde Beziehungen erhalten, erlangen, wieder erlangen zu können Mit Belastungen in Beziehungen umgehen zu können <b>Teil 3</b> <b>Mit existenziellen Erfahrungen umgehen und sich hierbei entwickeln zu können:</b> Fördernde Erfahrungen machen zu können Mit belastenden und gefährdenden Erfahrungen umgehen zu können Erfahrungen, welche die Existenz fördern oder gefährden unterscheiden zu können Belastende Erfahrungen mit fördernden Erfahrungen kompensieren zu können lebensgeschichtliche Erfahrungen einbeziehen können Sinn finden zu können

Tabelle 3.5: Gegenüberstellung der Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens (AEDL) und der Aktivitäten, Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des Lebens (ABEDL)<sup>3.146</sup>

Die pflegebedürftige Person steht stets im Mittelpunkt des pflegerischen Handlungsprozesses im Rahmen der ABEDL's. Die Kategorien stehen in Wechselwirkung zueinander. Um Aktivitäten des täglichen Lebens realisieren zu können, bedarf es sozialer Beziehungen und die Kompetenz mit existenziellen Erfahrungen umgehen zu können. Fällt eine Kompetenz ganz oder teilweise aus, wirkt dies in die anderen Kategorien hinein. Je nach der individuellen Persönlichkeit, geschieht dies in einer mehr oder weniger hohen Ausprägung. Beispielsweise kann der Tod des Partners als eine existenzielle Verlusterfahrung erlebt werden. In den sozialen Beziehungen kann sich dies als reaktiver Rückzug, bis hin zu einer sozialen Isolation auswirken. Ebenso ist vorstellbar, dass die Person in

<sup>3.146</sup> (Krohwinkel, 2008)

den Kategorien „sich pflegen zu können“ und „sich kleiden zu können“ nachlässig wird, auf Grund fehlender Motivation sich für den Partner, wie zu dessen Lebzeiten, angemessen zu pflegen und zu kleiden.

### 3.6.7 Diskussion

Die Diskussion des Modells von Dorothea Orem in Bezug auf die Kompatibilität für die Praxis der Pflege und die Tätigkeiten von Servicepersonal in der stationären Pflege erfolgt gemäß

- der Grundlage von Kriterien nach Comack und Reynolds<sup>3.147</sup>
- der Perspektive von Chinn und Kramer, mit der Frage: „Wie man feststellt, ob eine Theorie praktisch angewendet werden sollte?“<sup>3.148</sup>
- dem Blickwinkel des Nützlichkeitsindex der Weltgesundheitsorganisation (WHO), zur Bedeutung einer Theorie, für die bedarfsgerechte Auswahl einer Theorie, zur Überprüfung und Beurteilung des Nutzens einer Theorie<sup>3.149</sup>.

#### 3.6.7.1 Überprüfung des Modells auf der Grundlage von Kriterien nach Comack und Reynolds<sup>3.150</sup>:

*Ist das Modell so beschrieben, dass es von Pflegepraktikern zweifelsfrei verstanden werden kann?*

Krohwinkel beschreibt konkret, strukturiert und an Hand des Beispiels der apoplexiekranken Menschen, so dass es von den Pflegepraktikern verstanden werden kann. Es findet in Deutschland vor allem Akzeptanz in Einrichtungen der Krankenpflege und Altenpflege.

*Ist der Anwendungsbereich des Modells klar umrissen?*

Der Anwendungsbereich bezieht sich in der Studie auf das Beispiel der apoplexiekranken Menschen. Das gesamte Rahmenmodell der fördernden Prozesspflege bietet eine Handlungsbasis für Berufsgruppen in pflegerischen Einrichtungen in sämtlichen Hierarchieebenen, z. B. im Management, im therapeutischen Team, in der direkten Pflege. Es besteht ebenfalls ein Bezug zu rechtlichen Rahmenbedingungen der Pflegedokumentation.

---

<sup>3.147</sup> (Comack & Reynolds, 1992)

<sup>3.148</sup> (Chinn & Kramer, 1996, S. 174-179)

<sup>3.149</sup> (Stähling, 2012)

<sup>3.150</sup> (Comack & Reynolds, 1992)

*Stellt das Modell eine Annäherung an die spezifischen Bedürfnisse der Pflege und der Pflegenden dar?*

Die ABEDL-Struktur bietet eine Grundlage für Handeln von Pflegenden für die Pflegebedürftigen. Das Ziel ist die Unabhängigkeit und das Wohlbefinden der Person, in deren Umgebung und Lebenssituation.

*Basiert das Modell auf einer wissenschaftlich getesteten und akzeptierten Theorie?*

Krohwinkel's wissenschaftliche Fundierung zeigt sich durch eine abgeschlossene Studie in England aus dem Jahre 1984. Die Entwicklung des Modells der rehabilitierenden Prozesspflege bezieht sich auf Erhebungen Krohwinkel's in Lebensbereichen der pflegebedürftigen Personen zwischen 1995 und 2004. Die aktuelle Studie 2010 basiert auf diesen Erhebungen und kann auf Akutkrankenhäuser übertragen werden.

*Ist das Modell valide und reliabel?*

Krohwinkel beschreibt in ihrer Studie die Konstellation der teilnehmenden Beobachtung der Basisuntersuchung und der Postinterventionsuntersuchung, welche die Validität stützen<sup>3.151</sup>.

*Liefert das Modell einen Rahmen für die Pflegediagnostik?*

Krohwinkel's ABEDL-Struktur ist in den einzelnen Kategorien anwendbar für die Arbeit mit Pflegediagnosen<sup>3.152</sup>.

*Befähigt das Modell zur Ableitung geeigneter Interventionen zur Optimierung des Gesundheitszustands?*

Die Ziele Unabhängigkeit und Wohlbefinden der Person bilden die Grundlage für pflegerische Interventionen in den Pflegesystemen. Die Interventionen der direkten und indirekten Pflege, welche die umgebenden Faktoren und Rahmenbedingungen des pflegerischen Handlungsfeldes umschreiben, tragen zur Zielerreichung der fördernden Prozesspflege bei.

*Definiert das Modell den gewünschten Outcome einer Intervention?*

Zielsetzungen sind Unabhängigkeit und Wohlbefinden. Im Rahmen des Pflegeprozesses können diese Outcomes evaluiert und dokumentiert werden.

---

<sup>3.151</sup> (Krohwinkel, 2008, S. 71)

<sup>3.152</sup> (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2014, S. 990-996)

*Entspricht das Modell allgemeingültigen ethischen Richtlinien?*

Es berücksichtigt den Menschen als einzigartiges Individuum im Lebensprozess.

### **3.6.7.2 Überprüfung des Modells aus der Perspektive von Chinn und Kramer<sup>3.153</sup>**

Sie formulierten Fragen, wie man feststellt, ob eine Theorie praktisch angewendet werden sollte.

*Stimmen die Ziele der Theorie und die Ziele der Praxis überein?*

Die Ziele Unabhängigkeit und Wohlbefinden für die Personen gelten für die Theorie und die Praxis gleichermaßen.

*Stimmt der Kontext der Theorie mit der Situation überein, in der die Theorie angewandt werden soll?*

Das Handlungsfeld der Theorie ist die Pflege in unterschiedlichen Praxisfeldern. Die stationäre Altenpflege und Akutpflege in den Krankenhäusern sowie auch die ambulanten Pflegeeinrichtungen arbeiten nach dem Modell Krohwinkel's.

*Besteht eine Ähnlichkeit zwischen den Variablen der Theorie und den Variablen in der Praxis?*

Das Modell ist so beschrieben, dass die Variablen der Theorie und die der Praxis gleichermaßen berücksichtigt sind.

*Reichen die Erklärungen der Theorie als Begründung für Pflegemaßnahmen aus?*

Das Rahmenmodell bietet mit der ABEDL-Struktur und dem Pflegesystem eine ausreichende Begründung für die Pflegemaßnahmen. Die Pflegemaßnahmen sind durch formulierte Pflegediagnosen im Pflegeprozess begründet.

*Welche Auswirkungen hat der neue Ansatz auf den Arbeitsablauf der Pflegeeinheit?*

Die Arbeitsabläufe sind nach dem Pflegemanagementsystem und im Rahmen der Bezugspflege neu zu strukturieren. Die Pflegenden arbeiten nach dem Pflegeprozess, darüber hinaus bietet es klare, sogar einrichtungsübergreifende Strukturhilfen für die Pflegedokumentation.

---

<sup>3.153</sup> (Chinn & Kramer, 1996, S. 174-179)

---

Krohwinkel fordert kommunikativ-förderndes Verhalten als Schlüsselkompetenz für die Umsetzung der fördernden Prozesspflege.

### **3.6.7.3 Überprüfung des Modells aus dem Blickwinkel des Nützlichkeitsindex der WHO**

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelte ein Nützlichkeitsindex mit fünf Kriterien, um die Bedeutung einer Theorie, die bedarfsgerechte Auswahl einer Theorie zu prüfen und den Nutzen einer Theorie zu beurteilen<sup>3.154</sup>.

*Sozialer Wert: Eine nützliche Theorie muss sozial wertvoll sein. Die Pflegenden nutzen Pflege Theorien, um eine Anleitung bei ethischen Entscheidungen und bei der Lösung ethischer Konflikte zu finden:*

Der soziale Wert der Ideen Krohwinkel's, liegt im Postulat der Unabhängigkeit und des Wohlbefindens der Person. Die Personen sollen so gepflegt werden, als Personen, die sie sind und wie sie geworden sind. Vermutlich beruft sich Krohwinkel auf Ideen Kants, indem sie verlangt, dass die Autonomie der Person zu respektieren ist, sowie sie im Denken, Wollen, Entscheiden und Verantworten zu fördern<sup>3.155</sup>.

*Kompatibilität: Eine Pflege Theorie kann nur dann für die Pflege nützlich sein, wenn sie inhaltlich mit den Grundsätzen des jeweiligen Gesundheitssystems und den kulturellen Werten vereinbar ist:*

Die Kompatibilität mit dem Gesundheitssystem in der Bundesrepublik Deutschland ist gegeben. Als deutsche Pflege theoretikerin führte Krohwinkel ihre Studie in deutschen Pflegeeinrichtungen durch<sup>3.156</sup>.

*Vollständigkeit: Eine nützliche Theorie muss vollständig sein, d. h. logisch, in die Praxis umsetzbar, den Vorhersagen gerecht werdend, Hilfestellung für Pflegenden bei der Gesundheitsförderung, bei der Versorgung von Kranken und bei der Krisenbewältigung:*

Die fördernde Prozesspflege als System, bietet ein Rahmenmodell für die Pflegepraxis durch das Pflegeprozessmodell, das Managementmodell, das ABEDL-Strukturierungsmodell und stellt ein Qualitätsentwicklungsmodell dar. Gesundheitsförderung, Unabhängigkeit

---

<sup>3.154</sup> (Stähling, 2012)

<sup>3.155</sup> (Krohwinkel, 2008, S. 212)

<sup>3.156</sup> (Krohwinkel, 2008)



und Wohlbefinden für die Menschen, in den individuellen Lebensprozessen, stehen als Ziele im Mittelpunkt.

*Notwendige Fertigkeiten: Eine Pflege-theorie macht Aussagen, welche Pflegerischen Fertigkeiten bei der Umsetzung einer theoriegeleiteten Pflege erforderlich sind:*

Krohwinkel spricht sich für eine theoriegeleitete Pflege aus. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Fähigkeiten in den ABEDL-Kategorien auch für die Pflegepersonen Anforderungen von Handeln darstellen, um die Pflegebedürftigen in ihrer individuellen Lebenssituation zu begleiten. Außerdem sind die Schlüsselkonzepte ein Ausgangspunkt für Pflegehandeln.

*Durchführbarkeit: Voraussetzungen für die Durchführbarkeit der Theorie sind angegeben. Das sind die menschlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten, das notwendige Fachwissen sowie die zeitlichen und räumlichen Handlungsmöglichkeiten:*

Diese Voraussetzungen sind im Rahmenmodell beschrieben.

### **3.6.8 Fazit**

Die Theorie nach Krohwinkel ist auf die Tätigkeiten von Servicepersonal in der stationären Pflege übertragbar. In dieser Arbeit bietet insbesondere die ABEDL-Struktur mit ihren Kategorien, die Basis für die wissenschaftliche Erhebung, insbesondere in Delphi 2 (siehe Methodenteil der Dissertation). Des Weiteren bietet die ABEDL-Struktur eine Grundlage für ein situatives, tätigkeitsbezogenes Anforderungsprofil für Servicepersonal in der stationären Pflege.

Die Beschreibung der ABEDL in Form von Fähigkeiten und Kompetenzen der Menschen, steht in Beziehung zu Orem's Theorie der Selbstpflege und ihre Kernkonzepte. Bei einer Einschränkung oder Abhängigkeit gleicht eine Pflegeperson diese Fähigkeiten aus. Dies kann in Form von Laienpflege oder professioneller Pflege stattfinden. Demnach ist es das Ziel, die Kompetenzen im Strukturmodell der ABEDL zu erlangen, erhalten und wieder zu erlangen. Aus dem Grad der Hilfsbedürftigkeit ergibt sich das Maß der Unterstützung. Diese Unterstützung erfolgt in stationären pflegerischen Einrichtungen durch professionell ausgebildetes

Pflegepersonal. Doch gibt es auch ein Maß an Unterstützung, das Servicepersonal im Hinblick auf die pflegerische Zielsetzung übernehmen kann? Welche Kompetenzen braucht Servicepersonal, um in stationären, pflegerischen Einrichtungen das Pflegepersonal durch definierte Tätigkeiten entlasten sowie deren Arbeit ergänzen zu können? Wie aufgezeigt, verfügen Menschen über eine Selbstpflegekompetenz, um ihren Bedarf an Selbstpflege selbständig und unabhängig von anderen Personen auszuüben und ihre Bedürfnisse zu befriedigen. Dabei sind sie ein und dieselbe Person. Kann dies nicht mehr selbständig durchgeführt werden, kommt zunächst Laienpflege zum Tragen. Es ist eine logische Konsequenz, dass jede Person zur Laienpflegekraft avancieren kann. Diese Grundkompetenz kann also bei den Menschen vorausgesetzt werden. Demnach auch bei Servicepersonal, welches, durch eine gezielte Kompetenzentwicklungsmaßnahme, in stationären Pflegeeinrichtungen fungieren könnte, um Pflegenden dort zu unterstützen? Service ist eine grundständige Aufgabe im Hotel- und Gastronomiewesen. Um eine Kundenorientierung auch in den Pflegeeinrichtungen zu implementieren bzw. noch auszubauen, wären Angehörige aus diesem Berufszweig eine sinnvolle Ergänzung. Die Tätigkeiten können jedoch nicht eins zu eins übertragen werden, da im Hotel- und Gaststättenkontext eher gesunde Menschen die Kunden darstellen, und auch der Arbeitsbereich in Krankenhäusern, Seniorenheimen etc. anders aufgestellt ist.

Im nächsten Kapitel gilt es u. a. aufzuzeigen, wo Schnittstellen zu den Kompetenzen in Berufen in der Pflege und im Hotel- und Gaststättenwesen zu finden sind. Darf oder kann jemand eine ursächlich pflegerische Tätigkeit einfach übernehmen? Dies bedeutet ein Umdenken innerhalb der Profession der Pflege. Die Pflegenden haben die Anforderungen, ihre primären Zielsetzungen des Pflegeberufes zu erreichen und dies ist prinzipiell nur mit pflegerischen Bezugspersonen machbar<sup>3.157</sup>. Pflegerische Bezugspersonen garantieren die Kontinuität in der Pflege. Nach Manthey übt eine Person, die Primary Nurse<sup>3.158</sup>, die Gesamtverantwortung aus und erfährt Unterstützung durch weitere

---

<sup>3.157</sup> (Krohwinkel M. , 2006; Krohwinkel M. , 2006)

<sup>3.158</sup> (Manthey, 2005)

pflegerische Personen, Auszubildende oder Servicepersonal. Derzeit verfügen sie allerdings nicht über die zeitlichen und personellen Ressourcen. Es herrscht ein Mangel, welcher die Pflegenden unzufrieden macht und im schlimmsten Fall entsteht ein physisch-psychisches Erschöpfungssyndrom. Durch krankheitsbedingten, personellen Ausfall ist zu pflegenden Menschen nicht gedient. Da erwächst ein Teufelskreis. Wäre es deshalb nicht angebracht, eine ergänzende Unterstützung durch Servicekräfte zu erhalten, sich Tätigkeiten aufzuteilen oder gar abzugeben und damit den Pflegebedarf der Zukunft zu decken? Dieser Herausforderung sehen sich die Unternehmen, die Krankenhäuser, gegenübergestellt, insbesondere Betriebspädagogen und Personalentwickler in Unternehmen. Im folgenden Kapitel wird hierzu ein betriebspädagogischer, wissenschaftlicher Bezugsrahmen zum Thema Servicepersonal in der stationären Pflege dargestellt.

#### **4. Handlungskompetenzmodell**

Dorothea Orem und Monika Krohwinkel beschreiben Kompetenzen in ihren Theoriekonstrukten zur Pflege. Orem benennt im Rahmen der Theorie der Selbstpflege Fähigkeiten bei den Menschen, die natürlich gegeben sind und sie in die Lage versetzen „für sich selbst zu sorgen“ bzw. Selbstpflege auszuüben. Weiter benennt sie die Selbstpflegehandlungskompetenz, als eine komplexe Fähigkeit, welche darauf abzielt, dass Handlungen ausgeführt werden können. Diese Handlungen zur Selbstpflege erfordern die Fähigkeit der Person den Bedarf an Selbstpflege zu ermitteln, zu beurteilen und zu entscheiden, was zur Bewältigung von Selbstpflegeerfordernissen getan werden kann, getan werden sollte und getan wird. Die Befähigung dazu beruht auf den Komponenten, innerhalb dieses Bezugsrahmens denken zu können, Entscheidungen über die eigene Pflege treffen zu können und Entschlüsse umzusetzen zu können. Die wesentlichen Arten von Fähigkeiten für das menschliche Handeln werden umschrieben, als Fähigkeiten des Wissens und Handelns (z. B. Empfindung, Wahrnehmung, Gedächtnis)<sup>4.1</sup>. Krohwinkel beschreibt im Rahmen der ABEDL's, Kompetenzen, die betroffene Personen benötigen, um ihre Bedürfnisse zu befriedigen, ihre Probleme zu bewältigen, sowie ihre Aktivitäten des Lebens zu realisieren, ihre sozialen Beziehungen (und Bereiche) zu sichern und zu gestalten und mit ihren existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen zu können<sup>4.2</sup>. Die Fähigkeiten und Ressourcen der betroffenen Personen sind ausschlaggebend, inwieweit die eigene Handlungskompetenz reicht, oder ob Pflegende unterstützend, schulend, anleitend und beratend tätig werden, um fehlende Kompetenzen zu kompensieren. In den folgenden Abschnitten soll der Kompetenzbegriff erläutert, unterschiedliche Ansätze zu Handlungskompetenzentwicklung sowie Handlungskompetenzmodelle dargestellt werden.

---

<sup>4.1</sup> (Orem, 1995; Arets, Obex, Vaessen, & Wagner, 1996)

<sup>4.2</sup> (Krohwinkel M. , 2010; Krohwinkel, 2008)

#### **4.1 Kompetenzbegriff**

Der etymologische Begriff „Kompetenz“, (lat. Competentia), beschreibt das Zusammentreffen, eine Verbindung der Teile unter sich i.V.m, angemessen, passend „wie es sich geziemt“<sup>4.3</sup>. Kompetent sein, in Verbindung mit Handeln, bedeutet demnach angemessenes, passendes Handeln, als Verrichten mit Kraftanstrengung eines Wesens, Ausführen eines Willens, mit Tat vorgehen<sup>4.4</sup>. Der Begriff somit ist übertragbar auf passende und angemessene Tätigkeiten in einem Beruf, welche mit einem Maß an Kraftanstrengung verrichtet werden.

#### **4.2 Handlungstheoretische Perspektive**

Die handlungstheoretische Perspektive von Wissen und Handeln<sup>4.5</sup> befasst sich mit der Frage, wie Handlungen in Gang gesetzt werden. Die Grundlage für das Handeln von Mitarbeitern in einem Unternehmen, (hier im Krankenhaus auf pflegerischen Stationen) ist das Wissen. Andererseits kann unser Handeln auch die Basis sein, um neues Wissen zu erwerben. Es besteht ein gegenseitiges Bedingen, eine Wechselseitigkeit zwischen Wissen und Handeln und Handeln und Wissen. In der täglichen Praxis kann dies so aussehen: Eine Person kommt mit einem theoretischen Wissen aus dem Unterricht in den täglichen Arbeitsprozess. Erst durch ihr Handeln, das Ausüben einer bestimmten Tätigkeit, erschließt sich ihr der Zusammenhang; es entsteht ein Theorie-Praxis-Transfer. Wiederum kann sich durch Handeln, das in einer bestimmten Arbeitssituation geschieht, neues Wissen für die Person erschließen. So wird willentliches Handeln zu geplantem absichtsvollem Verhalten in einer Situation. Die handlungstheoretische Sichtweise befasst sich damit, wie Handlungen zustandekommen. Zu den wesentlichen Charakteristika menschlicher Handlungen gehören die Handlungsplanung, die kognitive Steuerung der Handlungsausführung, die bewusste Aufmerksamkeit, die emotionale Bewertung von Handlungszielen, Handlungsverläufen und

---

<sup>4.3</sup> (Georges, 1998)

<sup>4.4</sup> (Grimm & Grimm, 1971)

<sup>4.5</sup> (Reinmann-Rothmeier & Mandl, 1996)

Handlungsergebnissen sowie die Berücksichtigung sozialer Normen, Standards und Interaktionspartner.

#### **4.2.1 Die Rubikontheorie**

Die Rubikontheorie, ein Beispiel für die handlungstheoretische Perspektive<sup>4.6</sup>, trennt zwischen Motivation und Volition zur Handlung. Motivation zu handeln ist etwas anderes als der eigentliche Wille (Volition) zu handeln. Diesseits des Rubikon wägen wir Wünsche und Bedürfnisse ab. Jenseits des Rubikon planen, handeln und bewerten wir. In der prädeziationalen Motivationsphase<sup>4.7</sup> beurteilt der Handelnde Wünsche nach ihrem Wert für ihn selbst und nach der Machbarkeit. Es entsteht durch Abwägen von Handlungsalternativen eine Art Rangordnung. In der Praxis der Servicekraft sieht dies möglicherweise so aus: Der Speisewagen steht bereit und die Essenstabletts sollen den Patienten gebracht werden. Dabei sind Motivation und Volition bei der Servicekraft vorhanden. Die notwendigen Informationen über den Patienten, seine Kostform, die besonderen Wünsche z. B. Tee, Milch, Kaffee und eventuelle Einschränkungen, z. B. Nahrungskarenz auf grund eines bevorstehenden diagnostischen Eingriffes, erhält die Servicekraft aus der Dokumentation und der morgendlichen Besprechung mit dem Pflorgeteam. Auf dieser Grundlage entsteht ein beabsichtigtes Ziel, eine Zielintention, und die Servicekraft fasst den Entschluss zu Handeln. Dies bedeutet gleichzeitig das Ende der prädeziationalen Motivationsphase. Der Rubikon wird, bildlich gesprochen, überschritten. Die Servicekraft beginnt nun damit, das Handeln zu planen. Sie überlegt, wann (sofort), wo (auf der pflegerischen Stationen im Krankenhaus), wie (in welcher Reihenfolge) sie vorgehen soll, wie lange (in welchem Zeitraum die Speisen auszuteilen sind), welche Mittel sie braucht (zum Austeilen der Speisen), um die Tätigkeit der Speisenverteilung für die einzelnen Patienten professionell ausüben zu können. Die eigentliche Handlung wird unterschieden in der präaktionalen Volitionsphase, in Planen und Initiieren der Handlung. Die aktionale Volitionsphase beschreibt das Steuern des Handelns und das

---

<sup>4.6</sup> (Heckhausen, 1987)

<sup>4.7</sup> (Heckhausen, 1989)

Erreichen des angestrebten Ziels. Unterbrechungen und Störungen sollen vermieden werden. Am Ende der Handlung muss der Handelnde überprüfen, ob das eigentliche Ziel erreicht ist und die Ergebnisqualität bewerten. Mit dem Abschluss dieser postaktionalen Phase findet die Handlung ihr eigentliches Ende. Der handelnde Mitarbeiter kann nun Erfahrungen und Ahnungen entwickeln für weitere, ähnliche, immer wiederkehrende Aufgaben und Handlungen. Es zeichnet sich ein Lernprozess ab.

Diese Theorie lässt sich gut nachvollziehen. Heckhausen beschreibt in der Rubikonmetapher den Prozess einer Handlung, von der Entschlussbildung durch Motivation und Volition, bis zu Planung, Initiierung und Bewertung dieser Handlung (s. Abb. 4.1). Dieses Handlungsgeschehen kann auf den beruflichen, betrieblichen Bereich und in ein Alltagsgeschehen übertragen werden.

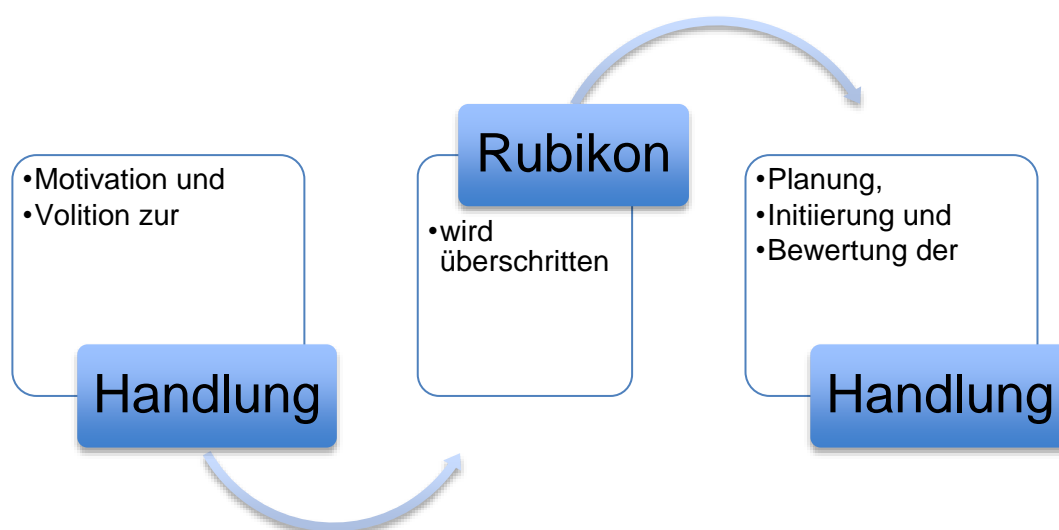


Abbildung 4.1: Prozess der Handlung nach der Rubikonmetapher Heckhausens

Im Gegensatz zur handlungstheoretischen Perspektive steht eine systemtheoretische Perspektive.

### **4.3 Systemtheoretische Perspektive**

Die Grundfrage der systemtheoretischen Sichtweise ist die Frage, wie kognitive Systeme funktionieren. Ausgangspunkt für Handeln sind funktionierende, kognitive Systeme. Nach Gerjets und Kuhl zeigt sich sichtbares Handeln im Verhalten, als Output eines Informationsverarbeitungssystems eines Menschen<sup>4.7</sup>. Motive und willentliche Kontrolle von Handlungen werden nicht beschrieben, sondern grundlegende kognitive Vorgänge in Informationsverarbeitungsprozessen. Diese „mechanistischen“ Annahmen befassen sich mit Repräsentationen und Operationen, ohne auf einen Inhalt einzugehen.

#### **4.3.1 Die ACT-Theorie**

Als Beispiel sei Andersons ACT-Theorie, Adapted Control of Thought, aus den Jahren 1983 und 1987 angeführt<sup>4.8</sup>. Die Annahmen der ACT-Theorie sind, dass sich menschliche und maschinelle Informationsverarbeitungsprozesse prinzipiell gleichartig konzipieren lassen. In der ACT-Theorie wird zwischen deklarativen und prozeduralem Gedächtnis unterschieden. Das deklarative Gedächtnis gilt als semantisches Netzwerk, bestehend aus Knoten und Verbindungen zwischen den Knoten. Die Knoten können als kognitive Einheiten gelten, welchen, je nach Häufigkeit ihrer Verwendung, ein Stärkewert zugeordnet werden kann. Zwischen den kognitiven Einheiten bestehen semantische Relationen, die durch Wahrnehmungsprozesse und interne Vorstellungsprozesse aktiviert werden können. Das prozedurale Gedächtnis ist das Produktionssystem, welches nach einem WENN-DANN-Prinzip arbeitet. „WENN“ stellt einen Bedingungsfaktor dar und „DANN“ einen Aktionsfaktor. Diese Produktionen arbeiten auf dem deklarativen Wissen. Hierbei ist der entscheidende Vorgang, deklaratives in prozedurales Wissen zu überführen. Anderson nimmt drei Stufen (s. Abb. 4.2) dieses Überführungsprozesses als Erwerb von Fertigkeiten an<sup>4.9</sup>.

---

<sup>4.7</sup> (Reinmann-Rothmeier & Mandl, 1996)

<sup>4.8</sup> (Reinmann-Rothmeier & Mandl, 1996, S. 10)

<sup>4.9</sup> zit. in (Reinmann-Rothmeier & Mandl, 1996, S. 10 - 13)



Stufe 1:

Deklarative Stufe, in der Fakten, Informationen, Hintergrundwissen sowie Wissen über den genauen Ablauf einer Fertigkeit und deren Ausführung, inkl. der zugrundeliegenden Regeln gesammelt werden.

Stufe 2:

Überführung des deklarativen Wissens in prozedurales Wissen, eine Wissenskompilierung.

Stufe 3:

Die generierten Prozeduren werden in ihrer Anwendungsbreite erweitert und gleichzeitig in ihren Anwendungsbedingungen begrenzt. Während dieser Feinabstimmung des prozeduralen Wissens, werden erfolgreiche Prozesse gestärkt und weniger erfolgreiche Prozesse geschwächt.

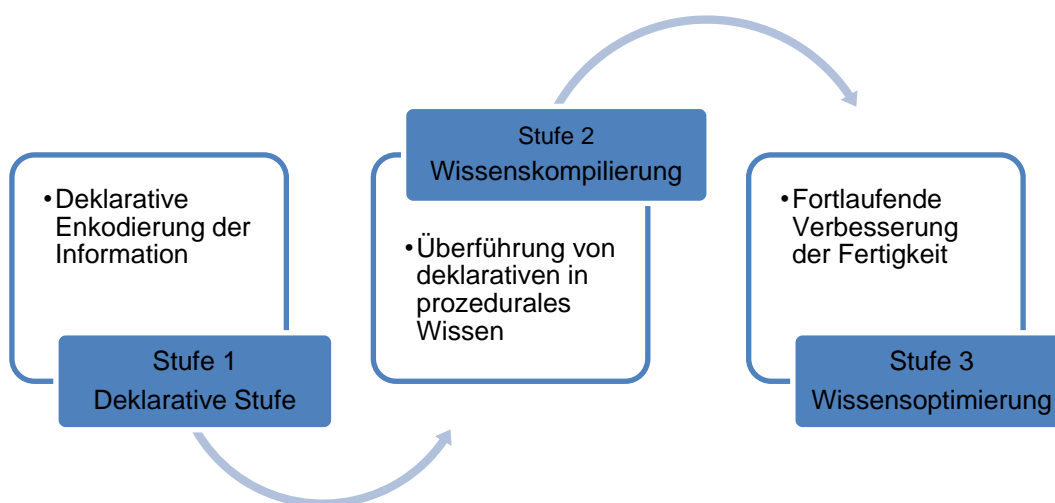


Abbildung 4.2: Drei Stufen als Überführungsprozess zum Erwerb von Fertigkeiten nach Anderson

Für den Kompetenzerwerb von Servicepersonal lässt sich daraus folgendes Beispiel ableiten:

Für die Ausführung der Tätigkeit „Austeilen der Speisen“ in der stationären Pflege, hat die Serviceperson Informationen in Ihrem Informationsverarbeitungssystem, dem Gedächtnis, gespeichert. Der Speisewagen mit den Essenstabletts steht bereit. Sie weiß, welcher Patient welches Essen bekommt, (deklaratives Wissen), und beginnt mit der Speisenverteilung,

---

(Überführung deklarativen Wissens in prozedurales Wissen). Fälschlicherweise serviert sie einem Patienten das Essen, obwohl dieser, wegen einer bevorstehenden Untersuchung, Nahrungskarenz einhalten muss. Der Patient verzehrt seine Mahlzeit, die Untersuchung wird abgesagt und ein neuer Termin für den nächsten Tag muss vereinbart werden. Die fortlaufende Verbesserung der Fertigkeit (Wissensoptimierung) besteht darin, dass die Serviceperson ihre Anwendungsbedingungen erweitert mit dem Auftrag, sich vorab über Bedingungen der Speisenverteilung zu informieren, welcher Patient essen darf oder welcher Patient eine Nahrungskarenz einhalten muss. Dadurch erfährt die Serviceperson neuen Input für deklaratives Wissen, welches sie bei der nächsten Prozedur der Speisenverteilung optimiert anwendet. Die Knoten und Verbindungen des deklarativen Systems werden gestärkt, je häufiger die Serviceperson die Speisenverteilung nach dem prozeduralen „WENN-DANN“-Prinzip durchführt, d. h. konkret: „WENN“ sie Speisen verteilt, „DANN“ muss sie Informationen sammeln über besondere Bedingungen bei den Patienten.

Dörner und weitere Autoren postulieren einen integrativen Anspruch von Handlungstheorien. Sie verknüpfen kognitive, emotional-motivationale und ökologische Perspektiven<sup>4.10</sup>. Er nimmt an, dass im System der Handlungs- und Absichtsregulation, jedem handelnden System eine Gedächtnisstruktur zu Grunde liegt und bestimmte Prozessinstanzen der Handlungsregulation vorhanden sind.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Handeln auf Prozesse beruht, welche die individuelle Person in ihren Systemen des deklarativen Wissens und des prozeduralen Wissens speichert, verarbeitet, abrufen und das deklarative Wissen wiederum optimiert, indem die Fertigkeiten fortlaufend verbessert werden. Es findet Lernen statt. Das Handeln basiert auf Motivation und Volition zur Handlung, sie zeigt sich durch das geplante Ausführen der Handlung selbst und im anschließenden Bewerten. Das Handeln erfolgt in einem situativen Kontext und findet im Verhalten der Person seine individuelle Ausdruckweise und Ausprägung.

---

<sup>4.10</sup> (Dörner, 1985; 1988)

Ausgehend von einer ganzheitlichen Betrachtungsweise, brauchen Servicekräfte Wissen, Fachwissen, Fachkompetenz und die Fähigkeit dieses Wissen in die Tat umzusetzen, Methodenkompetenz. Jedoch reicht alleiniges Wissen und dieses in die Tat umzusetzen, nicht aus. In Betrieben arbeiten wir mit anderen zusammen und bilden ein Team. Das heißt, Servicepersonal ist ein Teil des Teams auf pflegerischen Stationen, ungeachtet deren organisatorischer Zuordnung in einem Organigramm. Dazu müssen die Beteiligten Fähigkeiten besitzen, in einem Team zusammenzuarbeiten und vor allem die Motivation und den Willen dazu. Für die soziale Kompetenz ist es grundlegend, dass im Unternehmen *das Ich zum Du und zum Wir* positiv in der betrieblichen Gemeinschaft gelebt wird. Dies gilt insbesondere für die Tätigkeit im Krankenhaus. *„Denn gerade als positive Du-ausgerichtete Selbstverwirklichung ist Pflege ein Tun, das ebenso sehr dem Ich und dem Du, wie dem Wir dient“*<sup>4.11</sup>.

Das Fundament, um eine Tätigkeit handlungskompetent ausführen zu können, ist die eigene Person, die eigene Persönlichkeit. Es bedarf dazu ein orientierendes und prägendes Ich und Selbstkonzept, die persönliche Kompetenz. Sie zeichnet sich durch die Verinnerlichung ethischer Grundwerte und Überzeugungen, den Leitlinien des Lebens aus.

Handlungskompetenz beinhaltet die ganzheitliche Betrachtung der vier Kompetenzen. In Handlungen, im Tun, im gezeigten Verhalten, werden Kompetenzen beobachtbar und erlebbar.

Ganzheitliches Lernen geht aus dem Konzept der Handlungskompetenz hervor und setzt kognitive Strukturen, Informationsverarbeitungssysteme, Gedächtnis, bei den Menschen voraus. Alle Kompetenzbereiche müssen gefördert, aber auch gefordert werden. Die Kompetenzentwicklung durch betriebliche Bildungsmaßnahmen und situative Anforderungsprofile für Servicepersonal, löst ganzheitliche, tiefgreifende Lernprozesse in Menschen aus. In der Literatur gibt es zu Kompetenzmodellen unterschiedliche Perspektiven und Konzepte, davon sollen im Folgenden eine Auswahl kompetenztheoretischer Ansätze betrachtet werden.

---

<sup>4.11</sup> (Juchli, 1987)

#### 4.4 Pädagogische Konzepte von Kompetenz

Im Jahr 1972 brachte Roth<sup>4.12</sup> den Begriff „Kompetenz“ mit Piaget's Erkenntnissen aus der Entwicklungspsychologie in Verbindung. Roth beschreibt Stufen der individuellen Entwicklung. Er unterscheidet drei Bereiche von Kompetenzen: Sachkompetenz, Sozialkompetenz und Selbstkompetenz und betrachtet dies als ein hierarchisch gestuftes Kompetenzmodell. Roth bezeichnet eine handlungsfähige und mündige Person, als eine voll entwickelte, reife, produktive, kritische, selbstbestimmte und verantwortliche Person. Mündigkeit und Kompetenz stellt er miteinander insofern in einen Zusammenhang, in dem sich Mündigkeit in Form von moralischer Handlungsfähigkeit erweisen muss. Sachkompetenz zeigt sich durch kognitive Lernprozesse, Sozialkompetenz zeigt sich durch soziale Lernprozesse. Sach- und Sozialkompetenzen bilden gemeinsam mit moralischen Lernprozessen die Voraussetzung zur Selbstbestimmung der Person (s. Abb. 4.3).

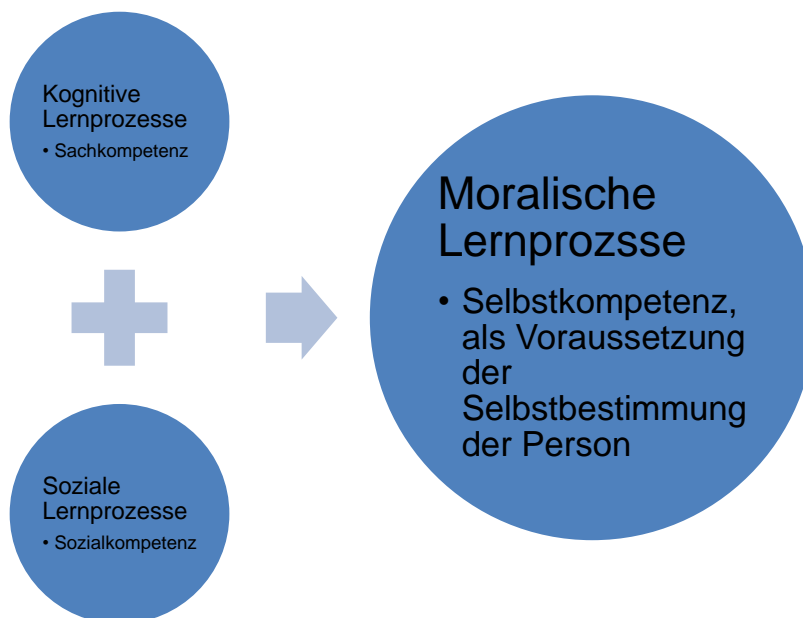


Abbildung 4.3: Kognitive und soziale Lernprozesse in Verbindung mit moralischen Lernprozessen als Voraussetzung einer selbstbestimmten Person nach Roth

Roth beschreibt den Menschen als ein Wesen in seiner intellektuellen und gefühlsmäßigen Realität, in seiner Sozial- und Sachbezogenheit mit einer integrierten Werteorientierung. In diesem Ansatz werden Fähigkeiten und

<sup>4.12</sup> zit. in (Olbrich, 2010)

Handlungen nicht isoliert betrachtet, sondern als zu Grunde liegende Einstellungen und Haltungen der Persönlichkeit, die in das Handeln einbezogen sind. Diese wesentliche, persönliche Grundhaltung gilt sowohl für die Arbeit von professionell Pflegenden, als auch für die Tätigkeiten von Servicepersonal in der stationären Pflege.

#### **4.5 Psychologische Konzepte von Kompetenz**

White<sup>4.13</sup> stellte sich gegen die Auffassung, dass Verhalten und Handlungen als Reaktion auf einen Mangelzustand des Organismus zu erklären sind. Ebenso richtet er sich gegen das biologische Verständnis von Kompetenz, als die Bereitschaft von embryonalen Zellen auf einen bestimmten Reiz zu reagieren. Hier wird Kompetenz nur als ein körperlicher Aspekt des Lebens gesehen. White versteht unter Kompetenz, eine erfolgreiche Auseinandersetzung des Individuums mit der Umwelt, in der es dem Individuum möglich ist zu wachsen und sich zu entfalten. Er nutzt die Begriffe „maintaining, growing, flourishing“ (pflegen, wachsen und erblühen). Diesem Bestreben liegen die Handlungsmotive des Individuums zu Grunde.

Bandura's Erkenntnisse im Rahmen seiner sozial-kognitiven Theorie, welche behaviouristische Ansätze mit kognitiven Ansätzen verknüpft, zeigen, dass kognitive Verarbeitungsprozesse das ausführende Verhalten der Menschen bestimmen<sup>4.14</sup>. Kompetenzen seien keine festen Eigenschaften, die jemand in seinem Verhaltensrepertoire hat, sondern sind mit generellen Fähigkeiten verbunden, in denen kognitive, soziale und verhaltensorientierte Fertigkeiten organisiert sind und vielfältig in Bezug zu situativen Gegebenheiten gesetzt werden. Eine Fähigkeit ist so gut, wie sie der Mensch ausführen oder anwenden kann. Bandura bringt in seinen Ausführungen situative Gegebenheiten an. Demzufolge können diese Erkenntnisse mit einem situativen, tätigkeitsbezogenen Anforderungsprofil (hier für Servicepersonal) in Bezug gesetzt werden. Das Ausführen einer Handlung, einer Tätigkeit, von einer Serviceperson in

---

<sup>4.13</sup> zit. in (Olbrich, 2010)

<sup>4.14</sup> (Bandura, 1976)

der situativen Gegebenheit der stationären Pflege. Servicepersonal kann an Hand des Anforderungsprofils Kompetenzen entwickeln, lernen und sich in der Situation entsprechend verhalten. Generelle Fähigkeiten sind als Voraussetzungen gegeben, sie können hier als generelle Fähigkeiten der Selbstpflege sowie der Laienpflege eingesetzt werden.

#### **4.6 Soziologische Konzepte von Kompetenz**

Habermas<sup>4.15</sup> stellt in seiner Sozialisationstheorie die Entwicklung eines aktiven, sprachlich handelnden Subjekts in den Mittelpunkt des Sozialisationsprozesses des Menschen. Die Fähigkeit, sich kommunikativ verhalten zu können, zeigt sich dadurch, dass sinnvolle Sätze und Äußerungen gebildet werden, die von anderen verstanden und akzeptiert werden können. Voraussetzung dazu, bildet die Interaktion der Subjekte, sich in ihrer jeweiligen Rolle zu verständigen und so eine Identität aufbauen. Die kommunikative Kompetenz ist geknüpft an die Vernunft des Sprechers. Vernunft ist an Wahrhaftigkeit der Äußerungen gebunden. Als Grundlage hierfür gilt ein Konsens, als eine Bedingung für Wahrhaftigkeit von Aussagen, d. h. die potenzielle Zustimmung der anderen. Ein kommunikativ kompetentes Handeln ist bei Habermas die Fähigkeit, einen „herrschaftsfreien Diskurs“, eine Form der idealen Rede, führen zu können. Diese Idealvorstellung sich zu verständigen, setzt Zwanglosigkeit, Chancengleichheit, Wahrhaftigkeit und Vernünftigkeit voraus, stets gekoppelt mit der eigenen Identität der Persönlichkeit. Die Kompetenzen eines Subjekts, sich zu verständigen, sprach- und handlungsfähig zu sein und dabei die eigene Identität zu bewahren, machen die Persönlichkeit aus. Es geht um die Sprach- und Verständigungsfähigkeit in einem sozialen Gefüge, innerhalb einer sozialen Rolle der Person. Dies kann ebenfalls übertragen werden auf die Rolle von Servicepersonal in der stationären Pflege, das kommunikativ kompetent, im sozialen Gefüge mit weiteren Berufsgruppen, den Patienten und deren Bezugspersonen handeln kann.

---

<sup>4.15</sup> (Habermas, 1986)

#### 4.6.1 Kompetenztheoretischer Ansatz nach Ulrich Oevermann

Oevermann<sup>4.16</sup> kommt in seinem Subjekt-Modell zur Grundannahme, dass die Struktur des sozialisierten Subjekts rekonstruiert werden muss, bevor es zu Aussagen zur Entwicklung des Subjekts im Sozialisationsprozess kommt. Die Rekonstruktion besteht aus der Strukturbestimmung des Subjekts. Oevermann stellt sein Subjektmodell, in welchem er den Mensch als universales Subjekt versteht, umfassend in drei Ebenen dar (s. Abb 4.4). Der Mensch gilt als ein autonom handlungsfähiges, mit sich selbst identisches Subjekt. Gemäß diesem Menschenbild, tritt der Mensch nicht nur als ein empirisch-historischer Mensch in Erscheinung, sondern kann als universales Gattungssubjekt erkannt werden.

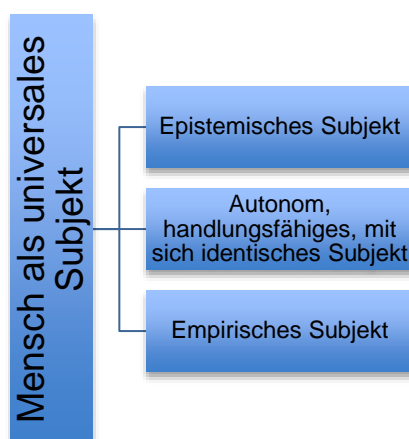


Abbildung 4.4: Drei Ebenen des Subjektmodells nach Oevermann. Der Mensch als universales Subjekt tritt in Erscheinung als epistemisches, autonom handlungsfähiges, mit sich selbst identisches Subjekt und empirisches Subjekt<sup>4.17</sup>

##### 4.6.1.1 Ebene des epistemischen Subjekts

Auf dieser Ebene geht es um universale Kompetenzen, die es dem Menschen ermöglichen, Fähigkeiten zu bilden, und so Kenntnisse zu erlangen, z. B. die Sprache zu erlernen.

Dies grenzt sich von den, im praktischen Alltag gezeigten Fähigkeiten ab, durch die individuelle Form des Gebrauchs der Kompetenzen.

<sup>4.16</sup> (Oevermann, 1993)

<sup>4.17</sup> (Oevermann, 1993)

Die Eigenschaften des epistemischen Subjekts sind universell, unveränderbar, zeitlos gültig, sie stellen Basiskompetenzen dar.

Diese Basis bilden Kompetenzen und Eigenschaften, wie Sprache, Urteilsfähigkeit, Kreativität und kommunikative Fähigkeit. Sie sind nicht als Kompetenzen eines einzelnen Subjekte denkbar, sondern sind Kompetenzen, die von vornherein auf Sozialität, auf die Gemeinschaft mit anderen Menschen, angelegt sind. Liebau interpretiert die Kompetenzen des epistemischen Subjekts als *„die allgemeinen Eigenschaften des menschlichen Geistes, welche auf der Ebene der universellen Kompetenzen formuliert werden“*<sup>4.18</sup>. Der Mensch zeigt diese Fähigkeiten in einer individuell verwirklichten Performanz, d. h. das konkrete praktische Handeln und die Äußerungen stellen sich individuell dar.

#### **4.6.1.2 Ebene des autonom handlungsfähigen, mit sich identischen Subjekts**

Deutungsmuster und psychodynamisch gesteuerten Verhaltens-tendenzen bestimmen die individuelle Performanz. Soziale Deutungsmuster unterliegen den historischen, epochalen Zeitbedingungen, sie sind wandelbar, regional unterschiedlich und können mit sozialen Normen verglichen werden. In unserem Zusammenhang bedeutsam ist das Verständnis und die Deutung von Service im Bereich der stationären Pflege.

Diese Deutungsmuster zeigen sich in Einstellungen, Erwartungen oder Glaubensvorstellung, die das alltägliche Handeln des Menschen leiten.

Sie bedingen die Autonomie, die Handlungsfähigkeit und die Identität eines Subjektes. Ein weiterer Bereich, wie sich Kompetenzen äußern, könnte als innere Natur bezeichnet werden, eine dem Subjekt innewohnende Triebdynamik. Liebau bezeichnet dies als *„Antriebe, Motive und Körperlichkeit, die sich in Weisen des Umgangs und der Einstellung zu den Objekten der Umwelt äußert“*, welche aus einer Psychodynamik resultieren und somit nur schwer eine Regelmäßigkeit aufweisen<sup>4.19</sup>. Die Ausprägungsform, z. B. von Neugierde, Vertrauen, Ängstlichkeit, Rigidität,

---

<sup>4.18</sup> (Liebau, 1987)

<sup>4.19</sup> (Liebau, 1987, S. 109)



zeigt sich im Verhalten des Subjekts, das, durch einen angemessenen Umgang damit, kompetenter werden kann.

Diese Kompetenzen sind kritisierbar und entwicklungsoffen. Die Autonomie des Subjekts wird in dem Maß wachsen, wie es sich in einem angemessenen, praktischen Umgang mit sich selbst verhält. Eine hohe Ausprägung von Neugierde kann Offenheit für Neues und Lernen bedeuten, jedoch auch ein unangenehmes, indiskretes Verhalten darstellen. Möglicherweise bestünde hierbei für „indiskretes“ Servicepersonal die Gefahr, die Schweigepflicht im Rahmen der Tätigkeit in der stationären Pflege zu verletzen.

Die universellen Basiskompetenzen eines Subjekts gelten immer und überall, sie besitzen jedoch keine direkte, empirische Erscheinungsform und können nur rekonstruktiv erschlossen werden. Menschen unterscheiden sich in ihrem alltäglichen Handeln durch kulturell und regional verinnerlichte Deutungsmuster und ihre innere Natur, die Psychodynamik. Hier spricht man von „Performanz“, welche die Realisierung von Kompetenzen in der konkreten Lebensgeschichte oder Situation des Individuums voneinander unterscheiden. Die Performanzen, d. h. wie eine Person Handlungen ausführt, unterscheiden sich durch die individuelle Prägung. So führen Servicepersonen eine Handlung, wie z. B. Speisen servieren, individuell durchaus unterschiedlich aus, während das allgemeine Handlungsschema, die Struktur der Handlung, „Speisen servieren“ gleich bleibt.

#### **4.6.1.3 Ebene des empirischen Subjekts**

Im Blick auf die Lebenspraxis der Subjekte, lösen diese im Normalfall ihre Handlungsprobleme selbst. Erst wenn die Person dazu nicht mehr in der Lage ist, sucht er einen Fachmann auf. Die Lebenspraxis zeigt sich grundsätzlich als problemlösend, zukunfts offen und an der individuellen Interpretation der Lebenslage orientierend. Es besteht eine Dialektik zwischen Begründungs- und Entscheidungszwang. Die Person muss permanent Entscheidungen für das Handeln treffen, Probleme durch Handeln lösen und Gründe für das Handeln angeben können.

Die Lösungen entstehen aus der Verbindung von Wissen und Erfahrung, also aus einer reflexiven Verarbeitung von Ereignissen und Erlebnissen. Eine reflexive Verarbeitung, die nicht auf Wissen generiert, sondern auf die Generierung von Einsicht gerichtet ist. Einsicht wird zur Haltung, zu intuitivem Wissen durch Rekonstruktion von Erfahrung. Wenn das Subjekt weiß, was sich bewährt hat, kann es seine Kompetenzen sicher einsetzen. Diese Sicherheit bedingt, auch in künftigen Handlungssituationen, ein Einsetzen angemessener Strategien, die zum Erfolg führen.

Die Autonomie der Person resultiert aus der dreifachen Kompetenz (s. Abb. 4.5) zur praktischen Problemlösung, auf der Grundlage des erworbenen Wissens und gemachter Erfahrung, aus der Kompetenz der zukunftsffenen Planung (Handlungsfähigkeit) und schließlich aus der Kompetenz der Selbstreflexion (Identität)<sup>4.20</sup>.

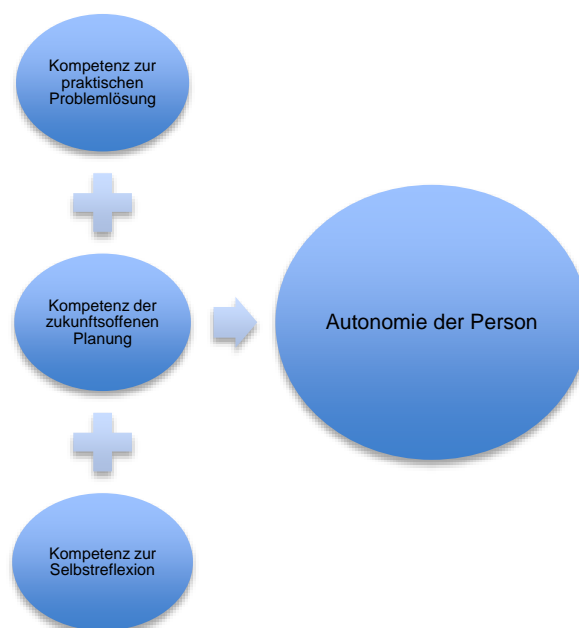


Abbildung 4.5: Die Autonomie der Person als Resultat der drefachen Kompetenz – praktische Problemlösung, zukunftsffene Planung und Selbstreflexion nach Oevermann

Zusammenfassend können durch diese Perspektiven und Konzepte für die Berufspraxis folgende Bezüge hergestellt werden:

Die Überführung dieser Lebenspraxis in das berufliche Handeln führt zum Formulieren von Kriterien, die Professionalität herstellen.

<sup>4.20</sup> (Oevermann, 1993)

Der Bezugsrahmen für kompetentes, autonomes Handeln der Servicepersonen wird dadurch legitimiert, dass sie entscheiden, begründen und in der Selbstreflexion ihr Handeln bewerten. Im Vergleich zum Rubikonmodell, würden die Entscheidung zur Handlung das Ende der prädezisionalen Motivationsphase darstellen, also diesseits des Rubikon stattfinden. Die Handlungen tatsächlich auszuführen, zu begründen und in der Selbstreflexion zu bewerten sind jenseits des Rubikon, also nach Überschreiten des Rubikon, verortet. In der Performanz findet die jeweilige Handlung ihre persönliche Ausprägung, gekennzeichnet im Auftreten und Verhalten einer Person.

Weiterhin ist festzustellen, dass Handeln auf Prozesse beruht, welche die individuelle Person in ihren Systemen des deklarativen Wissens und des prozeduralen Wissens speichert, verarbeitet, abrufen und wiederum das deklarative Wissen optimiert, indem die Fertigkeiten fortlaufend verbessert werden. Es finden individuelle Lernprozesse statt. Verbunden mit den kompetenztheoretischen Ansätzen Oevermann's, zeichnet sich kompetentes Handeln einer Serviceperson dadurch aus, dass sie ein autonom handelndes, mit sich identisches Subjekt darstellt, die ihr Wissen aus Erfahrung und Einsicht generiert.

Die genannten Basiskompetenzen einer Person sind, durch Lernen und Erfahrung, gewonnene Erkenntnisse und werden in die berufliche Situation, die stationäre Pflege, eingebracht. Diese Basiskompetenzen resultieren aus der Laienpflege und der Selbstpflege. Die Kompetenzentwicklung trifft, im Kontext von Servicepersonal in der stationären Pflege, auf eine berufliche Situation zu und führt schließlich zu Professionalität. In Lehrplänen der beruflichen Bildung ist die Entwicklung von beruflicher Handlungskompetenz als Auftrag für die Lehrenden gegeben.

#### **4.7 Kompetenzen in der beruflichen Bildung**

Der Begriff „Kompetenz“ wurde in den 1990er Jahren in der Berufsbildungsforschung und Berufspädagogik eingeführt. Im Mittelpunkt stehen hierbei Subjektorientierung, Dynamik, Ganzheitlichkeit und

Selbstorganisation. Kompetenz wird verstanden als Handlungsfähigkeit in einer individuellen Disposition zur Bewältigung spezifischer Aufgaben und Situationen. Das ist ein Ausgangspunkt für die Kompetenzbeschreibungen der Kultusministerkonferenz (KMK) der Bundesländer in Deutschland, im Rahmen der schulischen und beruflichen Bildung.

#### **4.7.1 Kompetenzen gemäß der Kultusministerkonferenz (KMK)**

Weinert hat verschiedene Definitionen von Kompetenz für die OECD<sup>4.21</sup> aufgezeigt und formulierte 2001 die in Deutschland am meisten verifizierte Variante:

*„Kompetenzen sind die, bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, um die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll bearbeiten zu können“<sup>4.22</sup>.* Somit umfasst individuelle Kompetenz netzartig zusammenwirkende Facetten wie Wissen, Fähigkeit, Verstehen, Können, Handeln, Erfahrung und Motivation. Sie wird verstanden als persönliche Disposition, die befähigt, konkrete Aufgabenstellungen und Anforderungssituationen zu bewältigen. Sie äußert sich durch die Performanz, der tatsächlich erbrachten Leistung. Die KMK-Bildungsstandards basieren auf den fachspezifischen kognitiven Bereich und weisen auch fachübergreifende Fähigkeiten aus, wie Denkvermögen, Argumentations- und Problemlösefähigkeit, die den o. g. Ausführungen zu Folge, unter die Methodenkompetenz zusammengefasst werden können. Auch hier findet sich die fachübergreifende Komponente wieder, die besagt, dass derartige Kompetenzen nicht isoliert, sondern nur mit inhaltlichem Bezug vermittelt werden können. Dies trifft gleichermaßen auf schulische Bildung, als auch auf berufliche Bildung zu. Die berufliche Handlungskompetenzentwicklung wird verstanden als komplexes System, in dem die einzelnen Kompetenzen ineinander übergreifen und sich

---

<sup>4.21</sup> Organization for Economic Cooperation and Development, übersetzt durch die Autorin: Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung.

<sup>4.22</sup> (Staatliches Institut für Schulqualität und Bildungsforschung (ISB), 2006, S. 27 f; OECD, 2005; Weinert, 1998; Weinert, 2001, S. 27f; Dilger & Sloane, 2012)

gegenseitig bedingen. In Anlehnung an die KMK<sup>4.23</sup> lassen sich folgende Dimensionen von Kompetenz unterscheiden und systematisieren:

Selbstkompetenz, Personalkompetenz oder Humankompetenz, als die Befähigung und Bereitschaft, eigene Begabungen und Fähigkeiten zu erkennen und zu entfalten. Die Befähigung, eine Identität und durchdachte Wertvorstellungen zu entwickeln, Lebenspläne zu fassen und zu verfolgen. Sie umfasst Eigenschaften wie Selbstständigkeit, Kritikfähigkeit, Konzentrationsfähigkeit, Selbstvertrauen, Zuverlässigkeit, Leistungsbereitschaft und Verantwortungsbewusstsein.

Sozialkompetenz als die Befähigung und Bereitschaft, soziale Beziehungen aufzubauen und zu gestalten sowie sich mit anderen rational und verantwortungsbewusst auseinander zu setzen und zu verständigen. Sie umfasst Eigenschaften wie Teamfähigkeit, Konfliktfähigkeit, Bereitschaft zu Toleranz und Solidarität, Gemeinschaftssinn, Hilfsbereitschaft oder Kommunikationsfähigkeit.

Methodenkompetenz als die Befähigung und Bereitschaft zu einem zielgerichteten, strukturierten und effektiven Vorgehen bei der Bearbeitung von Aufgaben und Problemen. Hierzu gehören Denkmethode, Arbeitsverfahren, Lösungs- oder Lernstrategien, fachlicher oder überfachlicher Natur, selbständig anzugehen, reflektieren und weiterentwickeln zu können.

Sach- oder Fachkompetenz als die Befähigung und Bereitschaft, Aufgaben und Probleme mit Zuhilfenahme fachlicher Kenntnisse und Fertigkeiten zielorientiert, sachgerecht, selbstständig zu bewältigen und das Ergebnis zu beurteilen.

Diese Kompetenzen münden in die Handlungskompetenz und sind deren integraler Bestandteil. Sie ist das Leitziel beruflicher und wirtschaftspädagogischer Bildung. Die Kultusministerkonferenz (KMK) definiert Handlungskompetenz *„als die Bereitschaft und Befähigung des einzelnen, sich in beruflichen, gesellschaftlichen und privaten Situationen sachgerecht, durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu*

---

<sup>4.23</sup> (Kultusministerkonferenz, 2004, S. 9 ff)

*verhalten*<sup>4.24</sup>. Die Kompetenzkonzepte der beruflichen Ausbildung in der Krankenpflege und im Hotel- und Gastronomiewesen basieren auf diesem Verständnis.

#### 4.7.2 Kompetenzen der beruflichen Ausbildung in der Krankenpflege

Gemäß dem Krankenpflegegesetz von 2003 heißt es in §3 zum Ausbildungsziel: „Die Ausbildung [...] soll fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung, insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten, vermitteln“<sup>4.25</sup>. Die Definitionen der hier genannten Kompetenzbegriffe entsprechen den Ausführungen zu den Kompetenzbereichen der KMK<sup>4.26</sup>. In den Bayerischen Lehrplanrichtlinien für die Berufsfachschule für Krankenpflege und Kinderkrankenpflege wird gefordert, dass Lernen die Entwicklung der individuellen Persönlichkeit zum Inhalt und Ziel hat. Geplantes schulisches Lernen soll sich dabei auf vier Bereiche erstrecken<sup>4.27</sup>:

- Aneignen von bildungsrelevantem Wissen
- Einüben von manuellen, instrumentellen Fertigkeiten und Anwenden einzelner Arbeitstechniken, aber auch gedanklicher Konzepte;
- produktives Denken und Gestalten, d. h. vor allem selbstständiges Bewältigen berufstypischer Aufgabenstellungen;
- Entwickeln einer Wertorientierung, unter besonderer Berücksichtigung berufsethischer Aspekte.

Diese Bereiche des Lehrplans lassen sich den Aspekten des Kompetenzmodells der Kultusministerkonferenz zuordnen (s. Tab. 4.1):

Bereiche des Lehrplans	Kompetenzen der KMK
Aneignen von bildungsrelevantem Wissen	Fachkompetenz
Einüben von manuellen bzw. instrumentellen Fertigkeiten und Anwenden einzelner Arbeitstechniken, aber auch gedanklicher Konzepte	Methodenkompetenz

<sup>4.24</sup> (Kultusministerkonferenz, 2004, S. 9)

<sup>4.25</sup> (Dielmann, 2013)

<sup>4.26</sup> (Kultusministerkonferenz, 2004, S. 9)

<sup>4.27</sup> (Staatliches Institut für Schulqualität und Bildungsforschung (ISB), 2006)

Servicepersonal in der stationären Pflege  
Kapitel 4 – Handlungskompetenzmodell als betriebspädagogischer  
Bezugsrahmen

produktives Denken und Gestalten, d. h. vor allem selbstständiges Bewältigen berufstypischer Aufgabenstellungen	Soziale Kompetenz
Entwickeln einer Wertorientierung unter besonderer Berücksichtigung berufsethischer Aspekte	Personale Kompetenz

Tabelle 4.1: Zuordnung der Bereiche des schulischen Lernens zum Kompetenzmodell der Kultusministerkonferenz (KMK)

Die unmittelbare Förderung von Handlungskompetenz orientiert sich dabei an folgenden, methodischen Prinzipien:

- didaktische Bezugspunkte sind Situationen, die für die berufliche Weiterentwicklung bedeutsam sind
- den Ausgangspunkt des Lernens bilden Handlungen, die vom Lernenden möglichst selbstständig geplant, ausgeführt und bewertet oder gedanklich nachvollzogen werden
- diese Handlungen sollen ein ganzheitliches Erfassen der beruflichen Wirklichkeit fördern, z. B. medizinische, ethische, ökonomische, ökologische, rechtliche und soziale Aspekte einbeziehen
- bei den sozialen Aspekten sollen Interessenerklärungen und Konfliktbewältigung einbezogen werden

Die Umsetzung des Kompetenzmodells erfordert gleichzeitig ein erweitertes Leistungsverständnis, welches mit der didaktisch-methodischen Kultur des Lernens verbunden ist. Dadurch wird den Schülern ein handlungsorientiertes, entdeckendes Lernen ermöglicht.

Im Rahmenlehrplan für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege, Rheinland Pfalz, wird auf die Handlungskompetenz der KMK verwiesen und differenziert in die Dimensionen: Fachkompetenz, Personalkompetenz und Sozialkompetenz<sup>4.28</sup>. Diese bilden zugleich die Voraussetzung für einen weiteren Kompetenzbereich, die Methoden und Lernkompetenz. Als grundlegende Intention dieser kompetenzorientierten Ausrichtung ist die *„Förderung einer Persönlichkeitsentwicklung des Auszubildenden, und zwar im Kontext der gesellschaftlichen*

---

<sup>4.28</sup> (MASFG, 2005)

---

*Verantwortung des Einzelnen und zum anderen die Qualifizierung zur  
Ausübung eines Berufes*<sup>4.29</sup>.

### **4.7.3 Kompetenzen in der Ausbildung im Hotel- und Gastronomie- gewerbe**

In der Ausbildung im Hotel- und Gastgewerbe, welche sich in Ihrem  
Rahmenlehrplan<sup>4.30</sup> auf die Ausbildungen zur Fachkraft im Gastgewerbe,  
Hotelfachmann und Hotelfachfrau, Restaurantfachmann und  
Restaurantfachfrau, Fachmann und Fachfrau für Systemgastronomie,  
Hotelkaufmann und Hotelkauffrau, Fachkraft für Speiseeis, bezieht, steht  
die Entwicklung von Handlungskompetenz ebenso im Mittelpunkt.

Gemäß der Rahmenvereinbarung im Lehrplan, hat die Berufsschule zum  
Ziel: *„eine Berufsfähigkeit zu vermitteln, die Fachkompetenz mit  
allgemeinen Fähigkeiten humaner und sozialer Arbeit verbindet [...], die  
Fähigkeit und die Bereitschaft zu fördern, bei der individuellen  
Lebensgestaltung und im öffentlichen Leben verantwortungsbewusst zu  
handeln*<sup>4.31</sup>. Dieses und weitere, im Rahmenlehrplan aufgeführte Ziele,  
sind auf die Entwicklung von Handlungskompetenz ausgerichtet, welche  
sich auf die Förderung in den Dimensionen von Fachkompetenz,  
Humankompetenz und Sozialkompetenz erstreckt. Humankompetenz  
kann hier als personale Kompetenz verstanden werden. Die Methoden-  
und Lernkompetenz erwachsen aus einer ausgewogenen Entwicklung  
dieser drei Dimensionen<sup>4.32</sup>. Somit richten sich die Rahmenlehrpläne nach  
den Kompetenzdimensionen der Kultusministerkonferenz der Länder und  
finden in den speziellen Lehrplänen ihre Entsprechung. Methodische  
Vorgaben für die Unterrichtsgestaltung erfolgen in den Handreichungen  
nicht. Die Ausrichtung an eine Handlungsorientierung wird postuliert.  
Diese orientiert sich am Lernen für Handeln in bedeutsamen Situationen

---

<sup>4.29</sup> ebenda

<sup>4.30</sup> (Kultusministerkonferenz, 2014)

<sup>4.31</sup> ebenda

<sup>4.32</sup> (Kultusministerkonferenz, 2004)



für die Berufsausübung und am Lernen durch Handeln, welches möglichst selbständig geplant, ausgeführt und gedanklich nachvollzogen werden kann. Hier kommen die Ansätze der handlungstheoretischen Perspektive der Rubikontheorie ins Spiel, sowie der situative Ansatz des Handelns, bezogen auf die jeweiligen beruflichen Anforderungen und Settings, z. B. in Restaurants, Hotels und auch in der stationären Pflege im Krankenhaus. Die kompetenzorientierte und handlungsorientierte Perspektive ist in den Lehrplänen beider Berufsausbildungen verankert. Somit ist davon auszugehen, dass Servicepersonal, auf grund von Basiskompetenzen, in der Lage ist, Tätigkeiten im Setting der stationären Pflege auszuüben. Eine berufliche Qualifikation ist zunächst nur ein Zertifikat, welches einen Abschluß nachweist, jedoch nicht die Qualität von Handlungskompetenzen abbildet. Diese zeigt sich in der Ausübung der Tätigkeiten durch die handelnde Person in ihrer individuell ausgeprägten Performanz. Die Entwicklung von beruflicher Handlungskompetenz und deren Einzelkomponenten, die Fachkompetenz, die Methodenkompetenz die Sozialkompetenz und persönliche Kompetenz, erfordert praxisorientiertes Denken und theoriegeleitetes Handeln. Wie eine berufliche Handlungskompetenz entwickelt werden kann, zeigen die Ausführungen von Handlungskompetenzmodellen bei Frey und Hülshoff.

## **4.8 Das Handlungskompetenzmodell bei Frey**

### **4.8.1 Herleitung des Kompetenzbegriff bei Frey**

Kompetenz beinhaltet körperliche sowie geistige Fähigkeiten und bedeutet die Gesamtheit der Bedingungen, die zum Ausführen einer Leistung erforderlich sind. Kompetenz bezieht Kenntnisse, gespeicherte und aktuelle Wissensbestände, und Fertigkeiten, aufgabenbezogene automatisierte Aktivitäten, einer Person zur Bewältigung einer Aufgabe oder Funktion ein. In Konsequenz daraus, kann ein, von Institutionen und Unternehmen geforderdertes Leistungspotenzial, einer Person zur Bewältigung einer Aufgabe in einer beruflichen Situation als Kompetenz bezeichnet werden. Unter Einbezug von Ansätzen der Sozialpädagogik und Erwachsenenbildung, ergeben sich weitere, ergänzende Sichtweisen

---

von Kompetenz. Im Jahre 1988 bezeichnet Meyer *„Kompetenz, als die Fähigkeit einer Person, den Anforderungen in einem, mehr oder weniger eng, umschriebenen Bereich gewachsen zu sein“*<sup>4.33</sup>. Dabei spricht man von kognitiver Kompetenz, als die Fähigkeit zur Bewältigung intellektueller Anforderungen oder von sozialer Kompetenz als die Fähigkeit, sozialen Anforderungen zu genügen. Schulz bezeichnet Kompetenz wie folgt: *„Wenn wir jemandem zusammenfassend die Kenntnisse, Fertigkeiten und Einstellungen zuschreiben [...], die man unserer Auffassung nach braucht, um einen bestimmten Aufgabenbereich im Leben zu beherrschen“*<sup>4.34</sup>. Schaub und Zanke sprechen von *„Kompetenzen, als die Fähigkeit einer Person, Anforderungen in bestimmten Bereichen zu entsprechen. Soziale Kompetenz bezieht sich auf den Umgang mit Menschen und bedeutet in sozialen, gesellschaftlichen und politischen Bereichen urteils- und handlungsfähig zu sein. Ich- bzw. Selbstkompetenz bezeichnet die Fähigkeit, für dich selbst verantwortlich handeln zu können. Sachkompetenz kennzeichnet die Leistungsfähigkeit und damit die Zuständigkeit für bestimmte Sachbereiche“*<sup>4.35</sup>.

Alle beschriebenen Begriffe beinhalten Faktoren, die in ihrer Gesamtheit die berufliche Handlungskompetenz ergeben. Diese sind: Die Personalkompetenz, die Sozialkompetenz, die Methodenkompetenz und die Fachkompetenz. Frey beschreibt demnach die *„berufliche Handlungskompetenz als die Fähigkeit und Bereitschaft einer Person, in beruflichen Situationen sach- und fachgerecht, reflektiert und in gesellschaftlicher Verantwortung zu handeln“*<sup>4.36</sup>. Die berufliche Handlungskompetenz entwickelt sich über die Inhalte der Komponente Fachkompetenz, mit fachspezifischen und fachübergreifenden Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten. Die Komponente Methodenkompetenz entwickelt sich über methodische, kognitive und verfahrens-/verhaltenstechnische Inhalten, wie Methodenvielfalt, Objektivität, Reflexion, Analysefähigkeit, Transfervermögen und

---

<sup>4.33</sup> zit. in (Frey, 1999)

<sup>4.34</sup> zit. in ebenda

<sup>4.35</sup> (Frey, 1999)

<sup>4.36</sup> ebenda

Problemlösefähigkeit. Die Komponente Sozialkompetenz entwickelt sich aus den Fähigkeiten Kooperation, Verantwortungsbewusstsein und Selbständigkeit. Die aufgezeigten Kompetenzen müssen sich situativ als Gefüge der beruflichen Handlungskompetenz verstehen und so auf den Vollzug einer Handlung wirken. Die Aspekte verstehen sich demnach als ein Beziehungsgefüge, welches sich in der individuellen Person zu einem Ganzen zusammenfügt. In diesem Fall ist dies die Serviceperson im beruflichen Kontext der stationären Pflege.

#### 4.8.2 Kompetenzklassen bei Frey

Frey beschreibt Kompetenzklassen und hat ein allgemeines hierarchisches Strukturmodell von Handlungskompetenz entwickelt (s. Abb. 4.6), welches sich aus Fachkompetenz, Methodenkompetenz, Sozialkompetenz zusammensetzt<sup>4.37</sup>. In der Weiterentwicklung des Modells kommt Personalkompetenz hinzu<sup>4.38</sup>. Für jede Kompetenzklasse können Fähigkeitsdimensionen bestimmt werden, welche Frey „als ein theoretisches Konstrukt zur Bezeichnung der Gesamtheit der psychischen und physischen Fertigkeiten einer Fähigkeitsdimension“ definiert<sup>4.39</sup>.



Abbildung 4.6: Hierarchisches Strukturmodell von Handlungskompetenz bei Frey<sup>4.40</sup>

<sup>4.37</sup> (Frey, 1999)

<sup>4.38</sup> (Frey & Jung, 2011; Frey, 2010; Frey & Balzer, 2007)

<sup>4.39</sup> (Frey & Jung, 2011)

<sup>4.40</sup> (Frey, 1999)

#### **4.8.2.1 Fachkompetenz**

**Fachkompetenz** meint die Vermittlung von fachspezifischen und fachübergreifenden Fähigkeiten, Kenntnissen und Fertigkeiten; also fachliche, zweckgebundene, elementare Kenntnisse und Fähigkeiten von Personen, die zur Ausübung einer Tätigkeit erforderlich sind. Die Fachkenntnisse sind auf den jeweiligen Fachbereich ausgerichtet und dem beruflichen Wandel, sowie einer ständigen Weiterbildung unterworfen. Die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit ist, ohne spezifische Fachlichkeit nicht möglich. Als einzige Kompetenz reicht dies jedoch nicht aus. Für das Gefüge der beruflichen Handlungskompetenz sind Sozialkompetenz und Methodenkompetenz zwei weitere Bausteine.

#### **4.8.2.2 Methodenkompetenz**

**Methodenkompetenz** ist die Fähigkeit einer Person innerhalb eines definierten Sachbereiches oder in einer Sache handlungsfähig zu sein. Zur Methodenkompetenz gehören demnach, die Fertigkeit und die Fähigkeit, fachgerecht (nach allen Regeln der Kunst), verantwortungsbewusst und reflektiert mit Arbeitsprozessen umzugehen und diese funktional zu strukturieren. Hinzu kommen Wissen und Sachverstand über Arbeitsgegenstände, Arbeitsbedingungen und Interaktionspartner, sowie Arbeitszusammenhänge und Auswirkungen mit dem Ziel, diese letztendlich einsetzen zu können. Dazu ist das Wissen aus der Fachkompetenz übergreifend notwendig. Methodenkompetenz umfasst insbesondere das Wissen über die Anwendung von berufstypischen Handlungsmethoden und Anwendungstechniken, sogenannte professional skills, damit berufliche Anforderungen selbständig bewältigt werden können. Methodenkompetenz beinhaltet Komponenten, die sich wiederum gegenseitig bedingen: Methodenvielfalt, Objektivität, Reflexion, Analyse, Transfervermögen und Problemlösen. Methodenvielfalt heißt, zahlreiche berufsspezifische Handlungstechniken und Methoden zu erlernen, zu verinnerlichen und anwenden zu können, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Eine Methode ist demnach ein zielgerichtetes, regelgeleitetes und planvolles Vorgehen um unterschiedliche Kenntnisse zu gewinnen.

Unter Objektivität versteht man die Fähigkeit einer Person, eine Sache, eine Situation oder eine andere Person frei von subjektiven Störfaktoren einzuschätzen und unvoreingenommen zu beurteilen.

Reflexionsfähigkeit ist die Fähigkeit und die Bereitschaft, das eigene Handeln kritisch zu prüfen. Ein wichtiger Baustein, um die Qualität der eigenen Arbeit in der beruflichen Praxis zu prüfen und einschätzen zu können. Ebenso bedeutet Reflexion, eine Betrachtung vergangener oder gegenwärtiger, eigener oder fremder Handlungen, die evaluiert und kritisiert werden. Dieses Wissen liefert Ausgangspunkte und Kriterien für das pädagogische Handeln, denn Reflexion setzt ein, wenn das Handeln problematisch wird, wenn es nicht den Anforderungen entspricht, wenn sich unerwünschte Nebenwirkungen zeigen oder die pädagogischen Situationen nicht transparent sind<sup>4.41</sup>. Wird das praktische Handeln in der jeweiligen Situation reflektiert, kann dies zu Wissen führen, an dem sich die Personen künftig in ihrem beruflichen Handeln orientieren.

Analysefähigkeit bezeichnet die Fähigkeit einer Person, einen Gegenstand oder Sachverhalt systematisch untersuchen zu können. Sie wird erreicht durch die Gegenüberstellung von These und Antithese, die schließlich durch neue Erkenntnis zur Synthese führen. Analysefähigkeit ist eng verknüpft mit Problemlösefähigkeit. Sie ist dann vorhanden, wenn die Person für die gestellten Aufgaben Lösungen erarbeitet, die sie in die Lage versetzt, Probleme funktional, mit einem Zuwachs an Einsichtsgewinn, zu lösen. Voraussetzung dafür ist ein Problembewußtsein, das bei einer Anforderung oder Aufgabenstellung zu einem Vorstellungsvermögen führt, bis sich, in neuen, gewonnenen Zusammenhängen, eine Lösung abzeichnet. Frey bezeichnet Problemlösen als die höchste Form des Lernens, die es erlaubt, in einer problematischen Situation, selbständig Wege zur Bewältigung zu finden<sup>4.42</sup>.

Transferfähigkeit besteht dann, wenn ein erlerntes Verhalten oder Inhalte vorangegangenen Lernens, ein neues, anderes Verhalten oder Inhalte

---

<sup>4.41</sup> (Dewe, 1993, 2001)

<sup>4.42</sup> (Frey, 1999)

beeinflussen. Ein Übertragen auf andere Inhalte, Verhaltensweisen und Situationen ist ein spezieller Lernprozess, der abhängig ist von: Übung des Übertragens, Ähnlichkeit von Situationen, Fehlervermeidung durch Situationen, bei denen eine Übertragung möglich ist, und Möglichkeiten der Übertragung gefunden werden, die sich auf den Alltag der Personen beziehen. Bereits in der schulischen Ausbildung wird Übertragung geübt und kann auf die spezifische, berufliche Lernsituation angewandt und erweitert werden.

#### **4.8.2.3 Sozialkompetenz**

**Sozialkompetenz** bedeutet allgemein, die Fähigkeit einer Person selbständig und verantwortungsvoll zu arbeiten. Desweiteren beschreibt sie die Fähigkeiten, mit anderen Personen im Arbeitsprozess zu kooperieren und sich dabei selbstbewußt, verantwortlich und werteinsichtig zu verhalten. Zu Sozialkompetenz gehören die Aspekte der Selbständigkeit, Verantwortungsbewußtsein und Kooperationsfähigkeit und diese stellen einen wirkungsvollen Baustein der beruflichen Handlungskompetenz dar. Selbständigkeit ist die Fähigkeit einer Person Ziele zu setzen, Methoden zur Zielerreichung auszuwählen, zu bewerten, ob die gewählten Methoden zum Ziel geführt haben und zwar unabhängig von anderen.

Selbständigkeit wird als Vorläufer zum Leistungsmotiv angesehen<sup>4.43</sup>. Die Förderung einer Leistung hängt davon ab, ob eine Person dazu angeregt wird, selbständig Lösungswege zu suchen und zu gehen.

Kooperationsfähigkeit ist die Bereitschaft und Fähigkeit einer Person mit anderen Personen zusammenzuarbeiten. Kooperation ist ein Arbeitsverhalten von Gruppenmitgliedern, in gegenseitiger Ergänzung, mit einem gemeinsamen Ziel.

Verantwortungsbewußtsein ist die Fähigkeit mündig, eigenständig, wert- und normbezogen, unter Berücksichtigung der zu erwartenden Auswirkungen, sich selbst und anderen gegenüber zu handeln und dabei die Konsequenzen bewußt zu tragen. Diese drei Inhalte der

---

<sup>4.43</sup> (Heckhausen, 1977; 1989)

Sozialkompetenz beeinflussen sich gegenseitig. Die Inhalte der Sozialkompetenz wirken übergreifend in die Personalkompetenz ein.

#### 4.8.2.4 Personalkompetenz

**Personalkompetenz** bedeutet, die Person ist handlungsfähig und übernimmt Verantwortung, für sich und für andere. Die Person wird tätig, indem sie eine Absicht hegt, ein Ziel oder einen Zweck verfolgt und dabei von bestimmten Handlungsprinzipien geleitet wird. Die Handlungen schließen Werte, Normen und Regeln in bezug auf die konkrete Situation und deren Bedingungen ein<sup>4.44</sup>.

Sozialkompetenz, Methodenkompetenz und Personalkompetenz verstehen sich als überfachliche Kompetenzen. Betrachtet man die Entwicklung und Beibehaltung von Kompetenzen in einem zeitlichen Zusammenhang, so gelten die Fachkompetenz und die Sozialkompetenz über die Zeit hinaus als eher variabel, also veränderbar und entwickelbar, über die Lebensspanne einer Person. Die Methodenkompetenz und die Personalkompetenz gelten, als über die Zeit eher stabile Faktoren, in der Lebensspanne einer Person<sup>4.45</sup> (s. Abb 4.7)

Über die Zeit eher variabel	Fachkompetenz	
Über die Zeit eher variabel	<b>Sozialkompetenz</b>	Überfachliche Kompetenz
Über die Zeit stabil	<b>Methodenkompetenz</b>	Überfachliche Kompetenz
Über die Zeit stabil	<b>Personalkompetenz</b>	Überfachliche Kompetenz

Abbildung 4.7: Der zeitliche Zusammenhang des Entwickelns und Beibehaltens von Kompetenzen nach Frey<sup>4.46</sup>

Das bedeutet für Servicepersonal in der stationären Pflege, dass fachliche und soziale Kompetenzen für die Tätigkeit neu erlernt und im situativen Kontext vertieft werden. Die Methoden- und Personalkompetenz bringen Servicepersonen, als eher stabile Variablen, bereits mit. Im Kontext von lebenslangem Lernen ist dies bedeutsam für ein Anforderungsprofil für

<sup>4.44</sup> (Frey, 2010)

<sup>4.45</sup> (Frey & Balzer, 2007; Frey, 2010)

<sup>4.46</sup> ebenda

durchzuführende Tätigkeiten. Kritisch ist anzumerken, dass gerade im Umfeld der stationären Pflege, Grenzsituationen auftreten, welche die Personalkompetenz einer Person beeinflussen und sich dadurch, bisher stabile, bestehende Werte und Einstellungen ändern können. Diese Situationen stellen nach Jaspers eine bedeutungsgetragene Umwelt dar. Im Denken von Jaspers vollzieht sich alles Leben in seiner Umwelt, in Situationen. Grenzsituationen stellen sogenannte letzte Situationen dar, wie Geburt, Krankheit, Kampf aus Unausweichlichkeit, Tod als unumgängliche Situationen, die das Leben bestimmen<sup>4.47</sup>. Die Serviceperson erfährt diese existenziellen Situationen bei den betroffenen Patienten und somit entsteht daraus eine pädagogische Situation, welche durch Reflexion einen ganzheitlichen Lernprozess auszulösen vermag<sup>4.48</sup>. Dies führt zu einem weiteren, prägenden Handlungskompetenzmodell.

## **4.9 Das Handlungskompetenzmodell bei Hülshoff**

### **4.9.1 Kompetenzdimensionen bei Hülshoff**

Die Dimensionen der Handlungskompetenz bei Hülshoff<sup>4.49</sup> umfassen Fachkompetenz, Methodenkompetenz, Sozialkompetenz und die Persönliche Kompetenz (s. Abb. 4.8):

---

<sup>4.47</sup> zit.in: (Hülshoff, 2001, S. 26)

<sup>4.48</sup> ebenda

<sup>4.49</sup> (Hülshoff, 2001, S. 61)



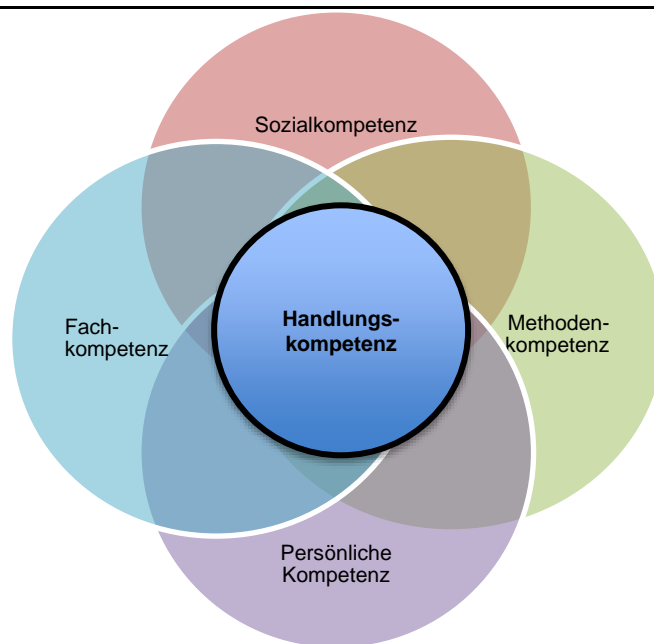


Abbildung 4.8: Dimensionen der Handlungskompetenz bei Hülshoff

Die vier Kompetenzdimensionen sind miteinander verknüpft und die Übergänge sind fließend. Die Verdichtung der Kompetenzdimensionen in der Schnittmenge, prägt die Handlungskompetenz einer Person. Eine Einzeldimension drückt nie eine ganze handlungskompetente, Persönlichkeit aus. Ganzheitlichkeit bedeutet, die vier Dimensionen zu entwickeln, zu fördern und dadurch lebenslang tiefgreifende Lernprozesse zu initiieren. Handlungskompetenz ist der individuelle Ausdruck der Kompetenzen in unserem Tun, der Gestaltung von Situationen, im betrieblichen und im alltäglichen Leben. Im betrieblichen Zusammenhang steht berufliche Handlungskompetenz im Vordergrund.

#### **4.9.2 Berufliche Handlungskompetenz**

Die berufliche Umwelt ist gekennzeichnet durch Innovationen, wissensbasierte Arbeitstätigkeiten und erweiterte Formen der Zusammenarbeit von Berufsgruppen. Dies zeichnet sich im Pflegedienst von Krankenhäusern ebenfalls ab. In der stationären Pflege arbeiten Servicepersonal, Pflegepersonal sowie noch weitere Berufsgruppen zusammen. Die bereits beschriebene, neue Aufgabenverteilung als Innovationbedarf in der Pflege, erfordert neue Formen der Zusammenarbeit und der Arbeitsorganisation. Die betroffenen Mitarbeiter sind gefordert, mit diesen Entwicklungen Schritt zu halten. Die

---

Entwicklung von sogenannten Kompetenzportfolios und Anforderungsprofilen ermöglichen eine rasche Anpassung an diese Veränderungsprozesse und neuen Aufgabenprofile. Unter Kompetenz versteht Münch: *„[...]aufgabengemäß, zielgerichtet, situationsbedingt und verantwortungsbewußt betriebliche Aufgaben zu erfüllen und Probleme zu lösen, und zwar, je nach arbeitsorganisatorischer Gegebenheiten, entweder allein oder in Kooperation mit anderen“*<sup>4.50</sup>. In einer erweiterten Begriffsdiskussion um „Kompetenz“, unter Einbezug der Selbstorganisation, verstehen Sonntag und Schaper *„eine Disposition, in offenen, komplexen und dynamischen Situationen selbstorganisiert zu denken und zu handeln“*<sup>4.51</sup>. Die Voraussetzung dafür, ist eine Bereitschaft für neue Aufgaben und ein Sich-Zuständig-Fühlen für neue Aufgaben. Kompetenz ist demnach: *„die Fähigkeit und Bereitschaft, in offenen, komplexen und dynamischen Situationen selbstorganisiert, aufgabengemäß, zielgerichtet, situationsbedingt und verantwortungsbewusst zu handeln. In Bezug auf die Bewältigung von Aufgaben im Arbeitskontext wird dabei von beruflicher Kompetenz oder beruflicher Handlungskompetenz gesprochen“*<sup>4.52</sup>.

Kompetenzen sind personengebunden und werden erst durch ihre Anwendung, in Abhängigkeit der Anforderung einer Aufgabe oder Situation, sichtbar. Gemäß Hülshoff können Handlungskompetenzen, als potenzielle Handlungsleistungen betrachtet werden, die in konkreten Situationen aktiviert werden können<sup>4.53</sup>. Im Gegensatz hierzu steht der Begriff der „Qualifikation“, die daran gebunden ist, in einem bestimmten, zeitlichen Umfang ein Ausbildungsziel zu erreichen. Meistens wird eine Bestätigung, ein Zertifikat oder eine Urkunde ausgestellt. Dies kann eine Grundlage für die Entwicklung beruflicher Handlungskompetenz darstellen, besagt jedoch keinesfalls, dass die „qualifizierten“ Personen selbstorganisiert und kreativ handeln<sup>4.54</sup>.

---

<sup>4.50</sup> (Münch, 1995, S. 11)

<sup>4.51</sup> (Sonntag & Schaper, 2006, S. 271)

<sup>4.52</sup> (Negri & Moser, 2010, S. 51)

<sup>4.53</sup> (Hülshoff, 1996)

<sup>4.54</sup> (Erpenbeck & Rosenstiel, 2007)

### 4.9.3 Vier Klassen beruflicher Handlungskompetenz

Berufliche Handlungskompetenz wird in der Praxis in vier Kompetenzklassen, Fachkompetenz, Methodenkompetenz, Sozialkompetenz und Persönlichkeitskompetenz gegliedert. Die Kompetenzklassen werden als idealtypisch verstanden. Die Abgrenzung ist in der Literatur nicht immer eindeutig. Klar ist jedoch, dass die vier Kompetenzen sich gegenseitig bedingen und nicht trennscharf voneinander zu unterscheiden sind. In seiner Beschreibung von Handlungskompetenzen schließt sich Negri den Kompetenzklassen Hülshoffs an und nutzt diese für ein Anforderungsprofil von Bildungsfachleuten im Jahr 2015<sup>4.55</sup>. Die Kompetenzen bei Hülshoff bilden in dieser Arbeit die Grundlage für ein situatives, tätigkeitsbezogenes Anforderungsprofil (STAP) für Servicepersonal in der stationären Pflege<sup>4.56</sup> (s. Tab. 4.2).

Persönliche Kompetenz	Soziale Kompetenz	Methodenkompetenz	Fachliche Kompetenz
Inwieweit lasse ich mich von vereinbarten Werten, Regeln, Überzeugungen bei der Ausübung meiner Tätigkeit leiten?	Wie kommuniziere ich im Rahmen meiner bestimmten Tätigkeit mit anderen?	Wie gehe ich vor, um eine bestimmte Tätigkeit fachlich richtig auszuführen?	Welches fachliche Wissen ist für eine bestimmte Tätigkeit erforderlich?

Tabelle 4.2: Definition der vier Kompetenzen nach Hülshoff<sup>4.57</sup>

Dabei umfasst Handlungskompetenz nicht nur das Wissen, die Fachkompetenz, welches ich für eine Tätigkeit benötige, sondern auch die Fähigkeit, dieses „Wissen“ in die Tat umsetzen zu können, die Methodenkompetenz. Auf dieser Grundlage muss die Person bereit sein, mit anderen zusammen zu arbeiten und zu kommunizieren, also soziale Kompetenz besitzen. Doch dieses fachliche Wissen umsetzen zu können und mit anderen umgehen zu können reicht nicht aus, um eine Tätigkeit handlungskompetent auszuführen. Es bedarf eines Ich- oder

<sup>4.55</sup> (Negri & Moser, 2010)

<sup>4.56</sup> (Hülshoff, 1996)

<sup>4.57</sup> (Hülshoff, 1996)

Selbstkonzepts, eine Identifikation, welche die Person prägt und durch grundlegende Werte und Überzeugungen eine Orientierung gibt, die persönliche Kompetenz. Diese bildet das Fundament aller weiteren Kompetenzen. Die Serviceperson kann zwar fachlich und methodisch perfekt agieren, doch wenn eine Verinnerlichung von ethischen Grundwerten und Überzeugungen fehlt, ist die Serviceperson nicht geschützt davor, sich in konkreten Situationen und in Grenzsituationen verantwortungslos oder unzuverlässig zu verhalten.

## 4.9.4 Kompetenzentwicklung durch ganzheitliches, lebenslanges Lernen

### 4.9.4.1 Bild des „fragenden Menschen“

Hülshoff sieht den Menschen als Wesen, das von Anfang an Fragen stellt und nach entsprechenden Antworten sucht<sup>4.58</sup> (s. Abb 4.9). Der Mensch verfügt in jeder Phase seines Lebens über Potenziale, die es zu entwickeln gilt. Fragen, Probleme und Situationen ergeben sich in der alltäglichen Lebenswirklichkeit des einzelnen Menschen. Dies gilt auch für Servicepersonal in der stationären Pflege.

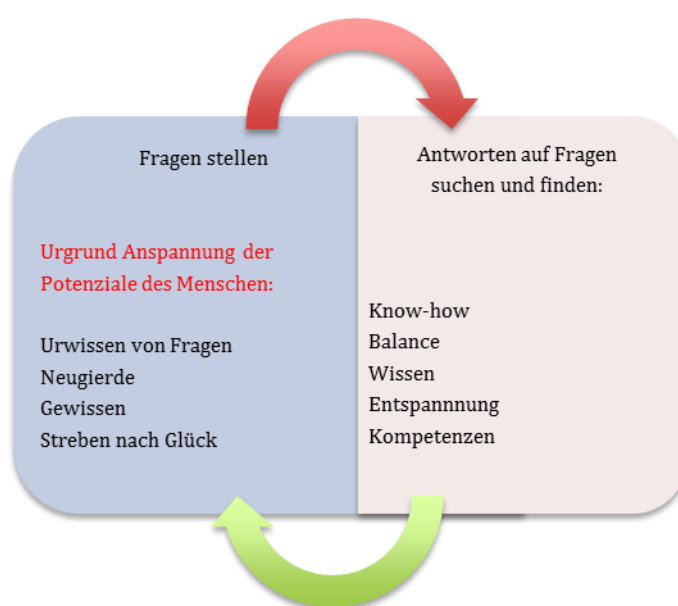


Abbildung 4.9: Der Mensch als fragendes Wesen, der im Zusammenhang mit seinen Potenzialen Antworten sucht und findet, damit Know-how, Balance, Wissen, Entspannung und Kompetenzen erreicht – ein fortlaufender, lebenslanger Prozess<sup>4.59</sup>.

Mit den Antworten auf die Fragen, erreicht der Mensch Know-how, Balance, Wissen, Entspannung und Kompetenzen. Die Antworten lösen wiederum, durch Anspannung im Urgrund der Potenziale des Menschen, weitere Fragen aus, auf die der Mensch Antworten sucht und findet. So entstehen auch Fragen für Servicepersonal und die Antworten darauf versetzen sie in in Lage im Tätigkeitsbereich der stationären Pflege handlungskompetent sein. In Anforderungsprofilen werden Fragen formuliert, und die Potenziale im Menschen helfen dabei, Antworten zu

<sup>4.58</sup> (Hülshoff, 2001; Hülshoff, 2001; Hülshoff, 2010)

<sup>4.59</sup> (Hülshoff, 2014)

finden, dadurch Wissen zu erwerben, Balance zu finden und entspannt zu handeln.

#### 4.9.4.2 Urformen des Lernens

Handlungskompetenz, als Ausdruck der vier Kompetenzbereiche zeigt sich in der Entwicklung einer individueller Persönlichkeit durch ganzheitliches Lernen. Ganzheitliches, selbstgesteuertes Lernen umfasst nach Pestalozzis Denken „Kopf, Herz und Hand“ und steht für Intellekt, Sitte und praktisches Handeln. Dieses Postulat lässt sich verknüpfen mit personaler Kompetenz, Fachkompetenz und Methodenkompetenz. Eine weitere Ausprägung ganzheitlichen Lernens geht zurück auf Petersen's Urformen des Lernens „Gespräch, Arbeit, Feier und Spiel“, welche sich ebenfalls im Handlungskompetenzmodell bei Hülshoff manifestieren. Die Ereignisse „Gespräch, Arbeit, Feier und Spiel“, ermöglichen es, dass Personen die Wirklichkeit des menschlichen Lebens erfahren und lernen damit umzugehen (s. Abb. 4.10). Dies geschieht auch im betrieblichen Kontext, als die vier Urformen eines lernenden Unternehmens<sup>4.60</sup>.

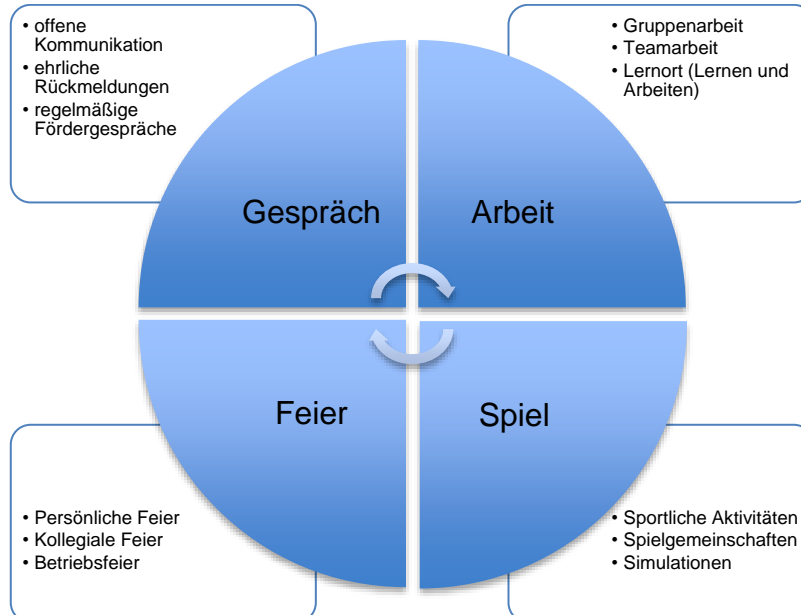


Abbildung 4.10: Die Ereignisse Gespräch, Arbeit, Feier und Spiel als Urformen des Lernens – auch im betrieblichen Kontext<sup>4.61</sup>

**Das Gespräch** ereignet und entwickelt sich zwischen zwei oder mehreren Menschen. Im Gespräch zeigt sich das Spannungsverhältnis von Sprache

<sup>4.60</sup> (Hülshoff, 2001)

<sup>4.61</sup> ebenda

und Wirklichkeit bei den Gesprächsteilnehmern, in Gestalt von Wahrnehmen, Interpretieren, Fühlen, Beabsichtigen und Handeln. Dies geschieht in konkreten Situationen, in denen wir uns gerade befinden. Wenn wir Gespräche führen, sind wir geleitet von Stimmungen, Gefühlen, Absichten, Erwartungen, Hoffnungen und Wünschen, Handlungen und Taten. Kommunikative Kompetenz und Persönlichkeitsentwicklung bedingen einander. Gespräche bilden darin eine Schlüsselfunktion, denn Menschen sind existenziell darauf angewiesen. Kommunizieren bedeutet Leben und Leben bedeutet kommunizieren. Gespräche sind eine Basis für die weiteren Urformen des Lernens.

**Das Spiel** vermittelt eine andere Form von Wirklichkeit. Es erscheint freier, unverbindlicher und tendenziell offen. Im Spiel lernt der Mensch alles, was sein kann und entwickelt dadurch seine kreativen und geistigen Kräfte in vielfältigen Facetten. Das Ich kann sich im Hineinversetzen in die Rolle des Anderen spielerisch entfalten und dadurch andere Perspektiven gewinnen. Mead behauptet, die Übernahme der Haltung eines Anderen und die Anderen über sich bestimmen zu lassen, was zu tun wäre, ist die Basis, um ein Mitglied der Gesellschaft zu werden.

**Die Arbeit**, verstanden als menschliche Tätigkeit, kann alle Potenziale im Menschen umfassen. Sie ist als körperliche und geistige Arbeit präsent. In der Urform des Lernens geht es um den Prozeß der Entfaltung der individuellen Persönlichkeit. In der Antike wurde geistige Arbeit der körperlichen Arbeit höher gestellt. Platon<sup>4.62</sup> erkennt, dass eine Arbeit aus wirtschaftlichem Zwang der menschlichen Entfaltung zu einem geistigen, philosophisch geprägten Leben entgegensteht. In der Industrialisierung fand dies Ausdruck in Bestrebungen, den Menschen durch eine maschinelle Produktion zu ersetzen. Arbeit als Mühsal und Beschwerde wäre dadurch zu Gunsten der geistigen Tätigkeit aufgehoben. Benedikt von Nursia begründete den Zusammenhang von ora et labora (beten und arbeiten), in dem sich der Mensch in körperlicher und geistiger Arbeit als „Ganzes“ auszudrücken vermag<sup>4.63</sup>. Dieser Hintergrund ist maßgeblich

---

<sup>4.62</sup> zit. in (Hülshoff, 2001, S. 29)

<sup>4.63</sup> (de Nursia, 1995)

entscheidend dafür, dass die individuelle Persönlichkeitsentwicklung von einem gemeinschaftlichen Arbeiten mit Anderen abhängt.

Das Arbeiten äußert sich von Geburt an ganzheitlich, „Kopf, Hand und Herz“ sind daran beteiligt<sup>4.64</sup>. Arbeit ist demnach ein Prozess des handelnden Lernens, in dem sich Handlungskompetenz entwickelt.

**Die Feier** ist eine zeitlich festgelegte, festliche Form der Begegnung von Menschen. Ein kulturell geprägtes Ereignis steht dabei im Mittelpunkt. Eine Feier setzt gemeinsame, konsensfähige Werte und Überzeugungen voraus, die der jeweiligen Lebensphilosophie zugrundeliegen. Eine Feier ist als pädagogische Situation bedeutsam, wenn z.B. jemand als Vorbild für andere wahrgenommen wird. Die Organisation und Gestaltung von Feiern ist Ausdruck kreativer, gestalterischer Kräfte der Menschen. Feiern haben den Charakter, neue Dimensionen von Wirklichkeit zu eröffnen, sie sind Ereignisse, die den ganzen Menschen ansprechen, das Menschsein ermöglichen, im Streben nach Glück und Gemeinschaft.

#### **4.9.5 Lernen anhand von Anforderungsprofilen als zentrale, betriebliche Aufgabe**

Gemäß diesen genannten Prinzipien, ist Servicepersonal ebenfalls in der Lage, ganzheitlich und lebenslang zu lernen. Die Entwicklung von Handlungskompetenz, mit Hilfe eines situativen, tätigkeitsbezogenen Anforderungsprofils für Servicepersonal in der stationären Pflege, bietet die Chance, sich in Gemeinschaft mit anderen Menschen, beruflich und persönlich weiter zu entwickeln<sup>4.55</sup>.

Warum nun gerade ein tätigkeitsbezogenes Anforderungsprofil für Servicepersonal auf pflegerischen Stationen in Krankenhäusern? Die Inhalte betrieblicher Bildungsmassnahmen müssen auf die Handlungskompetenzentwicklung von Servicepersonen abgestimmt sein und dadurch einen ganzheitlichen, tiefgreifenden Lernprozess in ihnen auslösen. Diese zentrale Aufgabe für Unternehmen mündet in folgende Fragestellung:

---

<sup>4.64</sup> (Pestalozzi, 1994)

<sup>4.55</sup> (Hülshoff, 2001)



*Wie mache ich mein Unternehmen, meine Abteilung zu einem Lernort in dem ganzheitliches Lernen im Sinne der Entwicklung von Handlungskompetenz möglich ist?*

Die Antwort besteht darin, ein situatives, tätigkeitsbezogenes Anforderungsprofil zu entwickeln, deren Gestaltung sowohl vom Mitarbeiter, als auch vom Unternehmen ausgeht, also Betroffene beteiligt. Zunächst gilt es zu überlegen, was Servicepersonal typischerweise in der stationären Pflege tut oder tun könnte. Die Tätigkeiten bilden den Ausgangspunkt für ein Anforderungsprofil, bezogen auf die vier Kompetenzdimensionen.

Für die Tätigkeiten werden in jedem Kompetenzbereich Fragen formuliert. Die Servicepersonen erfahren über diese Fragestellungen, welche Kompetenzen zur Ausübung der Tätigkeit erforderlich sind. Die Entwicklung von Handlungskompetenz, in seinen vier Dimensionen, fordert die Mitarbeiter ganzheitlich, was gerade im Krankenhaus, im serviceorientierten und pflegerischen Arbeitsbereich, für die Betreuung und Pflege der Patienten wesentlich ist. Nur wer die Menschen als „Ganzes“ betrachtet, kann auch Werte und Einstellungen hinterfragen, kann die soziale Beziehung auf den Patienten abstimmen, ihn informieren, beraten und instruieren, damit die Auseinandersetzung mit einer Erkrankung und dem Genesungsprozess positiv beeinflussen. Durch eigenes Verhalten wirkt die Serviceperson als Vorbild. Die personale Kompetenz schließt eine angemessene Selbstpflege, eine positive Einstellung zur eigenen Gesundheit und deren Wert ein. Schließlich kann durch das Einüben von bestimmten, selbstpflegerischen Verhaltensweisen und Methoden erreicht werden, dass der Patient selbst wieder handlungskompetent wird. Dadurch kann er den Genesungsprozess aktiv mitgestalten.

Handlungskompetente Servicekräfte unterstützen Pflegekräfte durch ihre Tätigkeiten, und damit indirekt die Patienten. Sie sind Dienstleister und Dienstleisterinnen der Patienten auf der Pflegestation, indem sie Servicetätigkeiten ausüben. Damit setzen sie für die Pflegekräfte zeitliche Ressourcen frei, für professionelle Pflege im Rahmen des Pflegeprozesses. Damit dient das Servicepersonals mit ihren Leistungen

auch dem Pflegepersonal. Das Ziel der Tätigkeiten von Servicepersonal und Pflegepersonal ist es, die Patienten im Lernen, Fördern und Erhalten von Handlungskompetenzen zu unterstützen. Die Patienten sind, aufgrund ihrer Erkrankung, ganz oder teilweise nicht in der Lage, ihre Selbstpflege eigenständig durchzuführen. Dies kann durch Servicepersonal im Rahmen definierter Tätigkeiten, die originär dem pflegerischen Aufgabenfeld zuzuordnen sind, kompensiert werden. Einerseits können, anhand von situativen, tätigkeitsbezogenen Anforderungsprofilen (STAP) die betrieblichen Aufgaben und Tätigkeitsprofile verankert werden. Andererseits müssen sich diese an der Unternehmensphilosophie, den Unternehmenszielen und den, sich daraus ergebenden Strategien, orientieren. Die Mitarbeiter in Unternehmen sind dann in der Lage, sich im betrieblichen Umfeld lernend zu entwickeln, wenn sie sich an Maßstäben und Orientierungspunkten halten können. Ein STAP ist ein Instrument, die erforderlichen, individuellen Potenziale der Mitarbeiter zu entdecken, um sich als Unternehmen den Veränderungen des Marktes anzupassen<sup>4.66</sup>.

Die Betriebspädagogen, als Bildungsbeauftragte in Unternehmen, sind gefordert, ein situatives, tätigkeitsbezogenes Anforderungsprofil auf der Basis eines Handlungskompetenzmodells, im Zusammenhang mit einem Pflegemodell, zu entwickeln, um handlungskompetentes Servicepersonal in der stationären Pflege beschäftigen zu können.

Im Kontext von Unternehmen ist es von Bedeutung, dass die individuelle Persönlichkeit, durch Verständigung über gemeinsame Regeln, Werte, Überzeugungen zur Gemeinschaft und Teamentwicklung beiträgt. Die Führungspersonen müssen diese Lernprozesse initiieren, steuern und mittragen<sup>4.67</sup> (s. Abb. 4.11).

---

<sup>4.66</sup> (Hülshoff, 2001; Hülshoff, 2010)

<sup>4.67</sup> ebenda

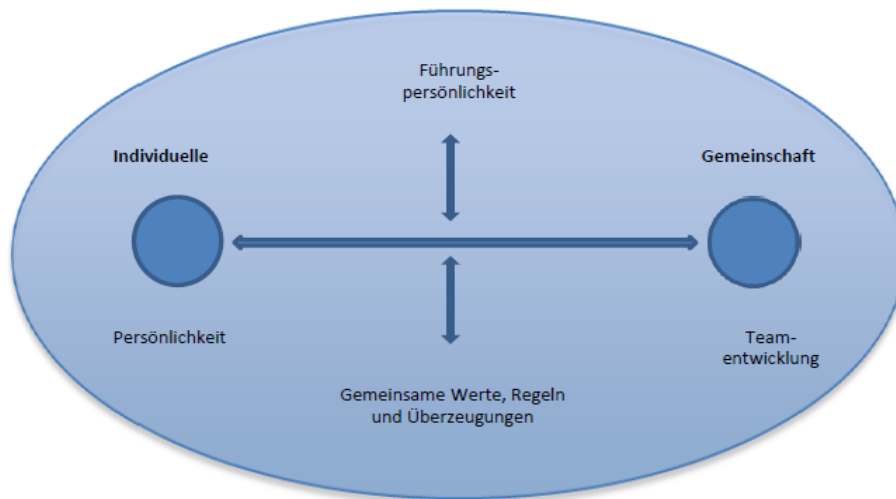


Abbildung 4.11: Parameter eines lernenden Unternehmens<sup>4.68</sup>

Diese Parameter eines lernenden Unternehmens lassen sich auf die Personengruppe des Servicepersonals und des Pflegepersonals übertragen. Eine Neuausrichtung der Tätigkeiten und folglich der Zusammenarbeit in Service und Pflege sind eine Herausforderung in der Zukunft. Sind die Unternehmen, die Führungskräfte in Krankenhäusern dazu bereit, diese Herausforderung anzunehmen?

Die berufliche Handlungskompetenz bezieht sich auf Tätigkeiten in bestimmten Situationen. Im Rahmen dieser Arbeit soll ein situatives, tätigkeitsbezogenes Anforderungsprofil für Servicepersonal im Bereich der stationären Pflege entwickelt werden. Ein Anforderungsprofil, das sich an den Ergebnissen der Delphi Befragung 1 und 2 orientiert und einen Leitfaden für eine Bildungsmaßnahme für Servicepersonal darstellen kann. An dieser Stelle wiederhole ich die zentrale Frage dieser Arbeit:

*„Inwieweit ist nach Meinung von Experten in der stationären Pflege ein Einsatz von Servicepersonal notwendig, das in der Lage ist, durch definierte Tätigkeiten und Anforderungen Pflegepersonal zu unterstützen?“*

Die empirische Untersuchung dieser Frage wird im nächsten Kapitel dargestellt.

---

<sup>4.68</sup> (Hülshoff, 2010)

## 5. Die Delphi-Befragung

### 5.1 Beschreibung der Methode

Eine Untersuchung nach der Delphi-Methode stellt eine Sonderform der Befragung dar<sup>1</sup>. Jäger bezog sich auf das klassische Griechenland und äußerte dazu *„Wenn Du nichts weißt, dann frage das Orakel von Delphi“*<sup>5.2</sup>.

Die Delphi-Methode dient zur Ermittlung von Expertenansichten über einen derzeit unbekanntem oder recht diffus erscheinenden Sachverhalt<sup>5.3</sup>. Die Befragung findet in mindestens zwei aufeinanderfolgenden „Wellen“ statt. In Delphi 1 kommt es darauf an, eine aktuelle Situation mittels Fragebogen zu erfassen. In Delphi 2 folgt eine darauf aufbauende, vertiefende Expertenbefragung, mittels standardisierter Interviews, mit dem Ziel, eine Einschätzung von Pflegeexperten zur Durchführung von Tätigkeiten und Lernbedarf für die Tätigkeiten von Servicepersonal abzubilden. Ziel der Delphi-Methode ist es *„[...]aus den Einzelbeiträgen der an der Kommunikation beteiligten Personen, Lösungen für komplexe Probleme zu erarbeiten“*<sup>5.4</sup>. Das komplexe Problem ist der Einsatz von Servicekräften in der stationären Pflege in Krankenhäusern. Die gewählte Methode weicht von einer klassischen Delphi Befragung insofern ab, dass innerhalb der Gesamterhebung in zwei Wellen, erst ein allgemeiner Sachverhalt abgefragt wird und danach eine Vertiefung erfolgt<sup>5.5</sup>. Üblicherweise verwenden die Forscher beim klassischen Verfahren das gleiche Instrument an einem späteren Zeitpunkt noch einmal<sup>5.6</sup>. Hier erfolgt jedoch ein Wechsel des Befragungsinstruments: Die Befragung Delphi 1 erfolgt durch einen standardisierten Fragebogen; die Befragung Delphi 2 erfolgt durch einen standardisierten Interviewleitfaden (s. Abb. 5.1).

---

<sup>5.1</sup> (Häder, 2009)

<sup>5.2</sup> (Jäger, 2012)

<sup>5.3</sup> (Häder, 2009; Jäger, 2012)

<sup>5.4</sup> (Bortz & Döring, 1995)

<sup>5.5</sup> (Wosnitza & Jäger, 2006)

<sup>5.6</sup> (Häder, 2009)

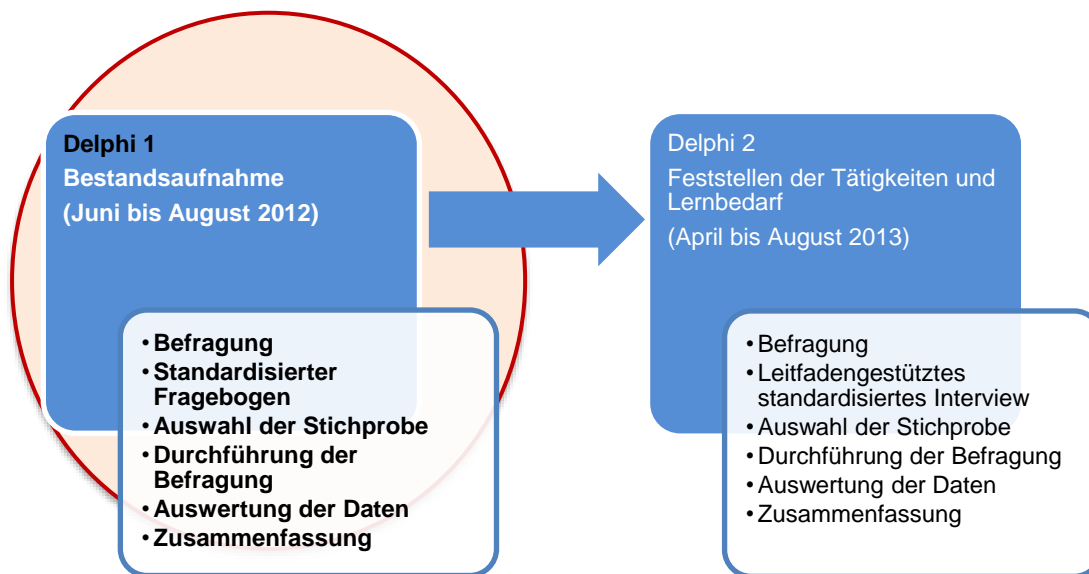


Abbildung 5.1: Überblick über das methodische Vorgehen der Befragung Delphi 1 und Delphi 2

## 5.2 Delphi 1

Die Befragung Delphi 1 dient als eine Bestandsaufnahme und fragt nach allgemeinen Sachverhalten bezüglich des Einsatzes von Servicepersonal auf pflegerischen Stationen in Krankenhäusern. Der Fragebogen ist nominal skaliert und erfasst, wie häufig ein Phänomen, bezogen auf den Einsatz von Servicekräften in einem Krankenhaus, vorkommt. Die Fragen zum Sachverhalt „Einsatz von Servicepersonal“ richten sich an eine gezielt ausgewählte Gruppe, in diesem Fall Pflegeexperten der Führungsebene in Krankenhäusern.

### 5.2.1 Forschungsmethode Befragung

Die Forschungsmethode erfolgt in Form einer schriftlichen Befragung, (s. Abb. 5.2.1), da die Bearbeitung durch die Teilnehmer alleine erfolgt und demnach weniger Hemmungen zur Äußerung vorhanden sind<sup>5.7</sup>.

---

<sup>5.7</sup> (Wosnitza & Jäger, 2006)



Abbildung 5.2.1: Struktur der Befragung Delphi 1

### 5.2.2 Erhebungsmethode Fragebogen

Der standardisierte Fragebogen ist gegliedert in fünf Fragenkomplexe, welche teilweise nominal und ordinal skaliert sind<sup>5.8</sup>. Die Antwortkategorien sind vorgegeben, jedoch sind auch freie Antwortmöglichkeiten vorgesehen.

An Hand des Fragebogens sollen folgende Hypothesen überprüft werden:

- In Krankenhäusern werden Servicekräfte beschäftigt.
- Die Organisation des Einsatzes von Servicekräften auf pflegerischen Stationen in Krankenhäusern ist diffus strukturiert.
- Servicekräfte sind auf pflegerischen Stationen sowie in weiteren Abteilungen von Krankenhäusern tätig, in unterschiedlicher Anzahl und unterschiedlichen organisatorischen Zuordnungen.
- Für Servicekräfte existieren Tätigkeitsbeschreibungen.
- Der Einsatz von Servicekräften ist zukünftig geplant bzw. soll erweitert werden.
- Für die Beschäftigung von Servicekräften besteht ein uneinheitliches Qualifikationsniveau.

<sup>5.8</sup> (Bortz J. , 1999; Wosnitza & Jäger, 2006; Jäger, 2012)

- In den Einrichtungen besteht ein Schulungsangebot für Servicekräfte unterschiedlichen Inhaltes und Umfangs.
- Servicekräfte führen Tätigkeiten in unterschiedlichen Handlungsfeldern aus.

Der Fragebogen ist im Folgenden angeführt:

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen einer Befragung zum Einsatz von Servicepersonal in pflegerischen Einrichtungen des Gesundheitswesens bitte ich Sie die folgenden Fragen zu beantworten.  
 Die Befragung unterliegt dem Datenschutz!

Bitte kreuzen Sie die Antwortmöglichkeit an, bzw. tragen Sie die Antworten ein unter Beachtung der Hinweise in Fragenblock 2 und 3!

1. Organisation			
<b>1.1 Sind in Ihrer Einrichtung bereits Servicekräfte auf pflegerischen Stationen tätig?</b>			
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> nein		
<b>1.2 Wie viele Servicekräfte auf pflegerischen Stationen beschäftigen Sie in Ihrer Einrichtung?</b>			
Anzahl (Angabe % Vollzeitkraft)			
<b>1.3 In welchen Abteilungen außerhalb von Pflegestationen sind Servicekräfte in Ihrer Einrichtung tätig?</b>			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<b>1.4 Welchem Bereich sind die Servicekräfte organisatorisch zugeordnet?</b>			
<input type="radio"/> Pflege	<input type="radio"/> Verwaltung		
<input type="radio"/> Hauswirtschaft	<input type="radio"/> Sonstige		
<b>1.5 Gibt es in Ihrer Einrichtung Tätigkeitsbeschreibungen bzw. Aufgabenbeschreibungen für Servicekräfte?</b>			
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein		
<b>1.6 Planen Sie den Einsatz von Servicekräften auf pflegerischen Stationen?</b>			
<input type="radio"/> Ja	Wenn ja, ab wann:	<input type="radio"/> nein	
2. Qualifikation und Schulung Bitte antworten Sie auch, wenn der Einsatz geplant wird!			
<b>2.1 Welche Qualifikation bringen die Servicekräfte in Ihrer Einrichtung mit bzw. sollten Servicekräfte Ihrer Meinung nach haben?</b>			
<b>Abgeschlossene Berufsausbildung:</b>			
<input type="radio"/> Hotel- und Gastronomie Fachangestellte / Fachangestellter <input type="radio"/> Medizinische Fachangestellte / Fachangestellter <input type="radio"/> Friseurin / Friseur <input type="radio"/> Sonstige: _____			
<b>2.2 Gibt es spezielle Schulungen für Servicekräfte bzw. befürworten Sie spezielle Schulungen in Ihrer Einrichtung?</b>			
<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> In den ersten 6 Monaten	<input type="radio"/> Nach 6 -12 Monaten	<input type="radio"/> keine

Servicepersonal in der stationären Pflege  
Kapitel 5 – Delphi-Befragung

2.3 Wenn ja, zu welchen Themen gibt es bzw. sollte es Schulungen geben?	
<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"/>

3. Tätigkeiten Bitte antworten Sie auch, wenn der Einsatz geplant wird!	
3.1 Welche Tätigkeiten führen Servicekräfte auf pflegerischen Stationen in Ihrer Einrichtung durch bzw. welche könnten Ihrer Meinung nach durchgeführt werden?	
<input type="checkbox"/> Tätigkeiten im Bereich Essen und Trinken	<input type="checkbox"/> Hauswirtschaftliche Tätigkeiten in den Patientenzimmern
<input type="checkbox"/> Mithilfe bei Empfang und Entlassung von Patienten	<input type="checkbox"/> Hauswirtschaftliche Tätigkeiten in den stationären Betriebsräumen
<input type="checkbox"/> Mithilfe bei der Organisation und Administration	<input type="checkbox"/> Mithilfe bei Hol- und Bring- Diensten
<input type="checkbox"/> Mithilfe bei Patiententransporten	<input type="checkbox"/> Mithilfe bei der direkten Pflege
<input type="checkbox"/> Selbständige direkte Pflege (bei niedriger Pflegekategorie z. B. A1/S1)	<input type="checkbox"/> Sonstige

4. Allgemeine Daten		
4.1 Wie viele Betten hat Ihre Einrichtung?		
Anzahl:		
4.2 In welcher Funktion Sie sind in Ihrer Einrichtung tätig:		
<input type="checkbox"/> Pflegedirektor/in	<input type="checkbox"/> Pflegedienstleiter/-in	<input type="checkbox"/> Abteilungsleiter/-in/
<input type="checkbox"/> Stationsleiter/-in	<input type="checkbox"/> Qualitätsmanager/in	<input type="checkbox"/> Andere Funktion

5. Sonstiges	
5.1 Sind Sie an einem Ergebnis der Befragung interessiert?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Falls Sie weitere Informationen benötigen, stehe ich Ihnen per E-Mail zur Verfügung: [diss\\_a.orthgiess@t-online.de](mailto:diss_a.orthgiess@t-online.de)  
Danke für Ihre Beantwortung der Fragen bis zum 13. 08. 2012!

### 5.2.3 Auswahl der Stichprobe:

Die Befragung richtete sich an Adressaten in Krankenhäusern, welche in den Homepages im Internet veröffentlicht sind.

Ein Anschreiben, mit gleichzeitiger Übermittlung des Fragebogens per E-Mail, richtete sich an 168 Personen in Führungspositionen in insgesamt 48 Institutionen. Ausschlaggebend für die Auswertung ist das Phänomen „Servicepersonal in pflegerischen Einrichtungen“, es zählt die Antwort eines Pflegeexperten pro Institution. Bei einer Gesamtheit von 168 Führungskräften in 48 Institutionen, besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit.



Personen mit der entsprechenden pflegerischen Expertise zu erreichen. Die Experten sind in erster Linie Pflegedirektoren/-innen und Pflegedienstleiter/-innen sowohl auch andere Führungskräfte der Bereiche Servicemanagement, kaufmännische Leitung, Personal- und Patientenversorgung, Qualitätsmanagement. (s. Abb. 5.2.2).

Das Verhältnis zwischen den Führungskräften stellt sich wie folgt dar:  $P_{\text{Pfdir} + \text{PDL}} = 48(48 + 7) = 0,87$  und  $P_{\text{Andere}} = 7(48+7) = 0,13^{5.9}$ . Das Ergebnis von 0,87:0,13 bedeutet, dass im Expertenkreis Pflegedirektoren/-innen und Pflegedienstleiter/-innen im Gegensatz zu anderen, also Nicht-Pflegedirektoren/-innen und Pflegedienstleiter/-innen, überproportional vorhanden sind.

Durch eine gezielte Stichprobenauswahl dieser Gesamtheit lässt sich ein Trend abbilden, welcher ein realistisches Meinungsbild von Pflegeexperten mit Führungspositionen in Krankenhäusern darstellt.

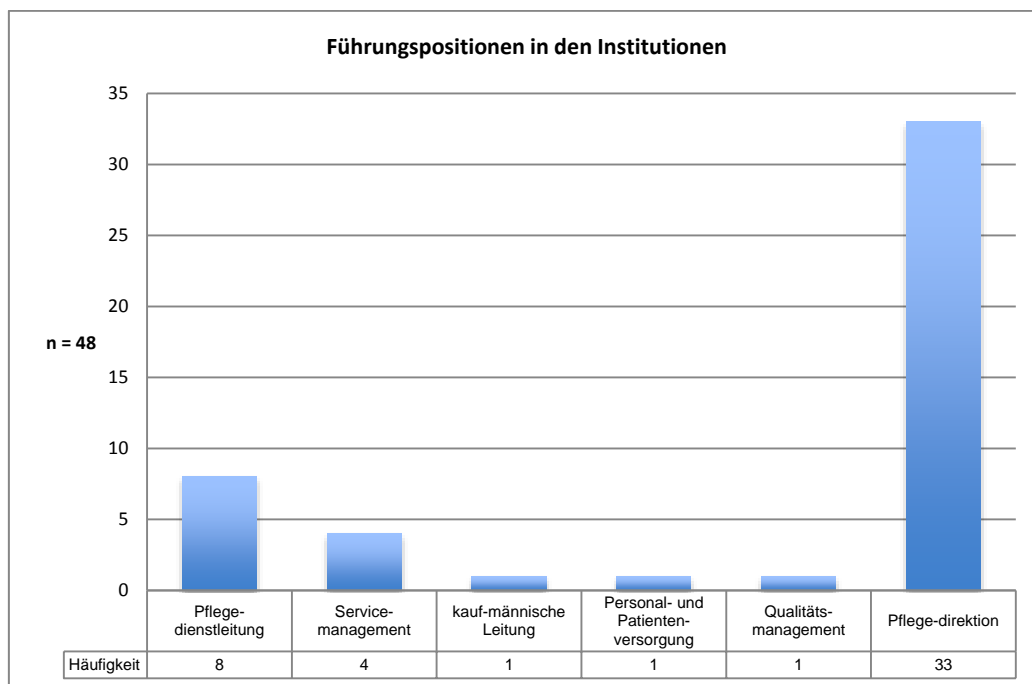


Abbildung 5.2.2: Stichprobe Führungspositionen in den Institutionen

Die geographische Auswahl der Institutionen bezog sich insbesondere auf den süddeutschen Raum, mit den Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern und Rheinland-Pfalz (s. Tab. 5.2.1).

<sup>5.9</sup> (Bortz J. , 1999)

Bundesland	Personen/P	Institutionen/I	Relation P/I
Baden Württemberg	19	5	3,8 : 1
Bayern	105	28	3,8 : 1
Rheinland Pfalz	44	15	2,9 : 1
Gesamt	168	48	3,5 : 1

Tabelle 5.2.1: Verteilung der angeschriebenen Personen in den Institutionen im Zusammenhang der Bettenanzahl

Aus dieser Verteilung ergibt sich ein günstiger Ausschöpfungsgrad zwischen den angeschriebenen Personen und den Institutionen.

Die Adressaten der Befragung in den klinischen und pflegerischen Einrichtungen sind Pflegeexperten in Führungspositionen, in Pflegedirektionen und nachfolgenden Positionen des Pflegebereichs. Sie bilden daher eine homogene Gruppe. Die Direktionsebenen in pflegerischen und klinischen Einrichtungen bilden sich gemäß folgendem Organigramm ab (s. Abb. 5.2.3):

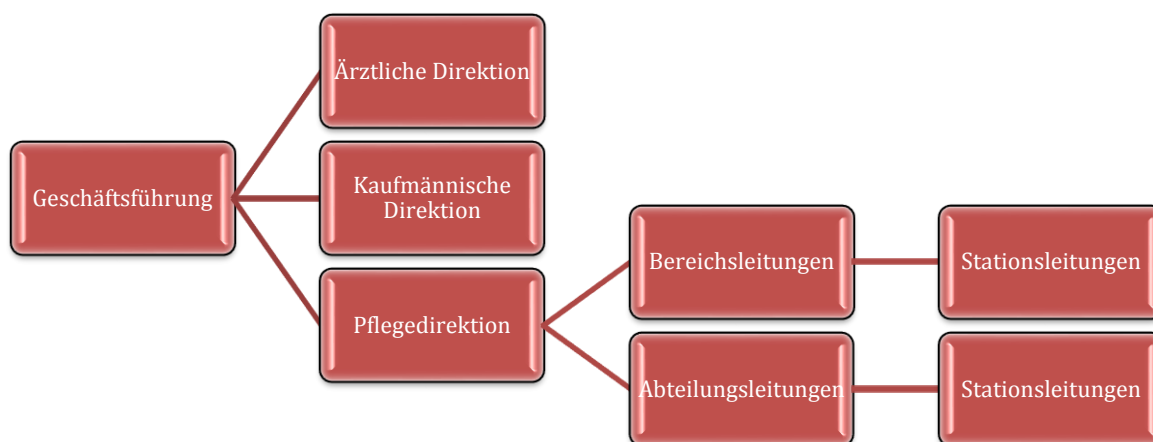


Abbildung 5.2.3: Organigramm der Führungsstruktur der Institutionen

#### 5.2.4 Durchführung der Befragung Delphi 1

Die Verteilung der Fragebögen erfolgte per E-Mail. Eine für die Rückantwort eingerichtete E-Mailadresse erleichterte die Differenzierung der Eingangspost und die Ablage in einem gesonderten E-Mail Ordner. Ein einheitliches Anschreiben stellte das Forschungsinteresse und Motivation dar. Nachdem zum ersten Antwortendtermin der Rücklauf noch

nicht zufriedenstellend war, erfolgte eine weitere Aufforderung an die Adressaten, die bis zum angegebenen Endtermin noch nicht antworteten. Schließlich wurde der 02. 09. 2012 als endgültige Deadline gesetzt.

#### 5.2.4.1 Rückläufe der Fragebögen

Mit Blick auf 48 angeschriebene Institutionen ergibt sich folgende prozentuale Verteilung des Rücklaufs der Fragebögen (s. Abb. 5.2.4):

Die Abbildung zeigt Anteile der Rückantworten auf den Fragebogen nach der ersten Anfragerunde, der Rückantwort nach der zweiten Anfragerunde (nach einer Erinnerung und erneuten Bitte an der Befragung teilzunehmen) und keine Rückantwort. Aus insgesamt 22 Krankenhäusern erfolgte eine Rückantwort von Personen, die zum Expertenkreis (siehe oben aufgeführtes Organigramm und Adressatenbild) zählen. Das ergibt einen Gesamtrücklauf der Befragung Delphi 1 von 46%.

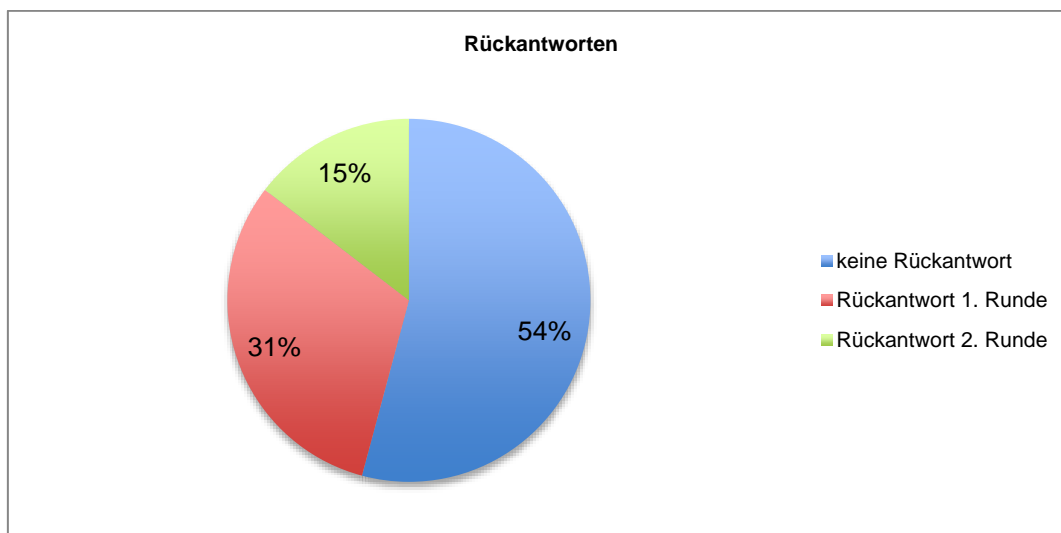


Abbildung 5.2.4: Anteile der Rückantworten der Führungspersonen der ersten und zweiten Runde der Anfrage.

Ergänzend zum Rücklauf der Fragebogen kristallisiert sich ein Unterschied zwischen Antworten, mit und ohne Rückfragen, heraus (s. Abb. 5.2.5).

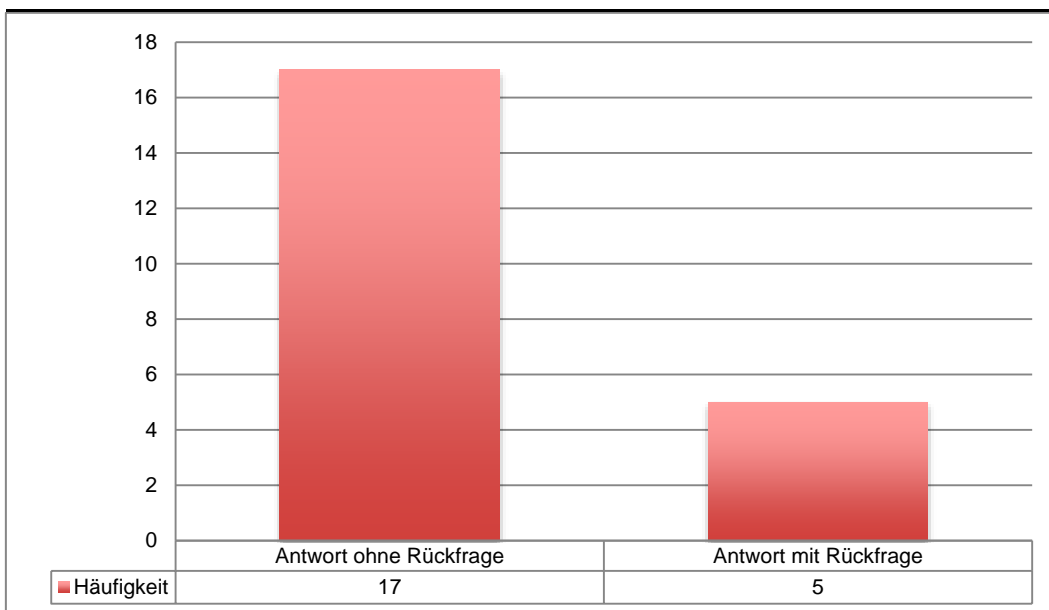


Abbildung 5.2.5: Antworten der Führungspersonen mit und ohne Rückfrage

Die Art der Rückfragen lässt sich ebenfalls noch einmal differenzieren (s. Abb. 5.2.6). Zwei Teilnehmer stellten Rückfragen bezüglich der Legitimation der anfragenden Person, drei bezüglich einer Definition des Begriffs „Servicepersonal“. Ein Teilnehmer bat darum, die Deadline aufzuschieben, mit der Begründung, das Thema noch in einer Direktoriumskonferenz besprechen zu müssen.

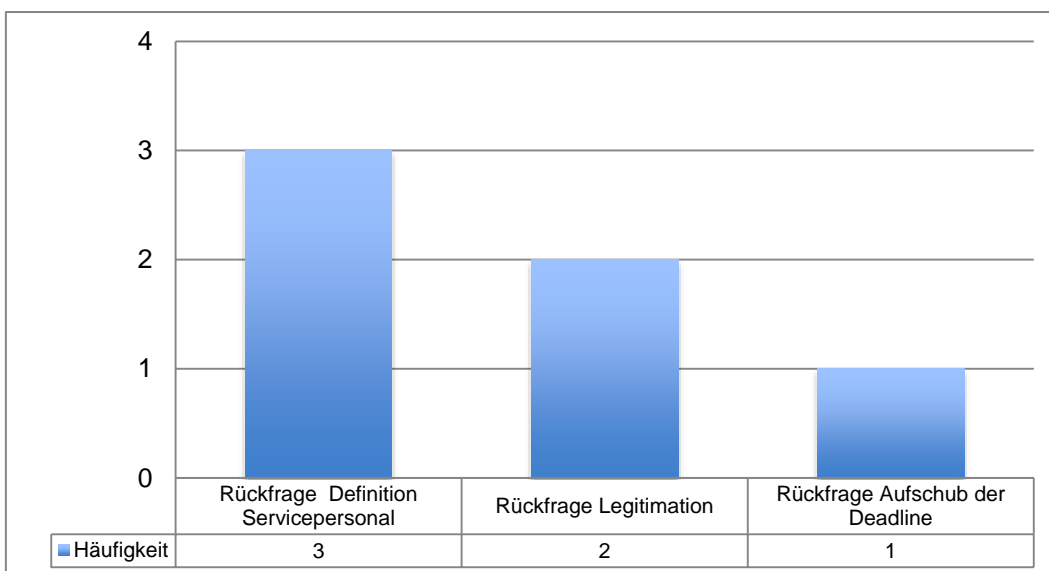


Abbildung 5.2.6: Art der Rückfragen der Führungspersonen

### 5.2.5 Auswertung der Daten der Befragung Delphi 1

Die Reihenfolge der Datenauswertung erfolgt analog zu den Fragekomplexen des Fragebogens. Formuliere Ausgangshypothesen werden entweder bestätigt oder verworfen.

### Fragenkomplex 1 - Organisation

#### Frage 1.1: Sind in Ihrer Einrichtung bereits Servicekräfte auf pflegerischen Stationen tätig?

Ausgangshypothesen:

H1 lautet, dass in mehr als 50% der befragten Einrichtungen Servicekräfte auf pflegerischen Stationen tätig sind.

H0 lautet, dass in weniger als 50% der befragten Einrichtungen keine Servicekräfte auf pflegerischen Stationen tätig sind.

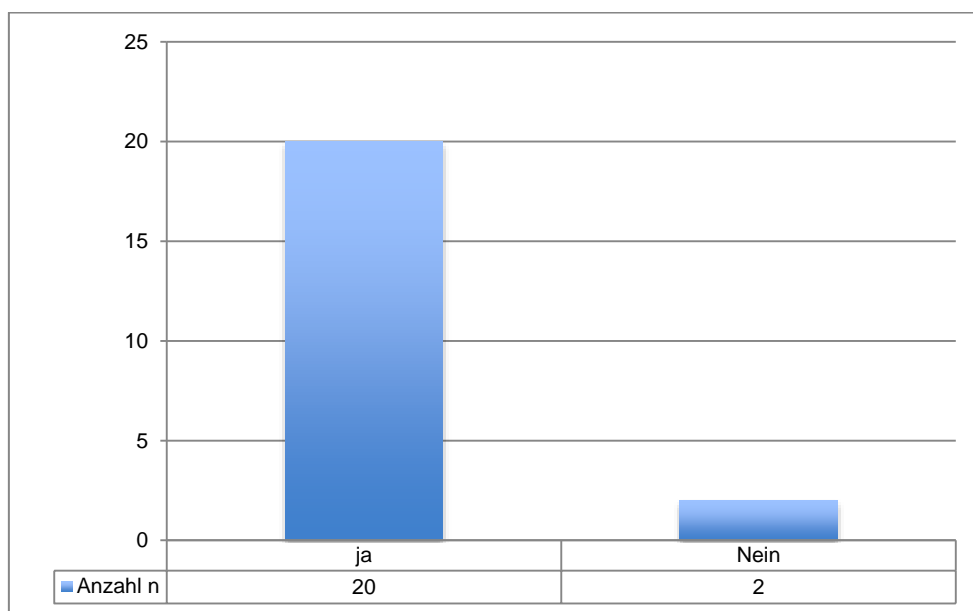


Abbildung 5.2.7: Beschäftigung von Servicekräften in den befragten Einrichtungen

In 20 von 22 Einrichtungen sind bereits Servicekräfte, in 2 von 22 Einrichtungen sind keine Servicekräfte auf pflegerischen Stationen tätig (s. Abb. 5.2.7). Das ergibt ein prozentuales Verhältnis von: 91% zu 9% von Einrichtungen, in denen Servicekräfte auf pflegerischen Stationen tätig sind. Damit ist die H1-Hypothese bestätigt, da der Anteil der Einrichtungen in denen Servicekräfte auf pflegerischen Stationen größer ist als 50%. Die H0-Hypothese ist nicht bestätigt und wird verworfen, da die erreichten 9% unter der 50%-Marke liegen.

#### Frage 1.2: Wie viele Servicekräfte auf pflegerischen Stationen beschäftigen Sie in Ihrer Einrichtung

Ausgangshypothesen:

H1 lautet: In den befragten Einrichtungen sind im Durchschnitt größer oder gleich 20 Servicekräfte auf pflegerischen Stationen beschäftigt.

H0 lautet: In den befragten Einrichtungen sind im Durchschnitt weniger als 20 Servicekräfte auf pflegerischen Stationen beschäftigt.

Die Abbildung 5.2.8 zeigt einen Überblick über die Anzahl der Servicekräfte in den befragten pflegerischen Einrichtungen.

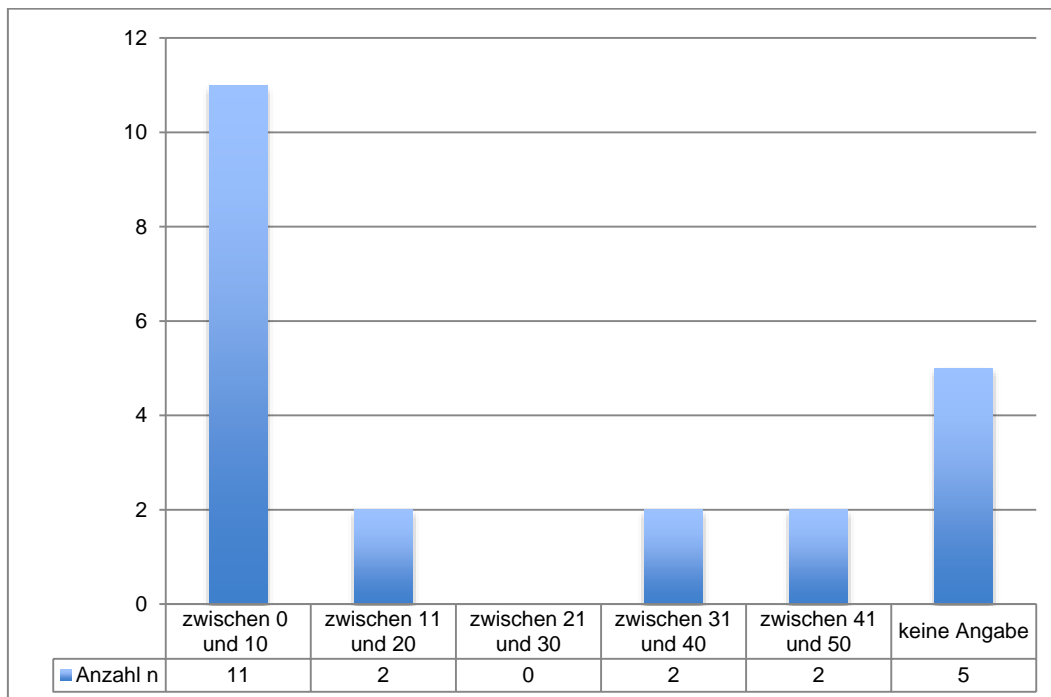


Abbildung 5.2.8: Anzahl der Servicekräfte auf pflegerischen Stationen in den Einrichtungen

Eine Häufigkeitsverteilung von beschäftigtem Servicepersonal unter Einbezug des Intervalls und des Mittelwertes zeigt die folgende tabellarische Übersicht (s. Tab. 5.2.2).

Zunächst wurden die Mittelwerte der Intervalle berechnet und mit den jeweiligen Angaben pro Intervall multipliziert. Das Ergebnis zeigt, wie viele Servicekräfte durchschnittlich beschäftigt sein könnten.

H 1 In den befragten Einrichtungen sind im Durchschnitt größer oder gleich 20 Servicekräfte auf pflegerischen Stationen beschäftigt					
H 0 In den befragten Einrichtungen sind im Durchschnitt weniger als 20 Servicekräfte auf pflegerischen Stationen beschäftigt					
Intervallweite	Xmin	Xmax	Mittelwert Xmin und Xmax	Angaben	Beschäftigte Servicekräfte im Durchschnitt
zwischen 0 und 10	0	10	5	11	55
zwischen 11 und 20	11	20	15,5	2	31
zwischen 21 und 30	21	31	26	0	0
zwischen 31 und 40	31	40	35,5	2	71
zwischen 41 und 50	41	50	45,5	2	91
Gesamt	104	151	127,5	17	248

Tabelle 5.2.2: Häufigkeit der Beschäftigung von Servicekräften in den Einrichtungen

Beispielsweise ergibt dies bei dem Intervall 0 bis 10 einen Mittelwert von 5. Im nächsten Schritt wird der Mittelwert 5 multipliziert mit 11 validen Angaben und ergibt 55 Servicekräfte, die durchschnittlich auf den pflegerischen Stationen eingesetzt werden. Diese Berechnung wiederholt sich jeweils in den weiteren Intervallen.

Als Maß der zentralen Tendenz  $\bar{x}$  aller Angaben wird das arithmetische Mittel herangezogen<sup>5.10</sup>. Es werden alle Werte der beschäftigten Servicekräfte addiert und durch die Anzahl der validen Angaben geteilt, d. h.:  $\bar{x} = \frac{248}{17} = 15$  und bedeutet, dass 15 Servicekräfte im Durchschnitt auf pflegerischen Stationen in den befragten Einrichtungen beschäftigt sind.

Die Ausgangshypothese H1 ist damit nicht bestätigt, da die durchschnittliche Häufigkeit, von beschäftigten Servicekräften auf pflegerischen Stationen der befragten Einrichtungen, weniger als 20 beträgt. Die Ausgangshypothese H0 ist damit bestätigt, da die Durchschnittswerte der Beschäftigungshäufigkeit von Servicekräften unter 20 liegen, nämlich bei durchschnittlich 15 Servicekräften bei 17 validen Angaben. Fünf Pflegeexperten machten zu dieser Frage keine Angabe.

**Frage 1.3: In welchen Abteilungen außerhalb von Pflegestationen ist Servicepersonal in Ihrer Einrichtung tätig?** Mehrfachnennungen sind hier möglich.

Ausgangshypothesen:

H1 lautet: In Abteilungen der befragten Einrichtungen ist Servicepersonal außerhalb von Pflegestationen tätig.

H0 lautet: In Abteilungen der befragten Einrichtungen ist kein Servicepersonal außerhalb von Pflegestationen tätig.

Hier zeigt sich, dass Servicepersonal in sechs weiteren Handlungsfeldern pflegerischer Einrichtungstätigkeit ist. Die Ergebnisse sind in der Gesamtübersicht der Bereiche (s. Abb. 5.2.9) und danach in einer weiteren Differenzierung der Handlungsfelder von Servicepersonal dargestellt.

---

<sup>5.10</sup> (Jäger, 2012)

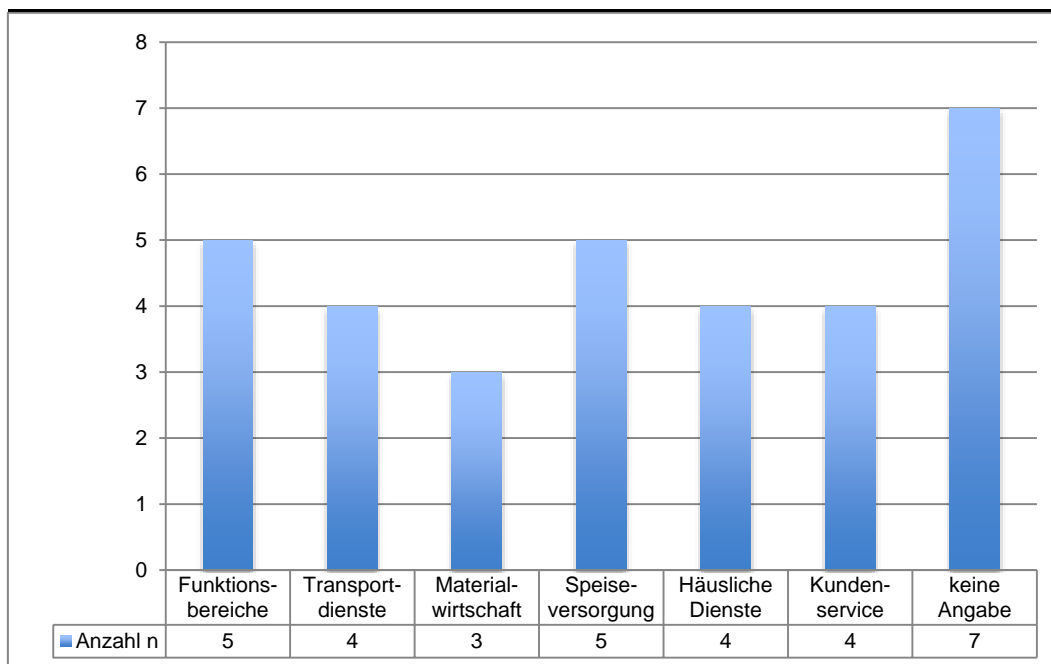


Abbildung 5.2.9: Beschäftigung von Servicekräften in den Einrichtungen außerhalb der pflegerischen Stationen

Im Vergleich zu Frage 1.1 ist in 20 von 22 Einrichtungen Servicepersonal auf pflegerischen Stationen tätig. Bei Frage 1.3 geben 15 von 22 Einrichtungen an, Servicepersonal in sechs weiteren Bereichen der Kliniken, außerhalb von Pflegestationen, zu beschäftigen. Die sechs Bereiche außerhalb von pflegerischen Stationen sind Funktionsbereiche, Transportdienste, Materialwirtschaft, Speiseversorgung, häusliche Dienste und Kundenservice. Das Verhältnis Pflegestation zu weiteren Bereichen beträgt 1:6. Sieben Einrichtungen machen keine Angaben zu dieser Fragestellung. Die Chance beschäftigtes Servicepersonal außerhalb von pflegerischen Stationen zu finden beträgt im Verhältnis Ja 0,68 = 68% zu Nein 0,32 = 32%. Das Phänomen tritt 2,1fach in den befragten Einrichtungen auf. In den 15 Einrichtungen, die Angaben zu der Frage 1.3 machen, sind Servicekräfte insgesamt 25mal in die sechs genannten Bereiche verteilt. Daraus ergibt sich ein Verhältnis 1:1,67 in der Verteilung von Servicepersonal innerhalb pflegerischer Stationen zu Servicepersonal in Bereichen außerhalb von Pflegestationen. Damit wird H1 bestätigt, denn auch in Abteilungen außerhalb von Pflegestationen ist Servicepersonal tätig. H0 wird verworfen, denn nicht nur auf pflegerischen Stationen ist Servicepersonal in den befragten Einrichtungen tätig. Die einzelnen Bereiche sind in der folgenden Auswertung als Ergänzung und weitere Ausdifferenzierung der Frage 1.3. dargestellt.



**Frage 1.3: Differenzierung der Angaben zu über die weiteren Handlungsfelder von Servicepersonal außerhalb von pflegerischen Stationen Bereiche - Funktionsbereiche**

Die Abteilungen Notaufnahme, Intensivstation, Operationsabteilung und Endoskopie werden als Funktionsbereiche zusammengefasst bezeichnet. Fünf von 15 bzw. ein Drittel der befragten Pflegeexperten geben an, dass sie in den Funktionsbereichen Servicepersonal einsetzen. Da Mehrfachnennungen möglich sind ergibt sich folgendes Bild (s. Abb. 5.2.10):

Von insgesamt acht Nennungen der fünf Pflegeexperten verteilen sich die Servicekräfte mit je zwei Angaben auf vier Abteilungen im Funktionsdienst (Notaufnahme, Intensivstation, Operationsabteilung und Endoskopie). Daraus geht hervor, dass der Einsatz von Servicepersonal zu 0,4 Ja zu 0,6 Nein in den Abteilungen beträgt. Die Chance in diesen Abteilungen Servicepersonal anzutreffen beträgt 1:1,25.

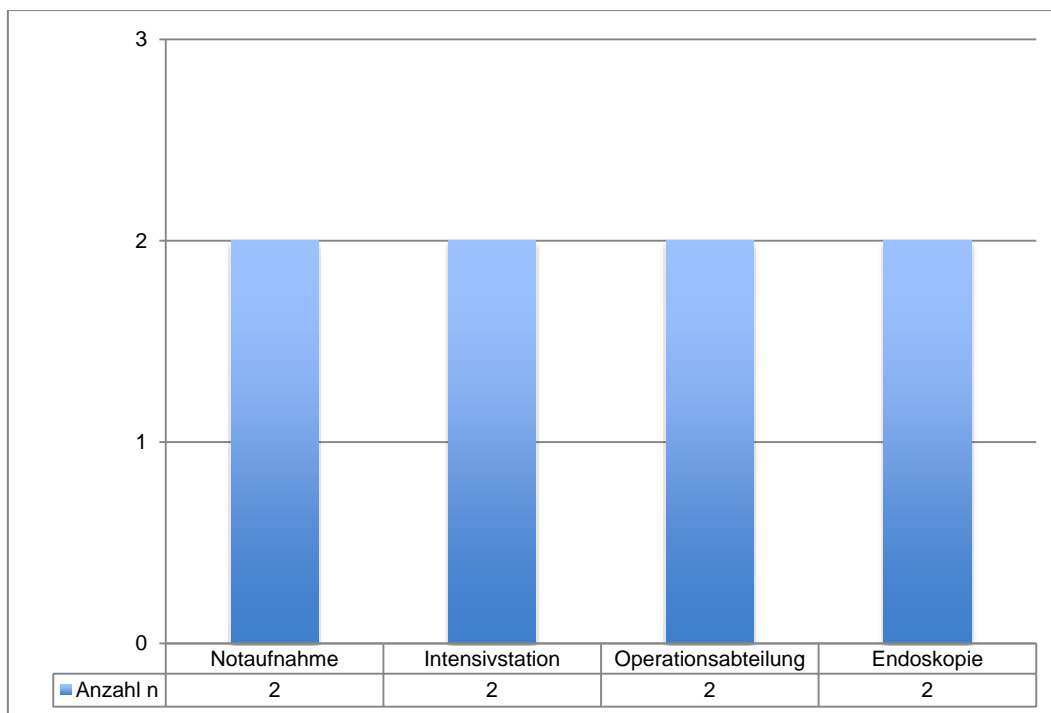


Abbildung 5.2.10: Beschäftigung von Servicekräften in den Funktionsbereichen

**Frage 1.3: Differenzierung der Angaben über die weiteren Handlungsfelder von Servicepersonal außerhalb von pflegerischen Stationen Bereiche – Transportdienst**

Der Transportdienst ist laut Angaben der Pflegeexperten unterteilt in Patiententransport und Hol- und Bringdienst (s. Abb. 5.2.11).

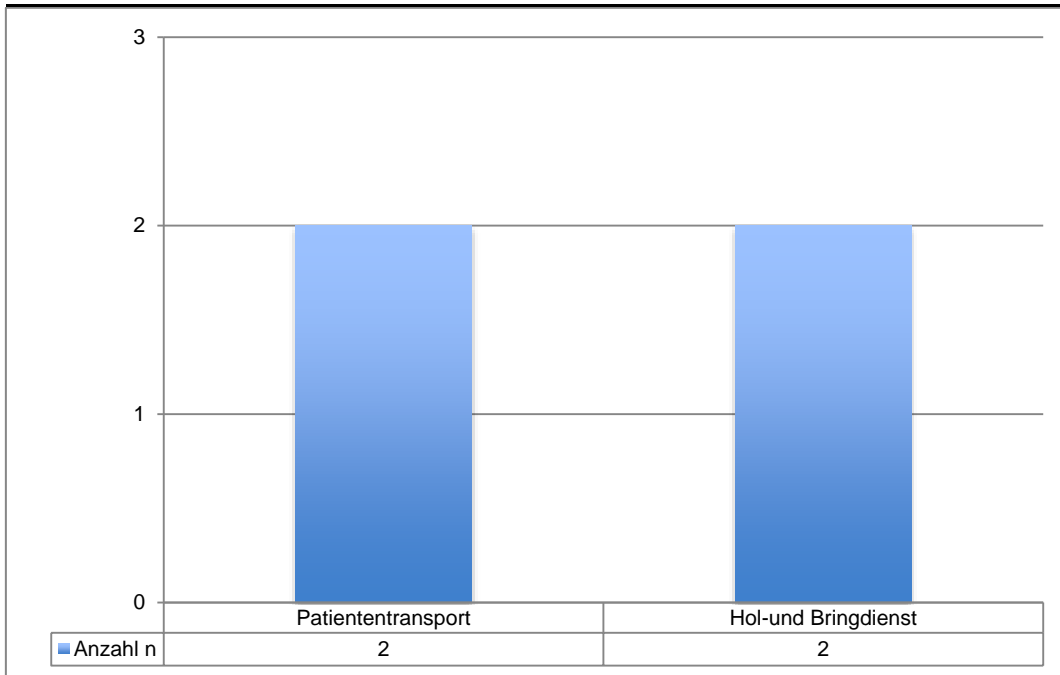


Abbildung 5.2.11: Beschäftigung von Servicekräften im Transportdienst

Vier von 15 Pflegeexperten geben an, dass in der Einrichtung Servicepersonal im Transportdienst tätig ist. Der Transportdienst beinhaltet den Patiententransport und den Hol- und Bringdienst mit je zwei Angaben, also je 50%. Die Chance Servicepersonal im Transportdienst anzutreffen beträgt 1:1.

**Frage 1.3: Differenzierung der Angaben zu über die weiteren Handlungsfelder von Servicepersonal außerhalb von pflegerischen Stationen Bereiche – Materialwirtschaft**

Die Materialwirtschaft unterscheidet sich, laut den Angaben der Pflegeexperten, in die Bereiche Materialversorgung mit zentraler Lagerhaltung und Verteilung und der Apotheke, ebenfalls mit Lagerhaltung von Medikamenten und deren Verteilung (s. Abb. 5.2.12).

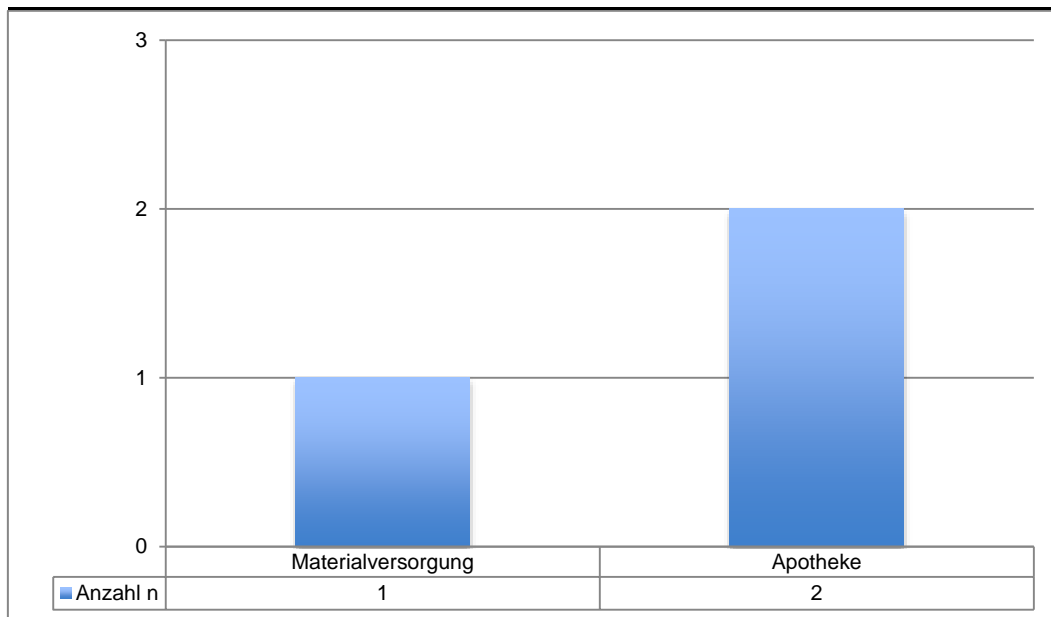


Abbildung 5.2.12: Beschäftigung von Servicekräften in der Materialwirtschaft

Drei von 15 Pflegeexperten geben an, dass Servicepersonal in der Materialwirtschaft beschäftigt ist. Die Materialwirtschaft beinhaltet die Bereiche Materialversorgung mit einer Angabe, anteilig 0,33 Ja und 0,67 Nein und die Apotheke mit zwei Angaben, anteilig 0,67 Ja und 0,33 Nein. Die Chance Servicepersonal in der Materialversorgung anzutreffen beträgt 1:2 und in der Apotheke 1:0,5.

**Frage 1.3: Differenzierung der Angaben zu über die weiteren Handlungsfelder von Servicepersonal außerhalb von pflegerischen Stationen Bereiche – Speisenversorgung**

Die Speisenversorgung unterscheidet sich, laut den Angaben der Pflegeexperten, in die Bereiche Küche mit dem Schwerpunkt der Speisenzubereitung und Casino/Mensa mit dem Schwerpunkt Ausgabe, Auftragen und Servieren der Speisen für Personal (s. Abb. 5.2.13).

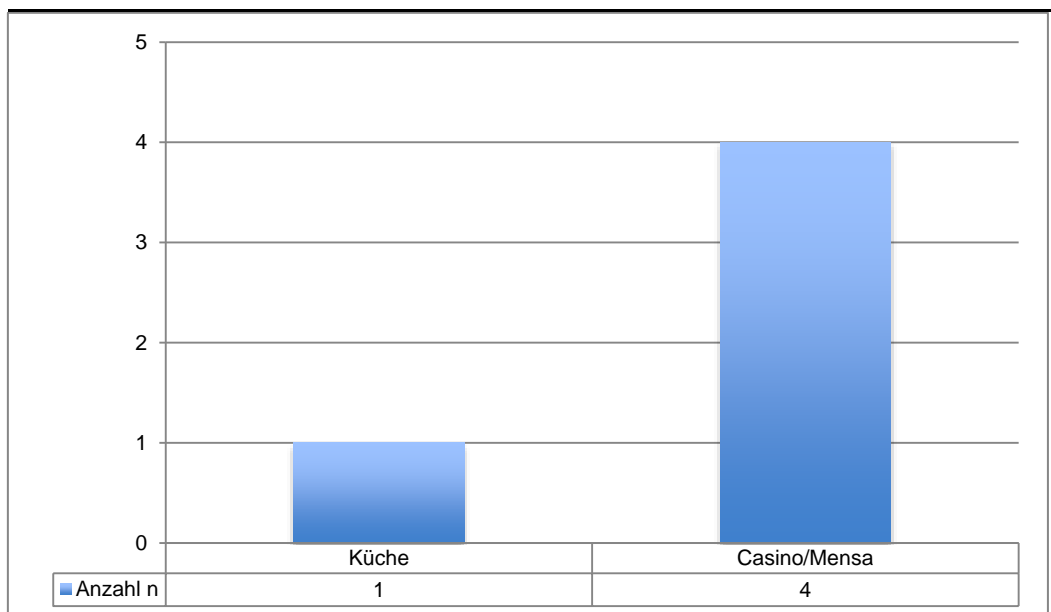


Abbildung 5.2.13: Beschäftigung von Servicekräften in der Speiserversorgung

Fünf von 15 Pflegeexperten geben an, dass Servicepersonal im Rahmen der Speiserversorgung tätig ist. Sie verteilen sich auf die Küche mit einer Angabe, anteilig 0,2 Ja und 0,8 Nein und Casino/Mensa mit vier Angaben, anteilig 0,8 Ja und 0,2 Nein. Die Chance Servicepersonal in der Küche anzutreffen beträgt 1:4 in Casino/Mensa 1:0,25.

**Frage 1.3: Differenzierung der Angaben zu über die weiteren Handlungsfelder von Servicepersonal außerhalb von pflegerischen Stationen Bereiche – Häusliche Dienste**

Die häuslichen Dienste unterscheiden sich, laut Angaben der Pflegeexperten, in die Bereiche Hauswirtschaft und Hausreinigung (s. Abb. 5.2.14).

Vier von 15 Pflegeexperten geben an, dass Servicepersonal im Häuslichen Dienst tätig ist. Dieser unterteilt sich in Hauswirtschaft mit drei Angaben, anteilig 0,75 Ja und 0,25 Nein und Hausreinigung mit einer Angabe, anteilig 0,25 Ja und 0,75 Nein. Die Chance Servicepersonal in der Hauswirtschaft anzutreffen beträgt 1: 0,33, in der Hausreinigung 1:3.

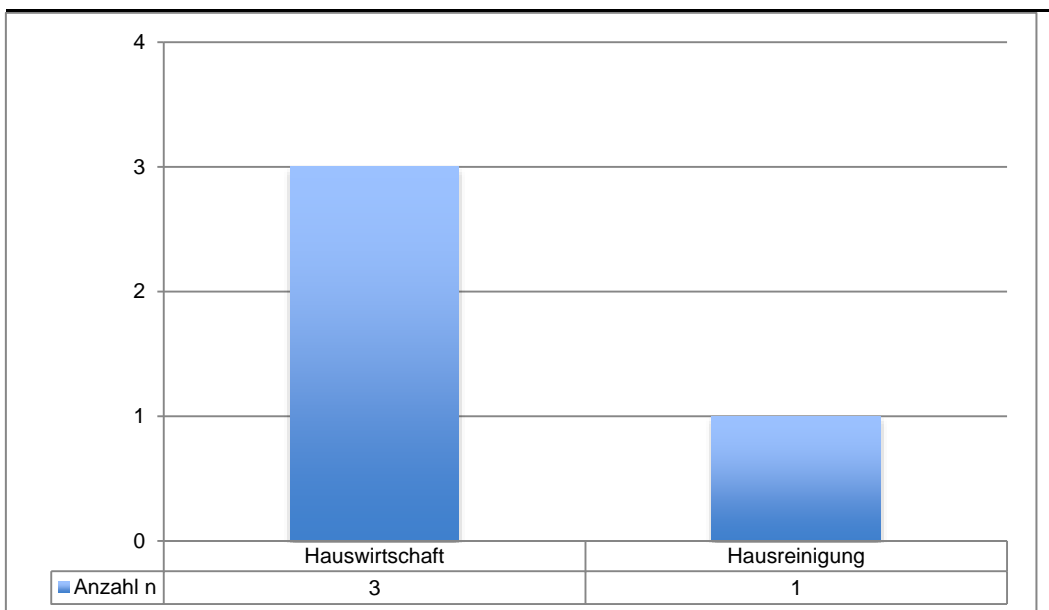


Abbildung 5.1.14: Beschäftigung von Servicekräften im Häuslichen Dienst

**Frage 1.3: Differenzierung der Angaben zu über die weiteren Handlungsfelder von Servicepersonal außerhalb von pflegerischen Stationen Bereiche – Kundenservice**

Der Kundenservice unterscheidet sich, nach Angaben der Pflegeexperten, in die Bereiche Patientenservice, Empfang, Dolmetscher und Patientenbegleitung (s. Abb. 5.2.15).

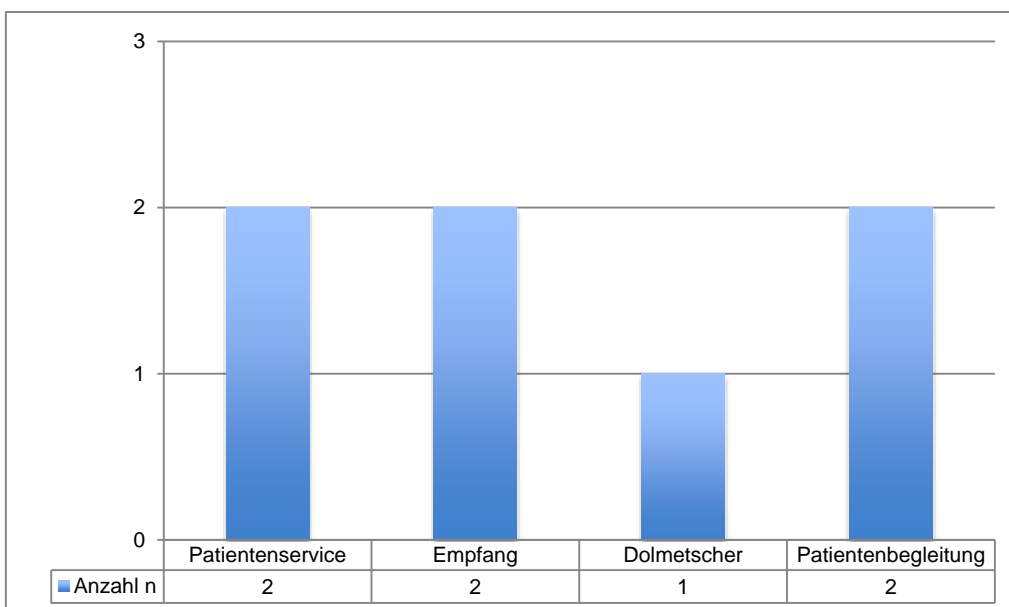


Abbildung 5.2.15: Beschäftigung von Servicekräften im Kundenservice

Sieben von 15 Pflegeexperten geben an, dass Servicepersonal im Bereich des Kundenservice tätig ist. Diese Serviceleistungen unterteilen sich nach den Angaben in den in Patientenservice mit zwei Angaben, anteilig 0,28 Ja und 0,72 Nein, in Empfang mit zwei Angaben, anteilig 0,28 Ja und 0,72

Nein, Dolmetscher mit einer Angabe, anteilig 0,14 Ja und 0,86 Nein, Patientenbegleitung mit 2 Angaben, anteilig 0,28 Ja und 0,72 Nein. Die Chance Servicepersonal beim Patientenservice, beim Empfang und bei der Patientenbegleitung anzutreffen beträgt jeweils 1:2,57 und bei einem Dolmetscher 1:6,14.

**Frage 1.4: Welchem Bereich sind Servicekräfte organisatorisch zugeordnet? Mehrfachnennungen sind möglich.**

Ausgangshypothesen:

H1 lautet: Die Servicekräfte sind zu mehr als 50% der Pflege organisatorisch zugeordnet;

H0 lautet: Die Servicekräfte sind weniger als 50% der Pflege organisatorisch zugeordnet (s. Abb. 5.2.16).

Aus den insgesamt 33 Angaben sind 16 organisatorisch der Pflege zugeordnet und 17 nicht der Pflege zugeordnet. Sie gehören organisatorisch zu der Hauswirtschaft, Verwaltung und sonstigen Bereichen.

Das Verhältnis der Zuordnung Pflege zu Nicht-Pflege beträgt 0,49: 0,51, Die H1 Hypothese wird verworfen. Die organisatorische Zuordnung der Servicekräfte zu Nicht-Pflege-Bereichen beträgt mehr als 50%.

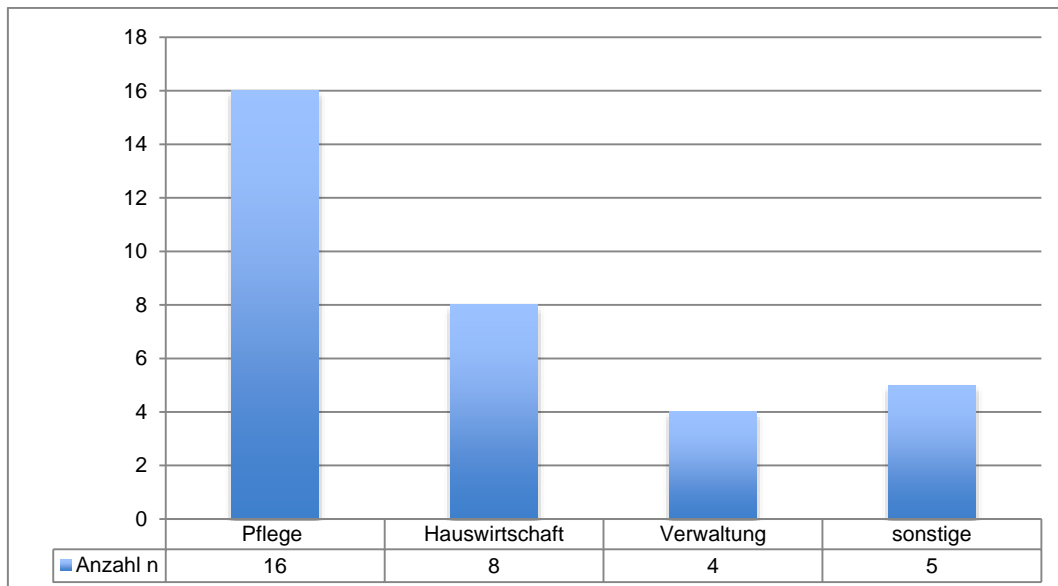


Abbildung 5.2.16: Organisatorische Zuordnung von Servicekräften

Die 17 Nicht-Pflege-Bereiche unterteilen sich in: Hauswirtschaft mit einem Anteil von 8 von 33, entspricht einem Verhältnis von 0,24:0,76; die Chance Servicekräfte im Bereich der Hauswirtschaft anzutreffen beträgt

1:2,66. Verwaltung mit einem Anteil von 4 von 33, entspricht einem Verhältnis von 0,12:0,88; die Chance Servicekräfte im Bereich der Verwaltung anzutreffen beträgt 1:7,2. Die sonstigen Bereiche mit einem Anteil von 5 von 33, entsprechen einem Verhältnis von 0,15:0,85. die Chance Servicekräfte im Bereich „Sonstige“ anzutreffen beträgt 1:5,76. Insgesamt beträgt die Chance Servicekräfte im Organisationsbereich der Pflege anzutreffen 1:1,04 und demnach in den anderen Bereichen 1:0,96.

**Frage 1.5: Gibt es in Ihrer Einrichtung Tätigkeitsbeschreibungen bzw. Aufgabenbeschreibungen für Servicekräfte?**

Ausgangshypothesen:

H1 lautet: In mehr 50% der Einrichtungen gibt es Tätigkeitsbeschreibungen bzw. Aufgabenbeschreibungen für Servicepersonal.

H0 lautet: In weniger als 50% der Einrichtungen gibt es Tätigkeitsbeschreibungen bzw. Aufgabenbeschreibungen für Servicepersonal.

17 von 22 Pflegeexperten geben an, eine Tätigkeits- bzw. Aufgabenbeschreibung für Servicepersonal vorhalten zu können; anteilig ergibt dies 0,77 = 77% Ja und 0,23 = 23% Nein (s. Abb. 5.2.17).

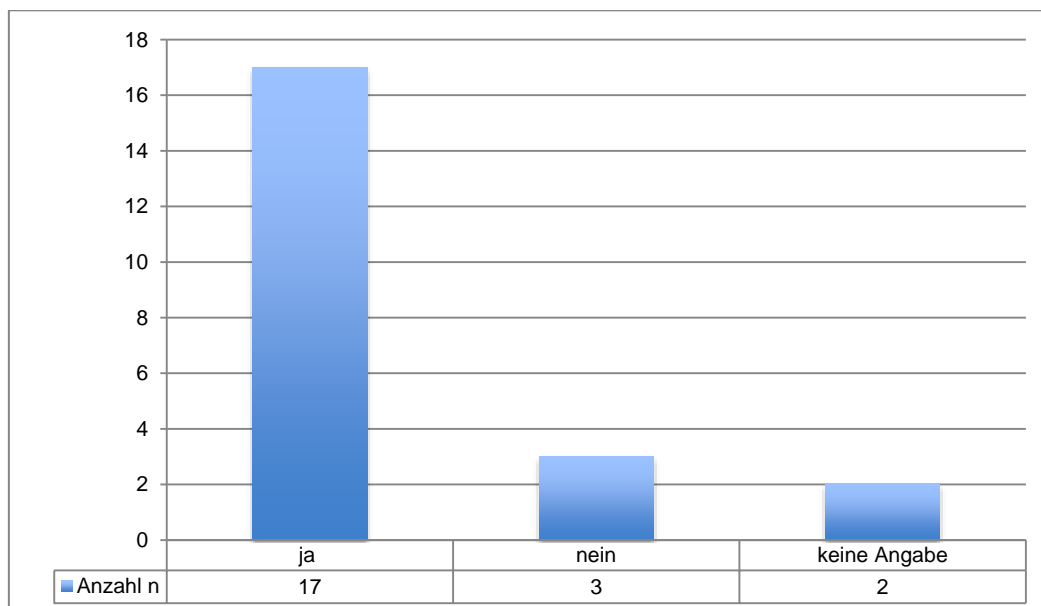


Abbildung 5.2.17: Vorhaltung von Tätigkeitsbeschreibungen für Servicekräfte

Drei von 22 Pflegeexperten geben an, keine Tätigkeitsbeschreibung für Servicekräfte vorzuhalten. Zwei von 22 Pflegeexperten machen hierzu keine Angabe. Der Anteil der Einrichtungen, welche eine Tätigkeits- bzw. Aufgabenbeschreibung vorweisen beträgt 77% und ist demnach größer

als 50%. Die H1-Hypothese wird beibehalten, die H0-Hypothese wird verworfen.

### Frage 1.6: Planen Sie in Ihrer Einrichtung den Einsatz von Servicekräften?

Ausgangshypothesen:

H1 lautet: In mehr als 50% der Einrichtungen ist der Einsatz von Servicekräften geplant.

H0 lautet: In mindestens 50% der Einrichtungen ist kein Einsatz von Servicekräften geplant.

11 von 22 Pflegeexperten geben an, den Einsatz von Servicekräften zu planen, anteilig sind dies 0,5 Ja:0,5 Nein, also 50%.

Zwei geben an, keinen Einsatz von Servicekräften zu planen, anteilig 0,09 Ja:0,91 Nein, bzw. 9%:91%. Neun Pflegeexperten machen hierzu keine Angabe, anteilig sind dies 0,41:0,59 (s. Abb. 5.2.18).

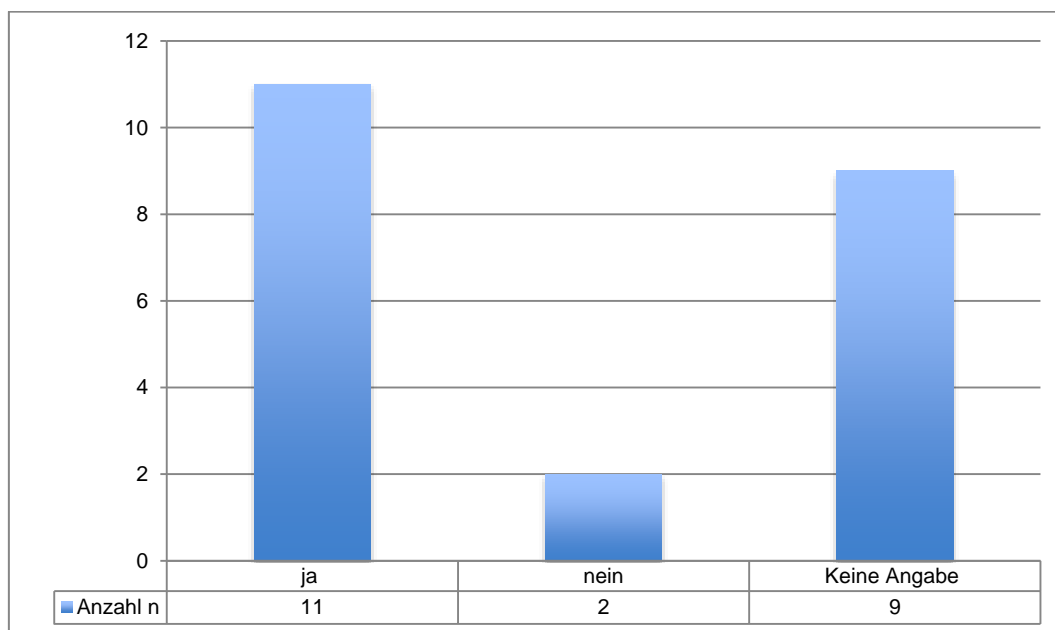


Abbildung 5.2.18: Planung des Einsatzes von Servicekräften auf pflegerischen Stationen

Die H1-Hypothese wird verworfen, da nicht mehr als 50% der Einrichtungen den Einsatz von Servicepersonal planen. Die H0-Hypothese ist bestätigt, da in mindestens 50% der Einrichtungen kein Einsatz von Servicepersonal geplant ist.

In Erweiterung der Antwortmöglichkeiten konnten die Pflegeexperten ihre Ja-Antworten differenzieren. Ergänzend dazu die Darstellung im Diagramm (s. Abb. 5.2.19).



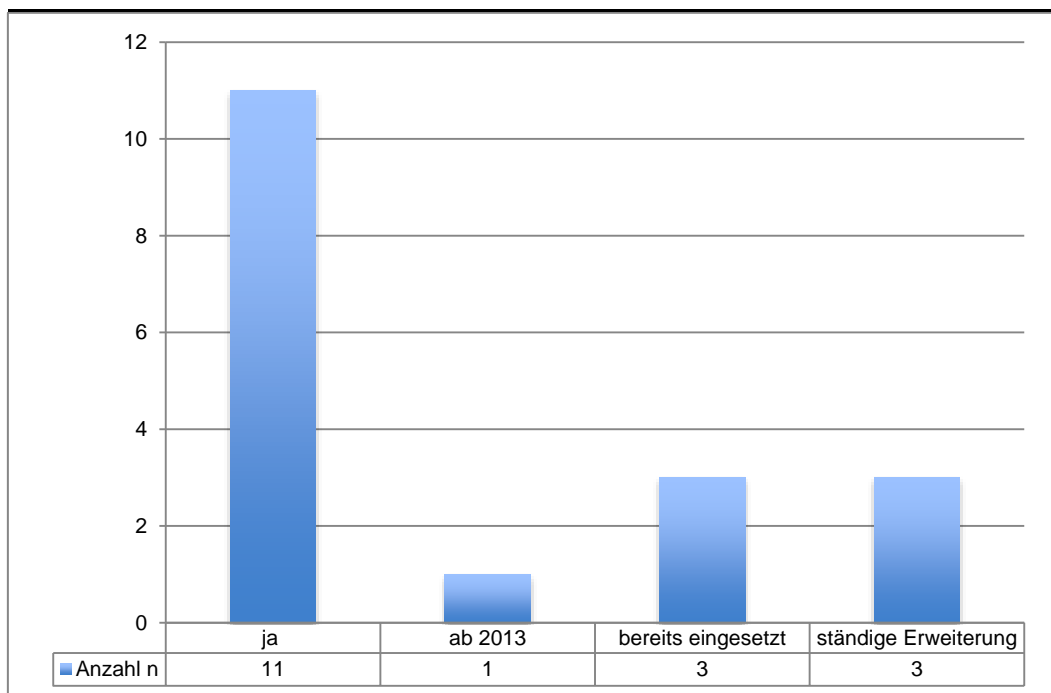


Abbildung 5.2.19: Zeitlich-organisatorische Ablaufplanung des Einsatzes von Servicekräften

Von elf Pflegeexperten, die Ja zu einer Planung von Einsätzen von Servicekräften sagen, gibt einer an, ab 2013 Servicekräfte zu planen. Drei von elf, also 27%, geben an diese bereits einzusetzen und planen die ständige Erweiterung von bereits eingesetzten Servicekräften.

### Fragenkomplex 2 – Qualifikation und Schulung

**Frage 2.1: Welche Qualifikationen bringen die Servicekräfte in Ihrer Einrichtung mit bzw. sollten Servicekräfte nach Ihrer Meinung haben? Mehrfachnennungen möglich.**

Ausgangshypothesen:

H1 lautet: Mehr als 50% der Servicekräfte in den befragten Einrichtungen weisen eine Qualifikation im Hotel- und Gastronomiewesen auf.

H0 lautet: Weniger als 50% der Servicekräfte in den befragten Einrichtungen weisen keine Qualifikationen im Hotel- und Gastronomiewesen auf.

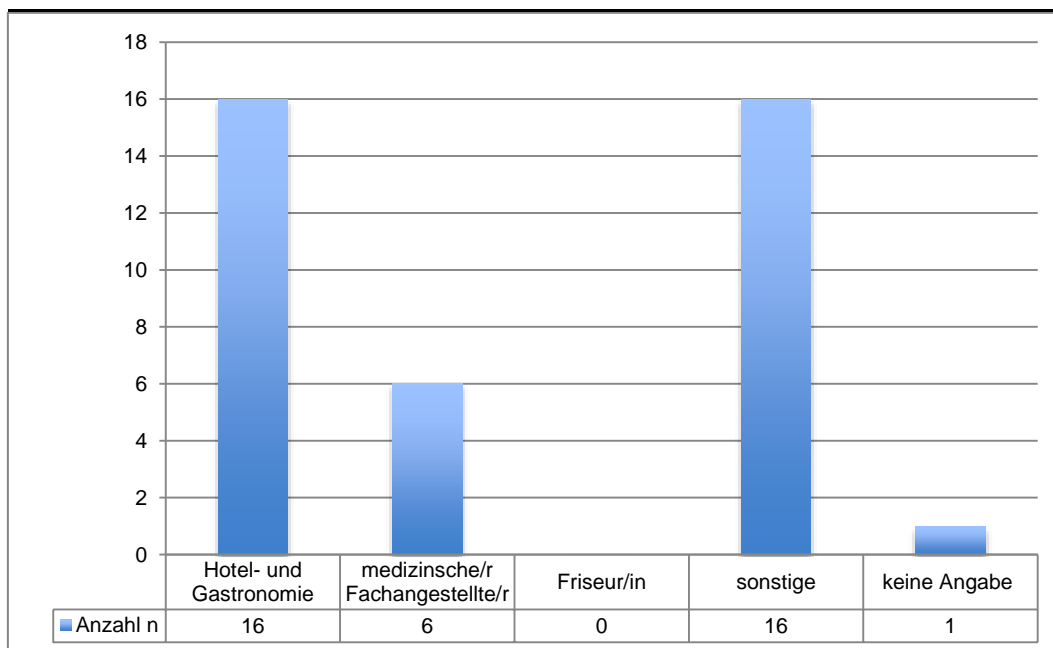


Abbildung 5.2.20: Häufigkeitsverteilung der Qualifikationen von Servicekräften

Aus 22 Einrichtungen ergaben sich durch die Mehrfachantwortmöglichkeit 39 Nennungen, dies entspricht 1,77 Angaben zu Qualifikationen pro Einrichtung. 41% der Befragten geben an, dass Servicepersonal eine Qualifikation im Hotel-und Gaststättenbereich aufweist oder aufweisen sollte (s. Abb. 5.2.20). Hiermit wird die H1 Hypothese verworfen und H0 beibehalten.

**Differenzierung der Antwortkategorie - Sonstige: Welche Qualifikationen bringen die Servicekräfte in Ihrer Einrichtung mit bzw. sollten Servicekräfte nach Ihrer Meinung haben?**

Aus den Antworten erschließt sich eine Bandbreite von 15 verschiedenen Qualifikationsmerkmalen bei eingesetzten Servicekräften. Interessant ist der Anteil von ebenfalls 41% der Angaben in der Antwortkategorie „Sonstige“. Hier geben die befragten Einrichtungen elf unterschiedliche Qualifikationsmerkmale für Servicekräfte an. Eine Vielfalt von unterschiedlichen Anforderungen für Servicepersonal in den befragten Einrichtungen zeichnet sich ab (s. Abb. 5.2.21).

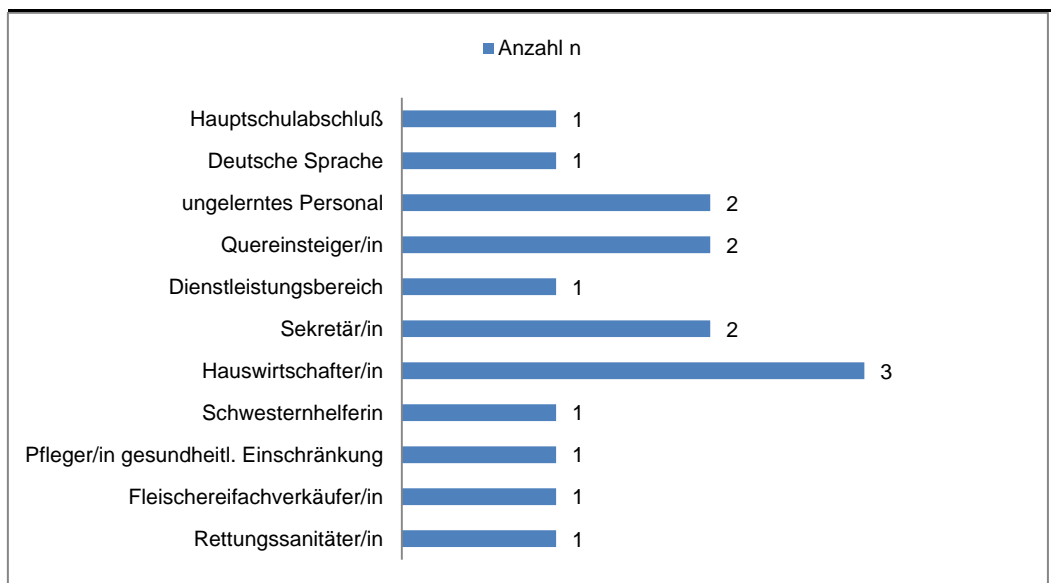


Abbildung 5.2.21: Häufigkeitsverteilung der „Sonstigen“ Qualifikationen von Servicekräften

Die folgende Ratingskala zeigt ein zusammenfassendes Bild aller genannten Qualifikationen (s. Tab. 5.1.3). Es ergeben sich insgesamt sechs Rangplätze, in der die Qualifikation im Hotel- und Gastronomiewesen mit einem Abstand von 10 Nennungen Spitzenreiter ist. Die Qualifikationen aus dem Bereich „Sonstige“ dagegen nur einzelne Merkmale darstellen. Wünschenswert ist demnach die Hotel- und Gastronomie-Qualifikation, gefolgt von den Medizinischen Fachangestellten für die Tätigkeit von Servicekräften im Bereich der stationären Pflege. Gute Chancen haben indes Hauswirtschafter/-innen, Sekretär/-innen und Quereinsteiger (aus welchen beruflichen Ursprung ist nicht weiter hinterfragt). Pflegefachpersonal wie z. B. Pfleger/in mit gesundheitlichen Einschränkungen und/oder Schwesternhelfer/innen für Servicetätigkeiten einzusetzen, liegt in der Rangfolge zurück. Als weitere Bedingungen sind Kenntnisse der deutschen Sprache sowie eine abgeschlossene Schulbildung (Hauptschule) erwünscht. Die Qualifikationen in den oberen Rängen schließen eine Schulbildung und eine Berufsausbildung ein. Dieser Qualifikationsmix aus unterschiedlichen Fachbereichen und Ebenen erfordert einen Schulungsbedarf für Servicekräfte auf pflegerischen Stationen, um den Anforderungen für bestimmte Tätigkeiten zu entsprechen.

## Servicepersonal in der stationären Pflege

### Kapitel 5 – Delphi-Befragung

Rang	Merkmal	Häufigkeit	kum. Häufigkeit	Anteil in %	Einrichtungen	Anteil in %	Odds ja	Odds nein	Odds Ratio
1	Hotel- und Gastronomie	16	16	41	22	72	0,72	0,28	2,57
2	medizinische/r Fachangestellte/r	6	22	15	22	27	0,27	0,73	0,36
3	Hauswirtschafterin	3	25	8	22	14	0,14	0,86	0,16
4	Quereinsteiger	2	27	5	22	9	0,09	0,91	0,09
4	Sekretärin	2	29	5	22	9	0,09	0,91	0,09
4	ungelesenes Personal	2	31	5	22	9	0,09	0,91	0,09
5	Rettungssanitäter	1	32	3	22	4,5	0,05	0,95	0,05
5	Fleischereifachverkäuferin	1	33	3	22	4,5	0,05	0,95	0,05
5	Pfleger/-in gesundheitliche Einschränkung	1	34	3	22	4,5	0,05	0,95	0,05
5	Schwesterhelfer/in	1	35	3	22	4,5	0,05	0,95	0,05
5	Dienstleistungsbereich	1	36	3	22	4,5	0,05	0,95	0,05
5	Deutsche Sprache	1	37	3	22	4,5	0,05	0,95	0,05
5	Hauptschulabschluss	1	38	3	22	4,5	0,05	0,95	0,05
5	keine Angabe / (missing data)	1	39	0	22	4,5	0,05	0,95	0,05
6	Friseur	0	39	0	22	0	0	0	0

Tabelle 5.2.3: Häufigkeitsverteilung, Rangverteilung und Quotenverhältnisse der Qualifikationen von Servicekräften

Die Werte Odds Ratio geben das Quotenverhältnis an, wie vielfach wahrscheinlich ein Ereignis mit einem Merkmal eintritt oder nicht eintritt. Ein Wert Odds Ratio von  $\geq 1$  bedeutet ein sicheres Ereignis. Werte  $< 1$  bedeuten ein weniger sicheres Ereignis.

Die Berechnung von Odds Ratio erfolgt nach der folgenden Formel<sup>5.11</sup> beispielhaft an Hand des Merkmals „Hotel- und Gastronomie“ der Tabelle 5.2.3:

$$R = \frac{R(CM1)}{R(CM2)} = \frac{Odd(ja)}{Odd(nein)} = \frac{0,72}{0,28} = 2,57$$

Für die Qualifikationen von Servicekräften ergeben sich, gemäß den befragten Pflegeexperten, nachstehende Schlussfolgerungen:

Das Qualifikationsmerkmal Hotel- und Gastronomie mit Odds Ratio von 2,57, bedeutet, dass mit der Quote von 1:2,57 eine Servicekraft eine Qualifikation im Hotel- und Gastronomiewesen auf pflegerischen Stationen hat oder diese gewünscht wird. Das Qualifikationsmerkmal medizinische Fachangestellte mit Odds Ratio von 0,36, bedeutet eine Servicekraft mit dieser Qualifikation auf pflegerischen Stationen anzutreffen, gilt mit der Quote 1:0,36, als ein weniger sicheres Ereignis. Das Qualifikationsmerkmal Hauswirtschafterin mit Odds Ratio von 0,09,

<sup>5.11</sup> (Jäger, 2012)

bedeutet eine Servicekraft mit dieser Qualifikation auf pflegerischen Stationen anzutreffen, gilt mit der Quote 1:0,09, als ein wenig sicheres Ereignis.

Die weiteren angeführten Qualifikationsmerkmale (Ränge 4 und 5) weisen Odds Ratio von 0,05 auf. Das bedeutet, eine Servicekraft mit diesen Qualifikationen auf pflegerischen Stationen anzutreffen ist, mit der Quote 1:0,05, noch weniger wahrscheinlich. Das Qualifikationsmerkmal Friseur/-in ist nicht bei Servicekräften auf pflegerischen Stationen anzutreffen und auch nicht von den Pflegeexperten erwünscht.

**Frage 2.2: Gibt es spezielle Schulungen für Servicekräfte bzw. befürworten Sie spezielle Schulungen in Ihrer Einrichtung? Mehrfachnennungen möglich.**

Ausgangshypothesen:

H1 lautet: Es gibt Schulungen für Servicekräfte in mehr als 50% der Einrichtungen, bzw. es werden Schulungen befürwortet.

H0 lautet: In weniger als 50% der Einrichtungen gibt es speziellen Schulungen, bzw. es werden spezielle Schulungen befürwortet.

Das Angebot von Schulungen für Servicekräfte in den Einrichtungen zeigt sich in folgender verteilt sich wie folgt (s. Abb. 5.2.22):

In 15 von 22 Einrichtungen, das entspricht 68%, gibt es ein Schulungsangebot für Servicekräfte, in sieben von 15 Einrichtungen finden diese in den ersten sechs Monaten statt, in einer Einrichtung auch darüber hinaus, im Zeitraum zwischen sechs und zwölf Monaten. Im Umkehrschluss heißt dies, dass in 32% der befragten Einrichtungen keine Schulungen stattfinden. In mehr als der Hälfte (53%) der Einrichtungen finden die Schulungen in den ersten sechs Monaten statt.

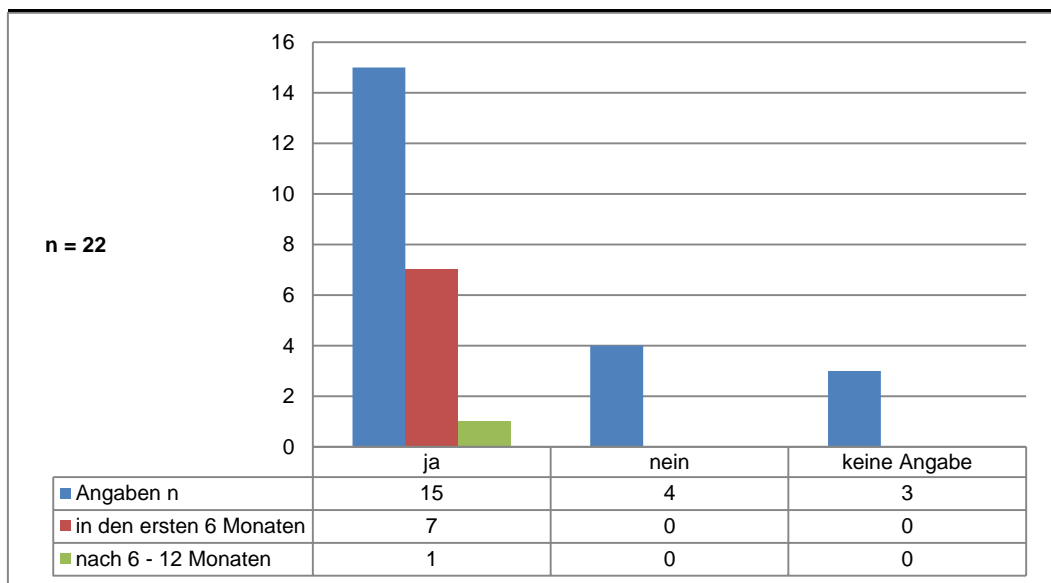


Abbildung 5.2.22: Schulungsangebot für Servicekräfte im zeitlichen Verlauf

Das Angebot geht, innerhalb von zwölf Monaten, von 15 Angeboten auf ein Angebot zurück, es reduziert sich also um 93%. Damit ist die H1-Hypothese bestätigt. Es ist anzunehmen, dass in den Einrichtungen die Schulungen zu speziellen Themen der stationären Pflege im Krankenhaus zeitlich unterschiedlich strukturiert sind. Weiter ist anzunehmen, dass die Schulungen mit unterschiedlichen, inhaltlichen Schwerpunkten angeboten werden. Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass die Einrichtungen den Schulungen für Servicekräfte unterschiedliche Bedeutung beimessen, was vermuten lässt, dass die Einrichtungen keine eigenständige Bildungsmaßnahme für Servicekräfte anbieten.

Die weitere Auswertung der Frage 2.3 zeigt auf, welche Themen in den Schulungen behandelt werden und welche Schulungen für Servicekräfte wünschenswert sind.

**Frage 2.3: Wenn Ja, zu welchen Themen sollte es Schulungen geben?**

17 Pflegeexperten aus 22 Einrichtungen äußern sich zu Schulungsthemen. Zunächst eine Übersicht der einzelnen Antworten und Mehrfachnennungen der Einrichtungen zu Schulungsthemen, die für Servicekräfte angeboten werden sollten (Abb. 5.2.23). Desweiteren sind die Schulungsthemen nach Häufigkeit der Angaben dargestellt (Abb. 5.2.24). Die Themen sind in acht Bereiche aufgeteilt; jedem Bereich sind wiederum die speziellen Inhalte zugeordnet. Zunächst erfolgt die

Darstellung der Ergebnisse in die übergeordneten acht Bereiche und im weiteren die speziellen Inhalte in Einzelauswertungen.

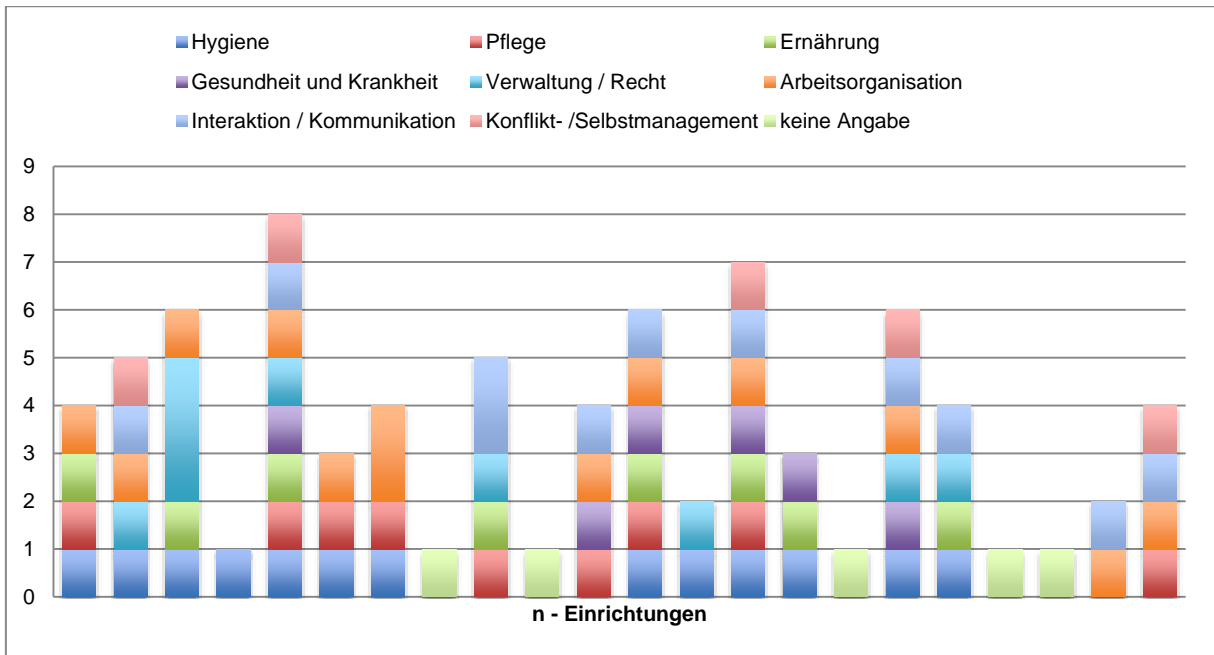


Abbildung 5.1.23: Schulungsthemen für Servicekräfte; Häufigkeit nach Einrichtungen

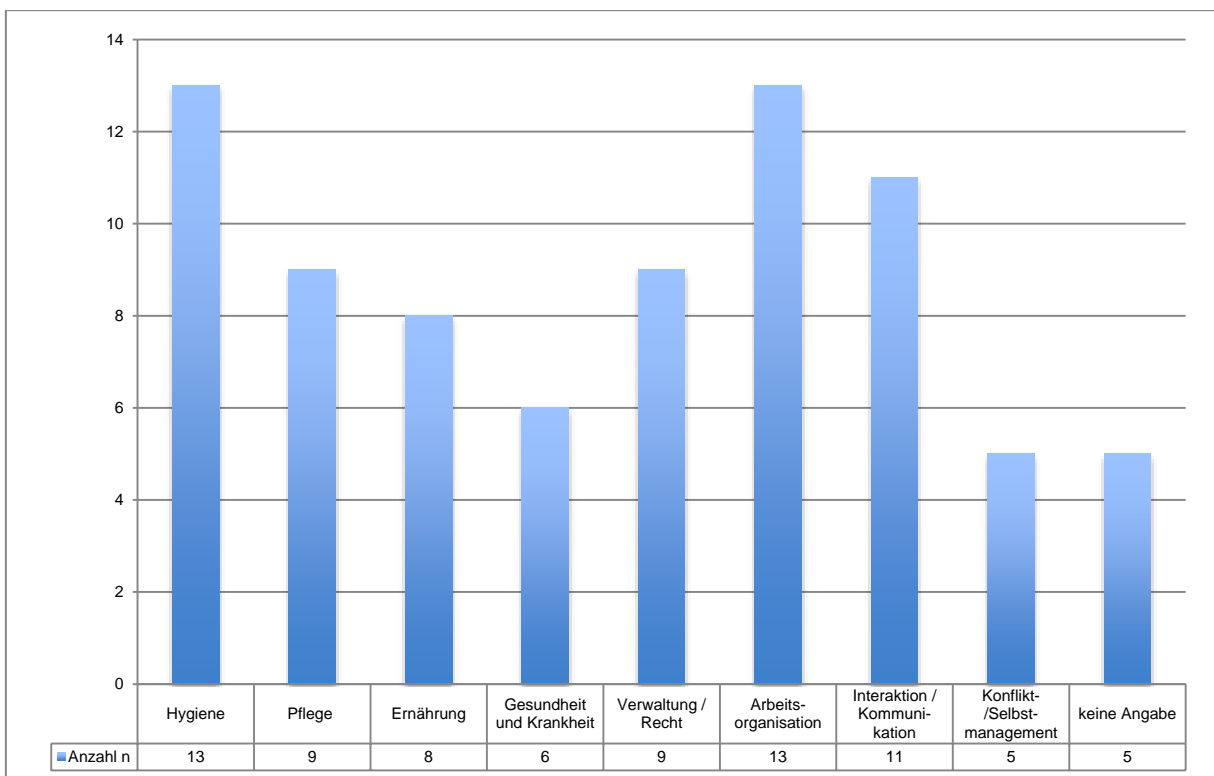


Abbildung 5.2.24: Schulungsthemen für Servicekräfte – Häufigkeit der Themen

Aus der Anzahl der Antworten ergibt sich folgende Rangverteilung mit einem Gleichverteilungsfaktor von 3,59, bei einer Häufigkeit von 79 Angaben (s. Tab. 5.2.4):

Servicepersonal in der stationären Pflege  
Kapitel 5 – Delphi-Befragung

Rang	Merkmal	Häufigkeit	kum. Häufigkeit	Gleichverteilung	Einrichtungen	Anteil in %	Odds ja	Odds nein	Odds Ratio
1	Hygiene	13	13	46,47	22	59	0,59	0,41	1,2
	Arbeitsorganisation	13	26	46,47	22	59	0,59	0,41	1,2
2	Interaktion / Kommunikation	11	37	39,49	22	50	0,5	0,5	1
3	Pflege	9	46	32,31	22	41	0,41	0,59	0,69
	Verwaltung / Recht	9	55	32,31	22	41	0,41	0,59	0,69
4	Ernährung	8	63	28,72	22	36	0,36	0,64	0,56
5	Gesundheit und Krankheit	6	69	21,54	22	27	0,27	0,73	0,36
6	Konflikt- /Selbstmanagement	5	74	17,95	22	22	0,22	0,78	0,28
	keine Angabe / missing data	5	79	17,95	22	22	0	0	0

Tabelle 5.2.4: Häufigkeitsverteilung, Rangverteilung und Quotenverhältnis der Schulungsthemen für Servicekräfte

Die Schulungen für Servicekräfte in Hygiene und Arbeitsorganisation gelten, mit einem Verhältnis Odds Ratio von 1:1,2 und in Interaktion und Kommunikation mit Odds Ratio von 1, als sichere Ereignisse in den Einrichtungen und sollten angeboten werden. Die Schulungsthemen Pflege, Verwaltung und Recht, mit einem Verhältnis von 1:0,69, gelten als weniger wahrscheinliches Ereignis, sind jedoch von zirka zwei Dritteln der Pflegeexperten der Einrichtungen erwünscht. Das Schulungsthema Ernährung, mit einem Quotenverhältnis von 1:0,56, gilt ebenso als weniger wahrscheinlich, ist jedoch für mehr als der Hälfte der Pflegeexperten in den Einrichtungen bedeutsam. Die Schulungsthemen Gesundheit und Krankheit, Quotenverhältnis 1:0,36, Konflikt- und Selbstmanagement, Quotenverhältnis 1:0,28 gelten als weniger wahrscheinliche Ereignisse, sind jedoch bei durchschnittlich einem Drittel der Pflegeexperten in den Einrichtungen als Schulungsthemen für Servicekräfte bedeutsam.

Die weitere Auswertung der Frage 2.3 zeigt differenzierte Inhalte zu den einzelnen Themenbereichen.

#### **Differenzierung der Antworten zum Schulungsthema Hygiene**

15 befragte Experten wünschen sich eine inhaltliche Differenzierung des Themas in Krankenhaushygiene, Händedesinfektion, Infektionsschutz und Abfallwirtschaft (s. Abb. 5.2.25):



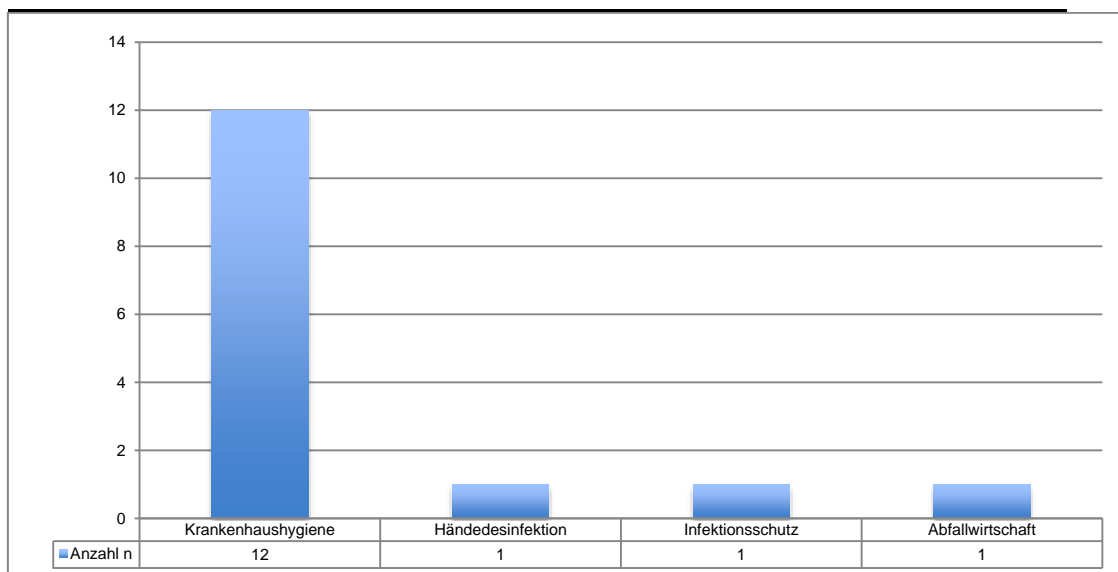


Abbildung 5.2.25: Schulungsthemen zu Hygiene

### Differenzierung der Antworten zum Schulungsthema Arbeitsorganisation:

18 befragte Experten wünschen sich eine inhaltliche Differenzierung des Themas in Serviceorientierung, Kundenorientierung, Arbeitsabläufe, Einarbeitungskonzept, Einweisungen, Hauswirtschaft, EDV-SAP und EDV-Speisenbestellung (s. Abb. 5.2.26).

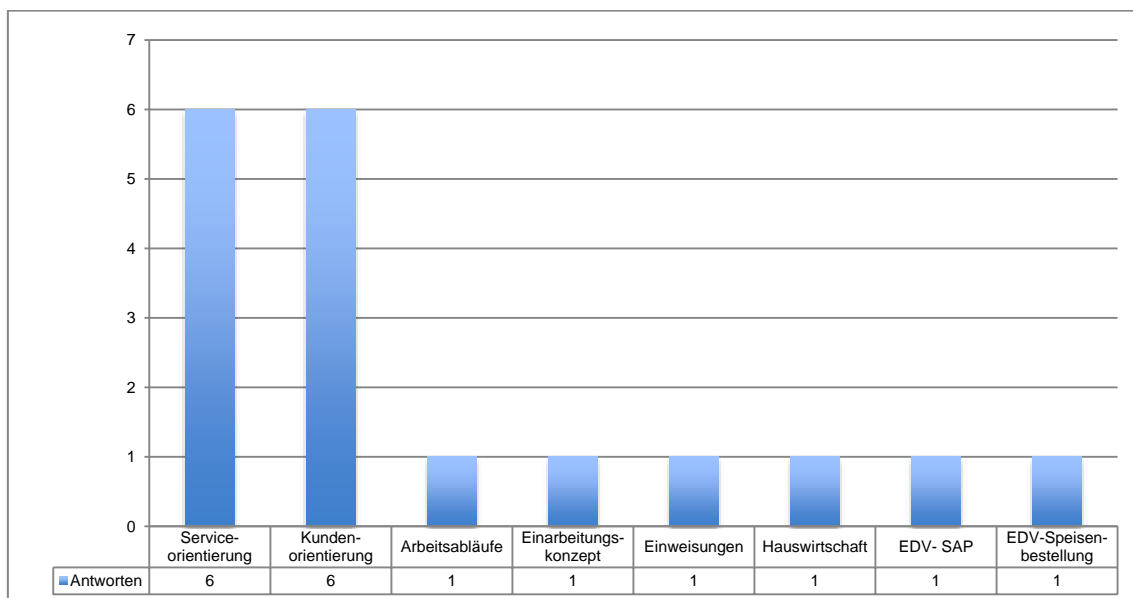


Abbildung 5.2.26: Schulungsthemen zu Arbeitsorganisation

### Differenzierung der Antworten zum Schulungsthema Interaktion und Kommunikation:

16 befragte Experten wünschen sich eine inhaltliche Differenzierung des Themas in sprachlichen Ausdruck, Kommunikation, Umgang mit Patienten, Teamarbeit, Etikette und Umgangsformen, allgemeine

Gesprächsführung und situative Gesprächsführung, z. B. in der Endphase des Lebens, (s. Abb. 5.2.27).

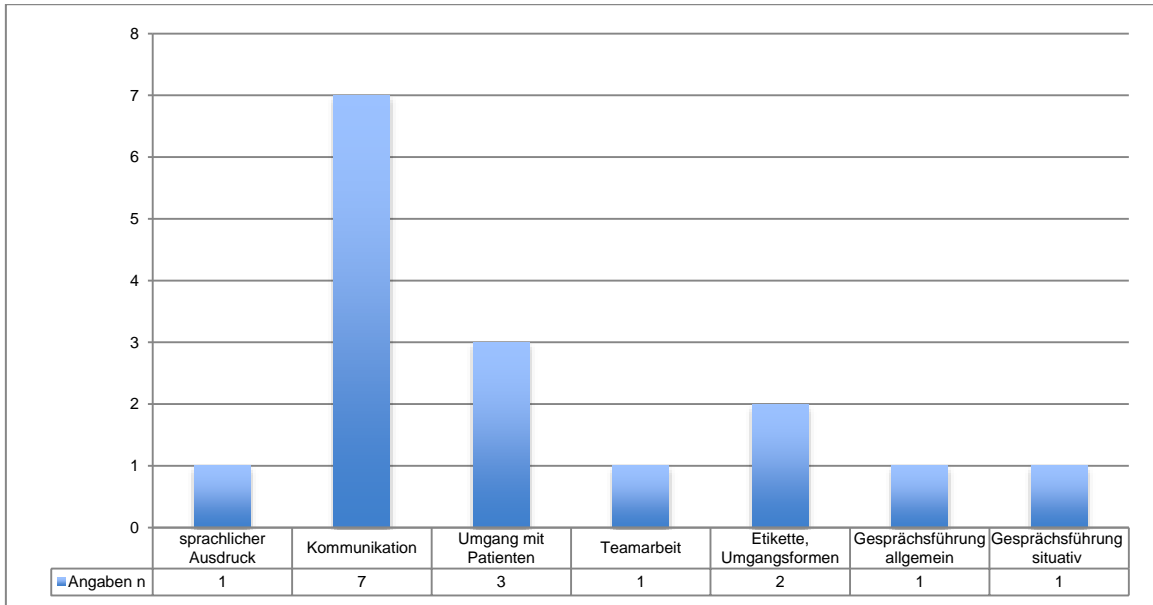


Abbildung 5.2.27: Schulungsthemen zu Interaktion und Kommunikation

**Differenzierung der Antworten zum Schulungsthema Pflege:**

15 befragte Experten wünschen sich eine inhaltliche Differenzierung des Themas in Grundpflege, Mobilisation, Lagerung, Hilfestellung bei Ausscheidungen, Patientenüberwachung, Patientenbegleitung, Bedürfniserkennung, Patientenunterstützung, Patientenorientierung, Seelsorge und Begleitung am Lebensende, Umgang mit Ekel (s. Abb. 5.2.28).

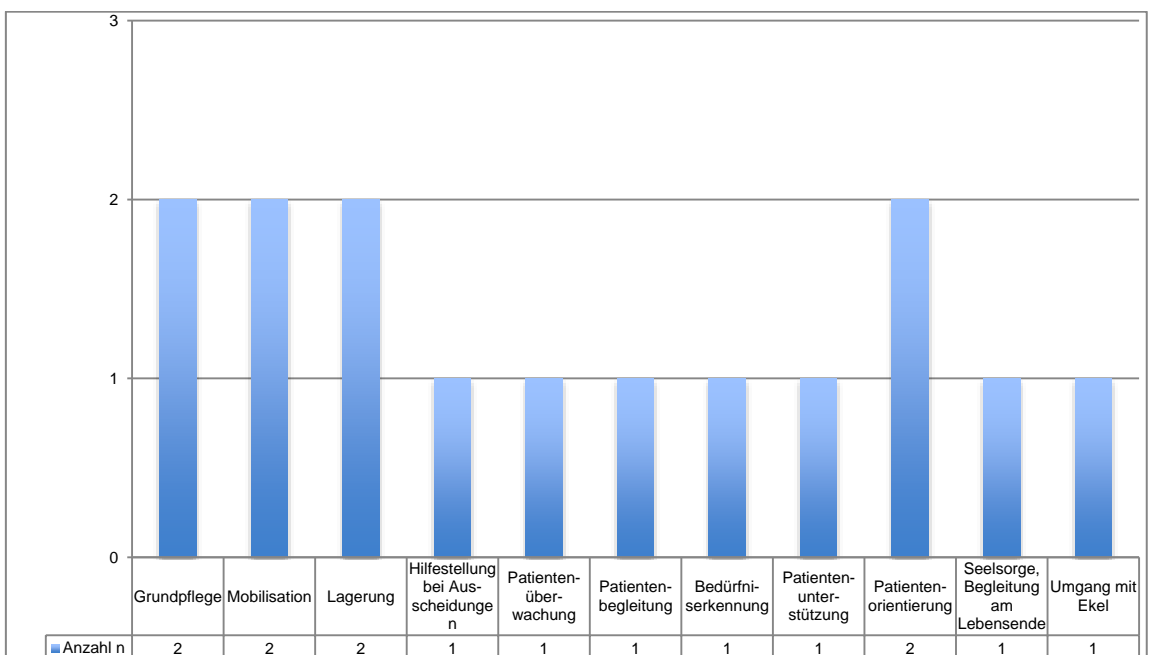


Abbildung 5.2.28: Schulungsthemen zu Pflege

**Differenzierung der Antworten zu Schulungsthema Verwaltung und Recht:**

Elf befragte Experten wünschen sich eine inhaltliche Differenzierung des Themas in Datenschutz, Arbeitsschutz, SGB (Sozialgesetzbuch) § 43, Brandschutz und Verbote (s. Abb. 5.2.29).

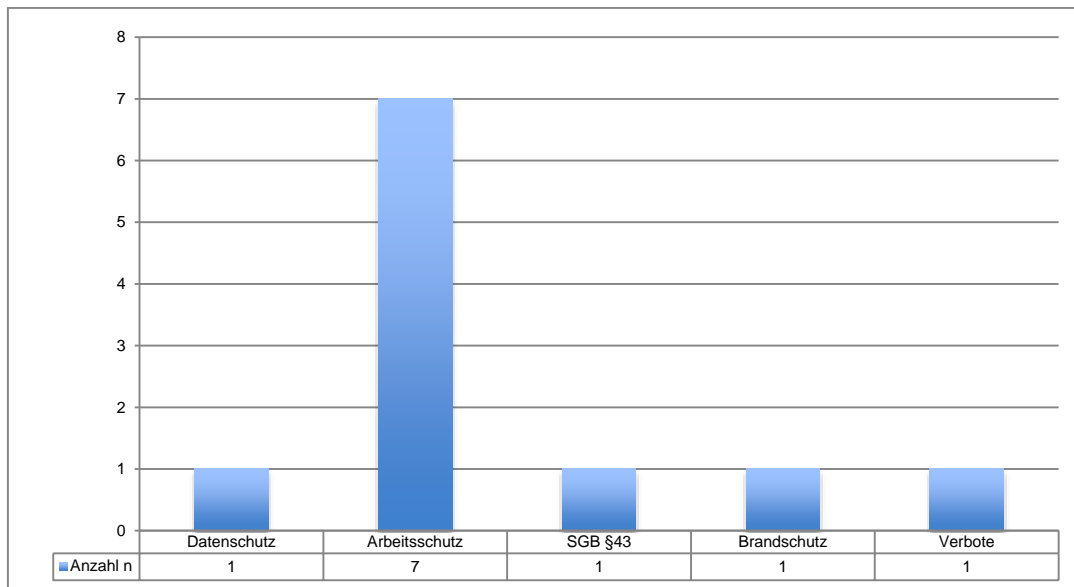


Abbildung 5.2.29: Schulungsthemen zu Verwaltung und Recht

**Differenzierung der Antworten zum Schulungsthema Ernährung:**

Neun befragte Experten wünschen sich eine inhaltliche Differenzierung des Themas in Ernährungslehre, Diätetik, Speiserversorgung und Essen anreichern (s. Abb. 5.2.30).

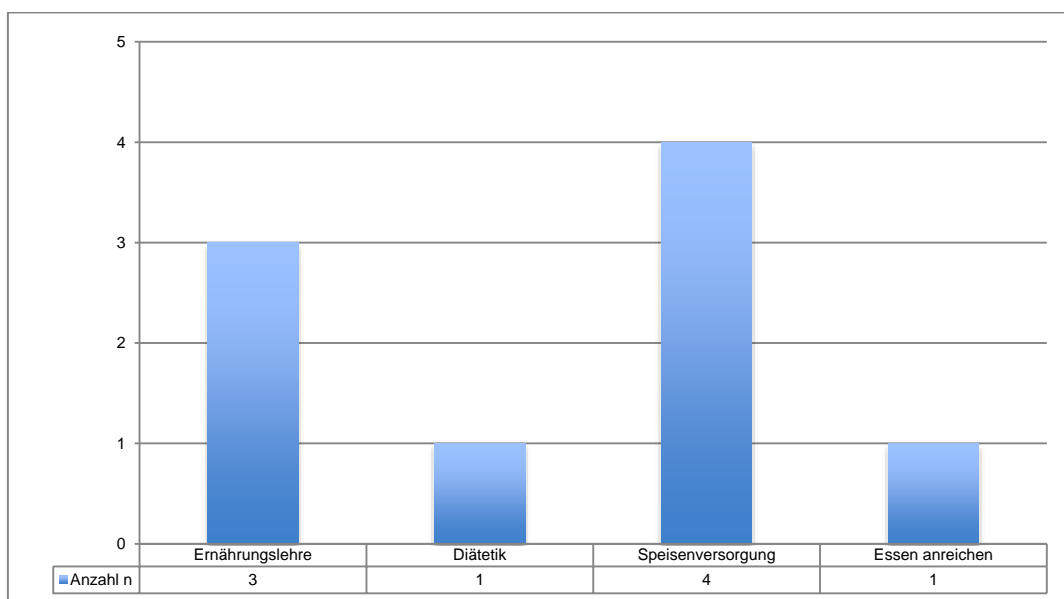


Abbildung 5.2.30: Schulungsthemen zu Ernährung

**Differenzierung der Antworten zum Schulungsthema Gesundheit und Krankheit:**

Sechs befragte Experten wünschen sich eine inhaltliche Differenzierung des Themas in Notfallmanagement, Krankheitslehre und Gesundheitsförderung (s. Abb. 5.2.31).

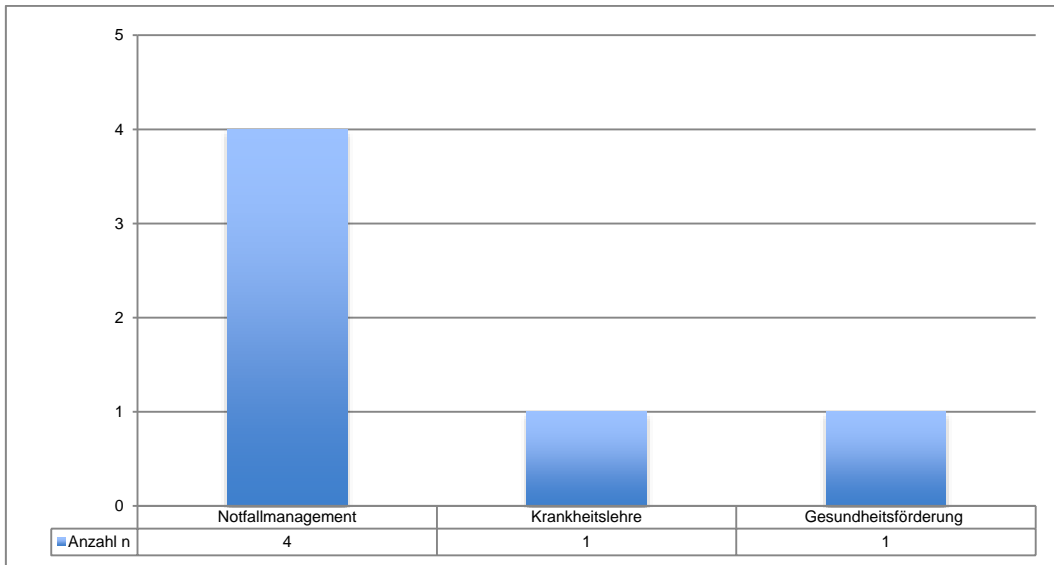


Abbildung 5.1.31: Schulungsthemen zu Gesundheit und Krankheit

**Differenzierung der Antworten zum Schulungsthema Konflikt- und Selbstmanagement:**

Vier befragte Experten wünschen sich eine inhaltliche Differenzierung des Thema in Beschwerdemanagement, Umgang mit Stress und Deeskalation (s. Abb. 5.2.32).

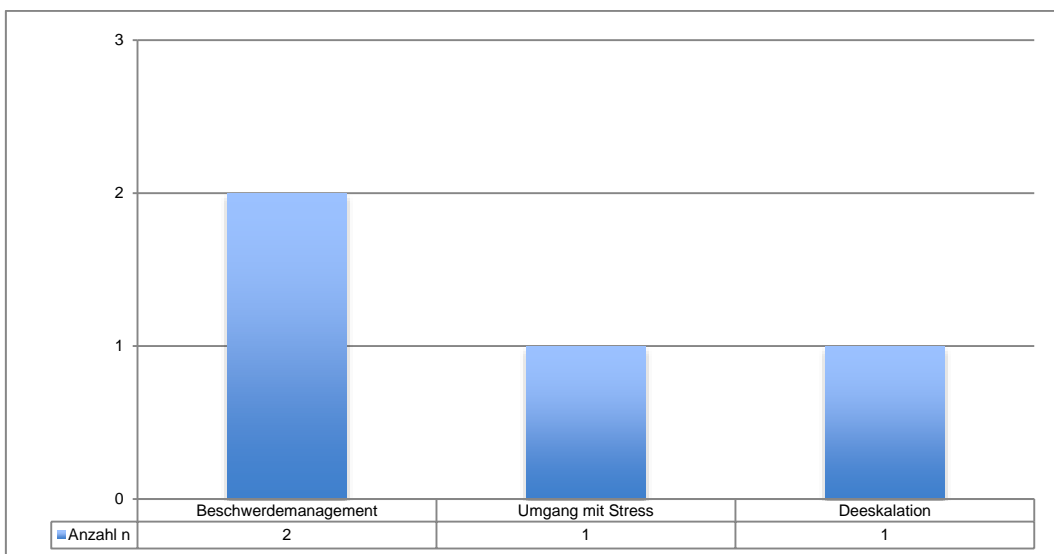


Abbildung 5.2.32: Schulungsthemen zu Konflikt- und Selbstmanagement

---

## **Zusammenfassung des Fragenkomplexes 2.2: Schulungsangebot für Servicekräfte:**

Die befragten Pflegeexperten wünschen sich qualifiziertes Servicepersonal sowie Schulungen zu ausgewählten Themen für das Handlungsfeld der stationären Pflege. Die Ergebnisse weisen ein unterschiedliches Interesse an Schulungen aus, so dass es einer weiteren Klärung bedarf, um ein einheitliches Qualifikationsniveau für Servicepersonal auf pflegerischen Stationen zu erreichen. Die weitere Auswertung bezieht sich auf Tätigkeiten, welche Servicekräfte nach Auskunft der Pflegeexperten bereits durchführen bzw. durchgeführt werden könnten.

### **Fragenkomplex 3 – Tätigkeiten:**

**Frage 3: Welche Tätigkeiten führen Servicekräfte auf pflegerischen Stationen in Ihrer Einrichtung durch bzw. könnten Ihrer Meinung nach durchgeführt werden?**

Ausgangshypothesen:

H1 lautet: Die Servicekraft führt in mehr als 50% der Einrichtungen in mindestens sechs der Kategorien Tätigkeiten auf pflegerischen Stationen durch.

H0 lautet: Die Servicekraft führt in weniger als 50% der Einrichtungen in keiner der Kategorien Tätigkeiten auf pflegerischen Stationen durch.

Zunächst erfolgt die Antwortverteilung bezogen auf die einzelne Einrichtung. Hier zeigt sich die Tätigkeitspalette in unterschiedlichen Kategorien von Servicekräften auf den pflegerischen Stationen der befragten Einrichtungen (s. Abb. 5.2.33).

## Servicepersonal in der stationären Pflege Kapitel 5 – Delphi-Befragung

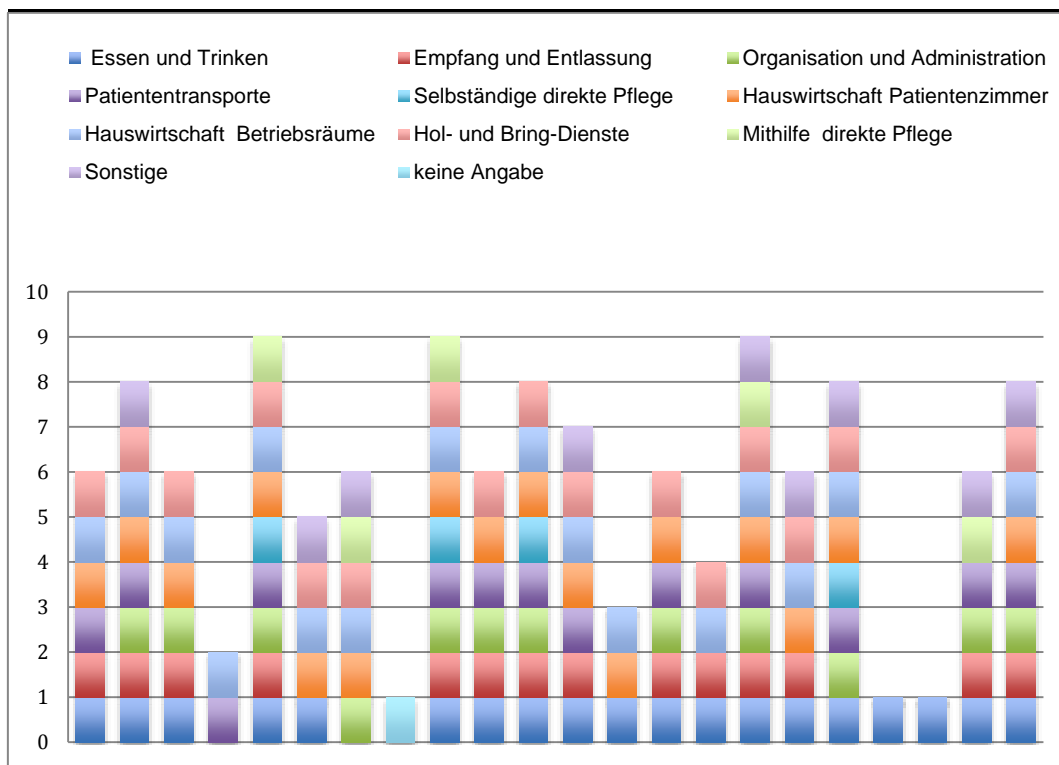


Abbildung 5.2.33: Arten von Tätigkeiten, die auf pflegerischen Stationen durchgeführt werden oder durchgeführt werden könnten, bezüglich auf das Vorkommen in den einzelnen Einrichtungen

In 15 von 22 Einrichtungen führen Servicekräfte in sieben Kategorien Tätigkeiten auf pflegerischen Stationen durch. Damit ist die H1-Hypothese bestätigt und die H0-Hypothese wird verworfen.

Ein Blick auf die Häufigkeitsverteilung der Tätigkeiten in den Kategorien: Tätigkeiten im Bereich Essen und Trinken, Mithilfe bei Empfang und Entlassung von Patienten, Mithilfe bei Organisation und Administration, Mithilfe bei Patiententransporten, selbständige direkte Pflege (bei niedriger Pflegekategorie z. B. A1/S1)<sup>5,12</sup>, Hauswirtschaftliche Tätigkeiten in den Patientenzimmern, Mithilfe bei Hol- und Bring-Diensten, Mithilfe bei direkter Pflege, sonstige Tätigkeiten (Abb. 5.2.34):

<sup>5,12</sup> Die Einstufung der Pflegekategorien erfolgt in den Kliniken nach der PPR (Pflegepersonalregelung). Sie ist unterteilt in Allgemeine Pflege und Spezielle Pflege und dient der Ermittlung des Pflegeaufwands in Minuten. Eine niedrige Pflegekategorie weist Grundleistungen in allgemeiner und spezieller Pflege. Die Kategorien A1 und S1 stehen für jeweils einen Aufwandspunkt der in Pflege. Allerdings wurde die PPR 1997 aufgehoben, die Kliniken nutzen dieses System jedoch bis heute als internes Steuerungsinstrument. (Anmerkung der Autorin)

## Servicepersonal in der stationären Pflege Kapitel 5 – Delphi-Befragung

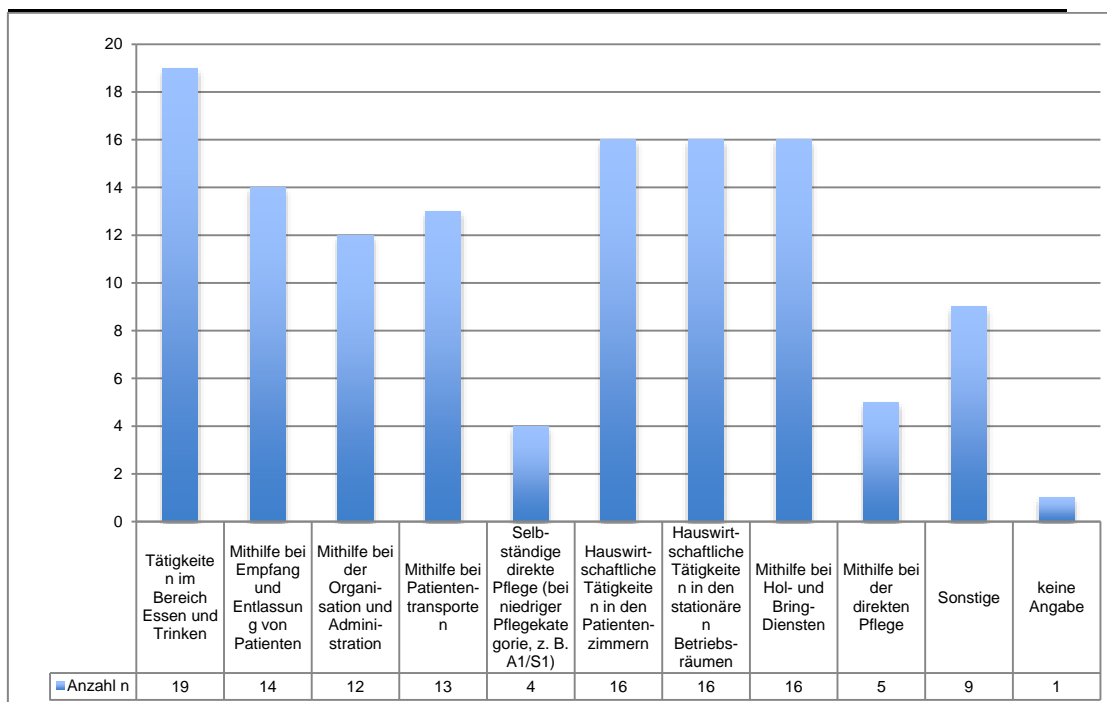


Abbildung 5.2.34: Arten von Tätigkeiten, die auf pflegerischen Stationen durchgeführt werden oder durchgeführt werden könnten

Aus der Rangverteilung der Tätigkeiten zeichnen sich Prioritäten ab.

Für die genannten Tätigkeiten ergibt sich, bei einem Gleichverteilungsfaktor von 5,68 mit einer Häufigkeit von 125 Angaben aus 22 Einrichtungen, folgende Rangverteilung (s. Tab. 5.2.5):

Rang	Merkmal	Häufigkeit	kum. Häufigkeit	Gleichverteilung	Einrichtungen	Anteil in %	Odds ja	Odds nein	Odds Ratio
1	Essen und Trinken	19	19	107,95	22	86	0,86	0,14	6,14
2	Hauswirtschaft. Pat. Zimmer	16	35	90,08	22	72	0,72	0,28	2,57
	Hauswirtschaft Betriebsräume	16	51	90,08	22	72	0,72	0,28	2,57
	Mithilfe Hol- und Bringdienste	16	67	90,08	22	72	0,72	0,28	2,57
3	Mithilfe Empfang und Entlassung	14	81	79,52	22	63	0,63	0,37	1,7
4	Mithilfe Patiententransport	13	94	73,84	22	59	0,59	0,41	1,44
5	Mithilfe. Organisation u. Administration.	12	106	68,16	22	54	0,54	0,46	1,17
6	Sonstige	9	115	51,12	22	40	0,4	0,6	0,66
7	Mithilfe bei direkter Pflege	5	120	28,4	22	23	0,23	0,77	0,29
8	Selbständige direkte Pflege	4	124	22,72	22	18	0,18	0,82	0,22
9	Keine Angabe /missing data	1	125	5,68	22	4,5	0,045	0,95	0,05

Tabelle 5.2.5: Häufigkeitsverteilung, Rangverteilung und Quotenverhältnis der Tätigkeiten die durchgeführt werden bzw. durchgeführt werden könnten

---

### Zusammenfassung des Fragenkomplexes 3 zu den Tätigkeiten:

Die Quotenverhältnisse, Odds Ratio, der einzelnen Tätigkeitskategorien. Es gilt ein Odds Ratio von 1 als sicheres Ereignis, ein Odds Ratio von < 1 als ein weniger sicher eintretendes Ereignis. Die Berechnung erfolgt nach der Formel<sup>5.13</sup> mit dem Beispiel des Merkmals „Essen und Trinken“ der Tabelle 5.2.5:

$$R = \frac{R(CM1)}{R(CM2)} = \frac{Odd(ja)}{Odd(nein)} = \frac{0,86}{0,14} = 6,14$$

An erster Stelle ist die Tätigkeitskategorie im Bereich Essen und Trinken, mit Odds Ratio von 1:6,14, als ein sicheres Ereignis einzustufen. Den zweiten Rang als sichere Ereignisse, mit einer Odds Ratio von 1:2,57, teilen sich die Tätigkeitsmerkmale in den Bereichen: Hauswirtschaft in Patientenzimmern, Hauswirtschaft in Betriebsräumen und die Mithilfe bei Hol- und Bring-Diensten. Als weitere, sichere Ereignisse gelten die Tätigkeitsmerkmale in den Bereichen: Mithilfe bei Empfang und Entlassung mit einem Wert Odds Ratio 1:1,7 (Rang 3), Mithilfe bei Patiententransporten mit einem Odds Ratio 1:1,44 (Rang 4) und die Mithilfe bei Organisation und Administration mit einem Odds Ratio 1:1,17 (Rang 5). Als weniger wahrscheinliche Ereignisse gelten die Tätigkeitsmerkmale im Bereich Sonstige, mit einem Odds Ratio 1:0,66, (Rang 6, wobei diese Tätigkeiten nicht näher bezeichnet sind), die Mithilfe bei direkter Pflege, mit einem Wert Odds Ratio 1:0,22 (Rang 7), und die selbständige direkte Pflege, mit einem Wert Odds Ratio 1:0,22 (Rang 8). Diese Ergebnisse zeigen, dass nach Meinung der Pflegeexperten, Tätigkeiten von Servicepersonal am wenigsten in der Mithilfe bei der direkten Pflege und in der selbstständigen, direkten Pflege anzusiedeln sind. Diese Tätigkeitsbereiche verbleiben, zum größten Teil, bei den professionell Pflegenden. Jedoch schließen 23% und 18% der Befragten eine Tätigkeit in diesen Bereichen nicht aus. Hier ist anzunehmen, dass Servicepersonal auf Erfahrungswissen der Selbstpflege und Laienpflege zurückgreift und die Pflegenden unterstützen kann. Die Auswertung der allgemeinen Daten, Bettenzahl der Einrichtung, und Funktion der befragten Experten, folgen im nächsten Abschnitt.

---

<sup>5.13</sup> (Jäger, 2012)



## Fragenkomplex 4 – Allgemeine Daten der Einrichtungen

### Frage 4.1: Wie viele Betten hat Ihre Einrichtung?

Die Pflegeexperten geben die Bettenanzahl ihrer Einrichtungen an. Die Kategorisierung der Anzahl erfolgt in unterschiedlichen Stufen (s. Abb. 5.2.35).

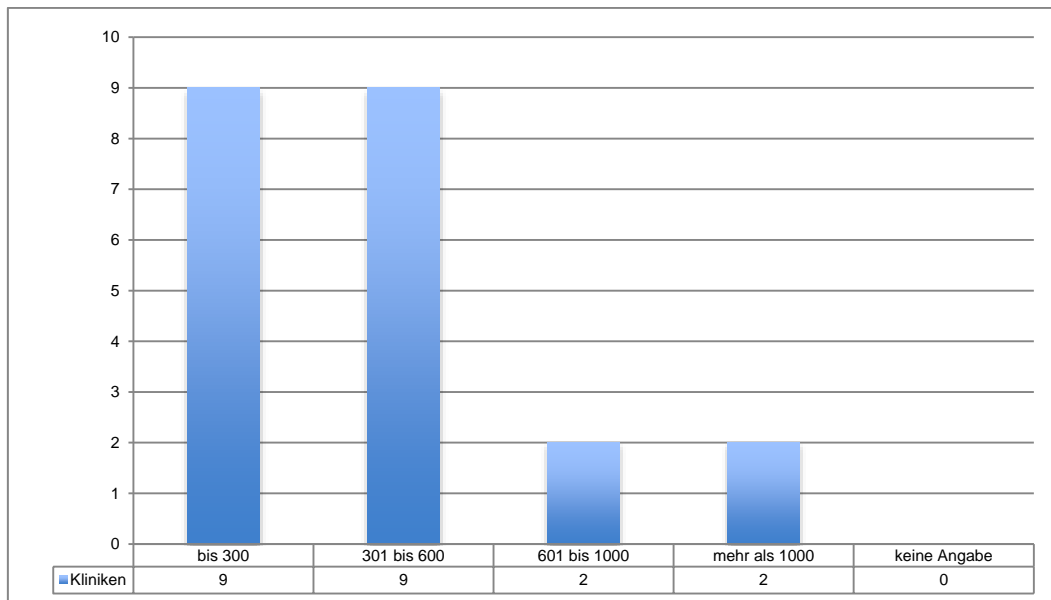


Abbildung 5.2 35: Größenordnung der Einrichtungen nach Anzahl der Betten

### Frage 4.2: In welcher Funktion sind Sie in Ihrer Einrichtung tätig?

41% der befragten Experten sind tätig als Pflegedirektorin, Pflegedirektors, 36% als Pflegedienstleiterin, Pflegedienstleiter, je 9% als Abteilungsleiterin, Abteilungsleiter oder in anderer Funktion, sowie 5% als Funktion Qualitätsmanagerin, Qualitätsmanagers (s. Abb. 5.2.36).

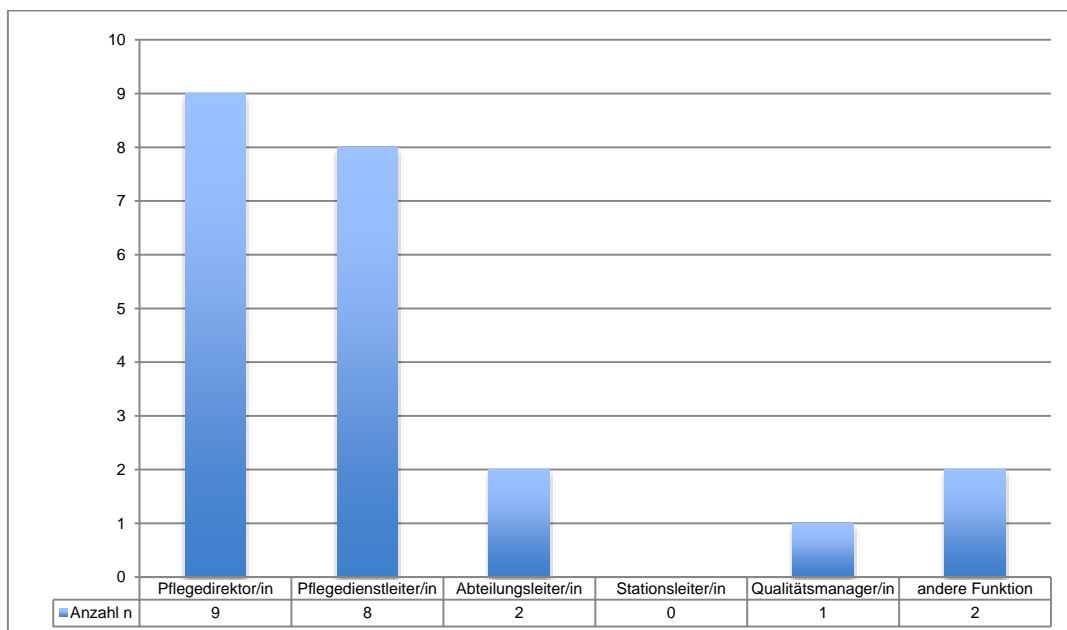


Abbildung 5.2 36: Funktionen der befragten Pflegeexperten in den Einrichtungen

### Fragenkomplex 5 – Sonstiges:

#### Frage 5.1: Sind Sie an einem Ergebnis der Befragung interessiert?

Die Darstellung bildet das Interesse der Pflegeexperten an den Ergebnissen der Befragung ab und ist nach Einrichtungen aufgeschlüsselt (s. Abb. 5.2.37).

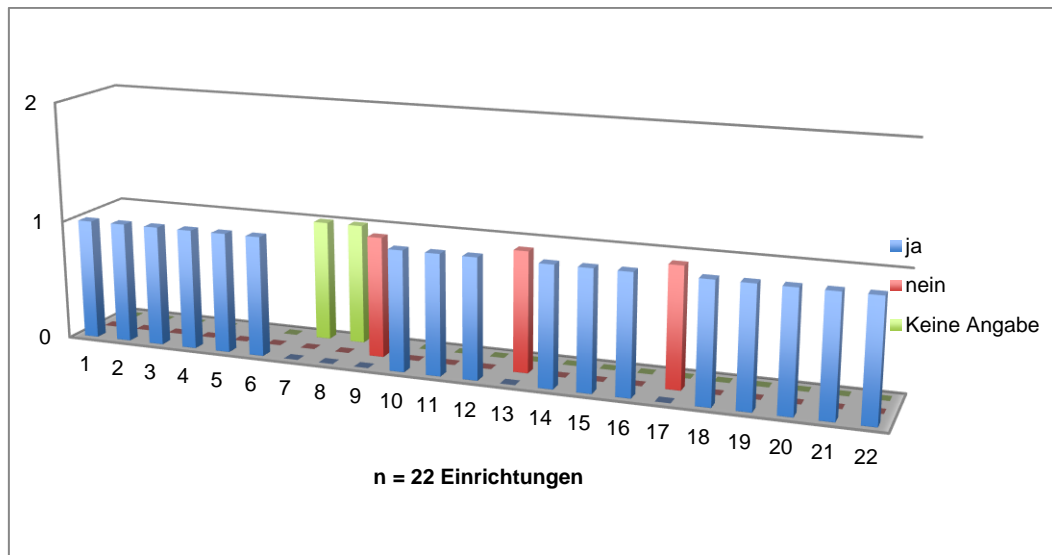


Abbildung 5.2.37: Bekundung des Interesses an einem Ergebnis der Befragung aufgeschlüsselt nach den Einrichtungen

17 von 22 (77%) sind an einem Ergebnis der Befragung interessiert, drei von 22 (14%) äußern kein Interesse an einem Ergebnis und zwei von 22 Experten (9%) machen hierzu keine Angabe.

#### 5.2.6 Zusammenfassung

91% der befragten Institutionen beschäftigen bereits Servicepersonal auf pflegerischen Stationen. Außerhalb von pflegerischen Stationen sind Servicekräfte in verschiedensten Bereichen eingesetzt (Funktionsbereiche 16%, Transportdienste 13%, Materialwirtschaft 10%, Speiserversorgung 16%, Häusliche Dienste 10%, Kundenservice 13%). Die organisatorische Zuordnung zu einem Bereich ist unterschiedlich (Pflege 49% und drei Nicht-Pflege-Bereiche mit 24%, 12% und 15%). Das Gros der organisatorischen Zuordnung liegt bei der Pflege, was die Interpretation eines hohen Bedarfes an Unterstützung dieser Berufsgruppe zulässt. Tätigkeitsbeschreibungen für Servicekräfte halten bereits 77% der Einrichtungen vor. Der Einsatz von Servicepersonal ist weiterhin in 11 Einrichtungen geplant, eine ständige Erweiterung des Stellenplans geben 3 Einrichtungen an. Die Vielfalt der Qualifikationen der bereits

eingesetzten Servicekräfte ist groß und damit von sehr unterschiedlicher Qualität. Sie liegt bei Hotel- und Gaststätten-Fachkräften bis hin zu ungelerntem Personal. Spezielle, eigens für Servicepersonal entwickelte Schulungsmaßnahmen oder Kurse gibt es nicht. Diesen Mangel gleichen die allgemeinen, innerbetrieblichen Fortbildungsveranstaltungen der einzelnen Einrichtungen aus. **Gleichwohl sollte es für Servicepersonal in den pflegerischen Einrichtungen, das Pflegepersonal in Zukunft unterstützt, eine gezielte, auf spezielle Tätigkeiten abgestimmte Schulungsmaßnahme geben.** Der Wunsch nach speziellen Schulungsthemen für Servicekräfte, bildet sich in den Antworten auf die Frage 2.3 differenziert ab. Die Erkenntnis, dass Servicepersonal bereits eingesetzt ist, der Einsatz weiter ausgebaut wird, die Übernahme bestimmter Tätigkeiten angestrebt ist, oder schon bestimmte Tätigkeiten an Servicepersonal abgegeben worden sind, muss dazu führen, ein klares Kompetenzprofil mit definierten Tätigkeiten für Servicepersonal zu entwickeln. Eine deutliche Einschränkung sehen die Pflegeexperten in der Mithilfe und in der selbständigen Übernahme von direkten Pflegetätigkeiten am Patienten. Diese Kompetenzen sind bei den professionell Pflegenden verortet. Jedoch schließen 23% und 18% der Befragten eine Tätigkeit in diesen Bereichen nicht aus. Es ist anzunehmen, das Servicepersonal hier auf das Erfahrungswissen der Selbstpflege und Laienpflege zurückgreifen kann und die Pflegenden unterstützt. Das Thema, Servicepersonal auf pflegerischen Stationen einzusetzen, scheint für 77% befragten Pflegeexperten bedeutsam zu sein, da sie an den Ergebnissen interessiert sind. Die Aktualität und Brisanz des Themas hängt zusammen mit der multifaktoriellen Problematik, wie in der Einleitung aufgezeigt.

Die Vertiefung dieser Erkenntnisse der Delphi-1 Befragung führt zu einer weiteren Befragung mit dem Fokus welche Tätigkeiten dies sein könnten. **Dazu werden die Tätigkeiten einem Modell zugeordnet, wie z. B. die Aktivitäten, Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des täglichen Lebens (ABEDL) nach Monika Krohwinkel.** Im nächsten Abschnitt des Kapitels werden das Vorgehen und im Anschluss die Ergebnisse von der Befragung Delphi 2 aufgezeigt.

### 5.3 Delphi 2

Ausgehend von den Ergebnissen von Delphi 1, erfolgt die nächste Untersuchungswelle, Delphi 2, durch eine Befragung von Pflegeexperten (s. Abb. 5.3.1)

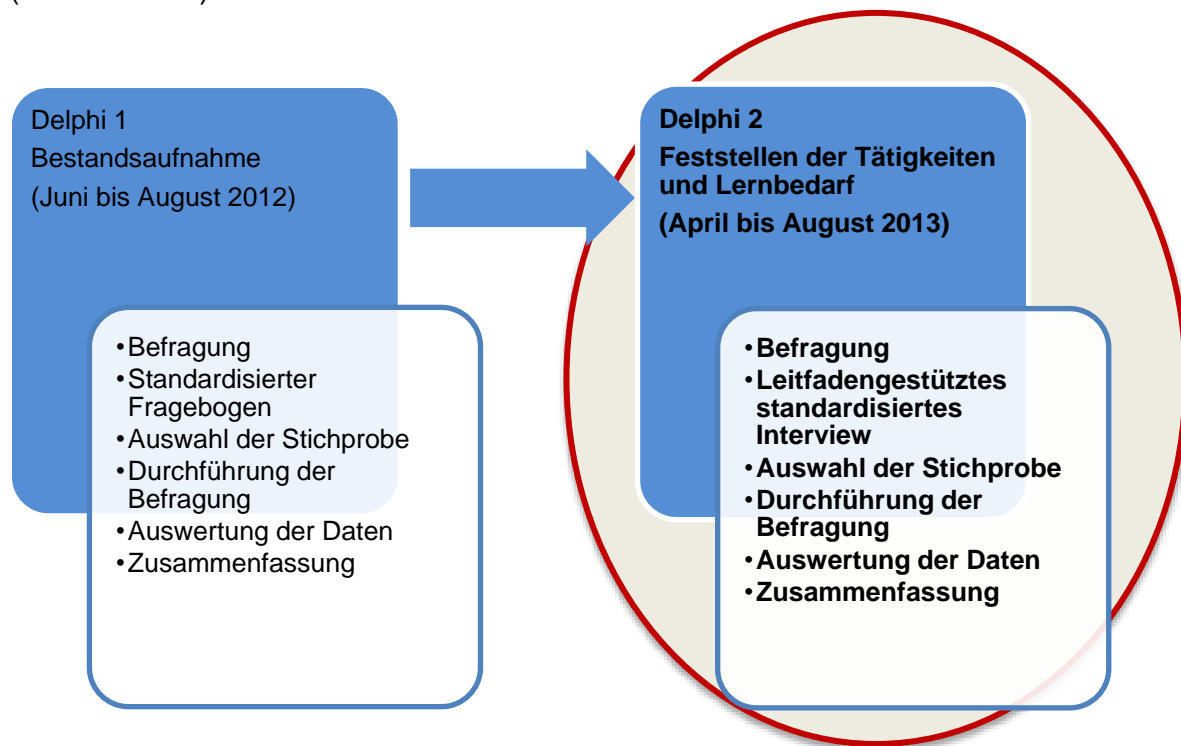


Abbildung 5.3.1: Ein Überblick über das methodische Vorgehen Delphi 1 und hier insbesondere Delphi 2

Die Ziele der Untersuchung Delphi 2 sind:

- Die Differenzierung von Tätigkeiten, welche von Pflegepersonal und welche von Servicepersonal durchgeführt werden sollen. Grundsätzlich gehören die, im Interviewleitfaden aufgeführten Tätigkeiten, zum Aufgabenprofil des Pflegepersonals. Eine Abgabe von ausgewählten Tätigkeiten an Servicepersonal unterstützt das Pflegepersonal beim Erfüllen der Aufgaben.
- Die Feststellung, ob die dem Servicepersonal zugeschriebenen Tätigkeiten einen Lernbedarf im Rahmen des pflegerischen Handlungsfelds der stationären Pflege erfordern oder nicht.

Die Befragung in Delphi 2 erfolgt mit einem leitfadengestützten, standardisierten Interview. Durch den Methodenwechsel, von Fragebogen zu Interviewleitfaden, weicht die Befragung von der klassischen Delphi-Methode, wie bereits in Teil 1 beschrieben, ab.

Es gilt die Grundannahme, dass Pflegepersonal Tätigkeiten an Servicepersonal abgibt, d.h. Servicepersonal führt Tätigkeiten durch, die zum Aufgabengebiet des Pflegepersonals gehören. Die Durchführung dieser Tätigkeiten erfordert einen Lernbedarf für Servicepersonal im Handlungsfeld der stationären Pflege, oder sie erfordert keinen Lernbedarf.

- Die Nullhypothese, H<sub>0</sub>-Durchführung, nimmt an, dass weniger als die Hälfte der Experten (< 50%, entspricht einem Mittelwert von  $n < 8$ ) der Meinung sind, dass diese Tätigkeiten nicht durch Servicepersonal durchgeführt werden sollen, sondern völlig im Tätigkeitspektrum des Pflegepersonal bleiben.
- Die Alternativhypothese, H<sub>1</sub>-Durchführung, nimmt an das mehr oder gleich als die Hälfte der Experten ( $\geq 50\%$ , entspricht einem Mittelwert von  $n \geq 8$ ) der Meinung sind, dass Tätigkeiten innerhalb der ABEDL-Kategorien von Servicepersonal durchführbar sind und das Pflegepersonal unterstützen.

Im weiteren Verlauf der Untersuchung soll gezeigt werden, inwieweit die Durchführung einer Tätigkeit einen Lernbedarf für Servicepersonal, im Handlungsfeld der stationären Pflege, zur Folge hat.

- Die Nullhypothese, H<sub>0</sub>-Lernbedarf, nimmt hierbei an dass, die Durchführung einer Tätigkeit nicht an einen Lernbedarf gebunden ist, also kein Lernbedarf besteht.
- Die Alternativhypothese, H<sub>1</sub>-Lernbedarf, nimmt an, dass die Durchführung einer Tätigkeit an einen Lernbedarf gebunden ist. Dabei gilt für die Einschätzung des Lernbedarfs die Quote (Odds)  $\geq 0,5$  als signifikanter Lernbedarf und die Quote (Odds)  $< 0,5$  als weniger signifikanter Lernbedarf

Die durchführbaren Tätigkeiten, welche einen weniger signifikanten Lernbedarf für Servicepersonal erfordern, sind durch das Phänomen der Laienpflege als Kompetenz, sowie durch bereits erworbene Kompetenzen aus einer Hotel-und Gastronomie Ausbildung vorauszusetzen.

---

### **5.3.1 Erhebungsinstrument leitfadengestütztes, standardisiertes Interview**

Das Interview ist ein Instrument der Datenerhebung und Informationsgewinnung, insbesondere in der Sozialwissenschaft, und stellt eine Methode der gezielten Befragung von ausgewählten Personen in einem wechselseitigen Gespräch<sup>5.14</sup>, hier Pflegeexperten, dar. Die Pflegeexperten äußern ihre Meinung zu einem Sachverhalt, der sich durch die Fragen im Interviewleitfaden abbildet<sup>5.15</sup>. Die Wahl von Interviews als Erhebungsmethode (s. Abb. 5.3.2), resultiert aus der Tatsache, dass der Interviewleitfaden offene Bemerkungen zulässt und das ABEDL Modell möglicherweise einer kurzen Erläuterung bedarf. Die Fragen nach den Tätigkeiten sind nach dem ABEDL-Modell der Pflegetheoretikerin Krohwinkel strukturiert. Krohwinkel beschreibt in ihrem erweiterten Modell, Aktivitäten, Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des täglichen Lebens (ABEDL), Kompetenzen, welche zu Pflegende entweder ganz oder teilweise nicht mehr zu Ihrer Selbstpflege nutzen können<sup>5.16</sup>. Jeder ABEDL-Kategorie wurden mögliche Tätigkeiten zugeschrieben, die Servicepersonal durchführen könnte. Die Tätigkeiten bilden die Items der einzelnen ABEDL – Kategorien und unterscheiden sich pro Kategorie in der Anzahl. Die Antwortmöglichkeiten des Interviewleitfadens ist nominalskaliert, mit je zwei fest vorgegebenen Antwortmöglichkeiten (ja und nein) zu den Variablen Durchführung durch Servicepersonal und Lernbedarf für Servicepersonal. Zu jeder Kategorie sind freie Bemerkungen, als zusätzliche Informationen und unter der Rubrik „Was sonst noch zu sagen wäre“, möglich. Die Bemerkungen können händisch von der Interviewerin notiert werden.

---

<sup>5.14</sup> (Duden, 2013; wissen.de, 2014)

<sup>5.15</sup> (Lissmann, 2006)

<sup>5.16</sup> (Krohwinkel, 2008)



Abbildung 5.3.2: Die Struktur des Interviews in Delphi 2

### 5.3.2 Auswahl der Stichprobe

Die befragten Experten sind Pflegekräfte, welche den Pflegedirektionen in stationären pflegerischen Einrichtungen angehören oder selbst Pflegedirektoren sind. Die Expertenbefragung, per Interview in Delphi 2, richtet sich an Personen, die bereits an der Befragung Delphi 1 teilgenommen haben und Erfahrung mit Einsatz von Servicepersonal in pflegerischen Einrichtungen besitzen.

Die Größe der Stichprobe beträgt:  $n = 16$  Pflegeexperten in 16 Kliniken, die auch an Delphi 1 teilgenommen hatten. Die Auswahl der Stichprobe erfolgte nach telefonischer Anfrage oder Anfrage per E-Mail.

### 5.3.3 Durchführung der Interviews

Nach der Zustimmung zu einem Interview und der verbindlichen Terminvereinbarung, wurden in der Zeit von April 2013 bis August 2013, die Pflegeexperten in ihren Einrichtungen besucht. Die Interviews fanden im Büro der Ansprechpartner/innen, am Schreibtisch oder in einem Besprechungsraum am Konferenztisch, statt. Nach der einführenden Klärung des Forschungsinteresses und Erläuterungen zur Person der Interviewerin, erfolgte die Bearbeitung der Fragen an Hand des Interviewleitfadens. Die Situation prägte stets ein großes Interesse an der Fragestellung, gegenseitige Wertschätzung und Gastfreundlichkeit. Es

entstand nie ein Eindruck von Eile und Hektik. Die Interviews dauerten zwischen 45 Minuten und 120 Minuten. Die Erarbeitung der Fragestellungen erfolgte im Dialog. Für Rückfragen und Erläuterungen ließ der geplante Zeitrahmen genügend Gestaltungsspielraum für die beteiligten Personen zu. Die Ja und Nein-Antworten kennzeichnete die Interviewerin durch Ankreuzen. Die Bemerkungen wurden in kurzen, händischen Notizen hinzugefügt, so dass die Zuwendung zu den Personen kaum unterbrochen war.

### 5.3.4 Auswertung der Daten

Zur Logik der Datenauswertung (s. Abb. 5.3.3):

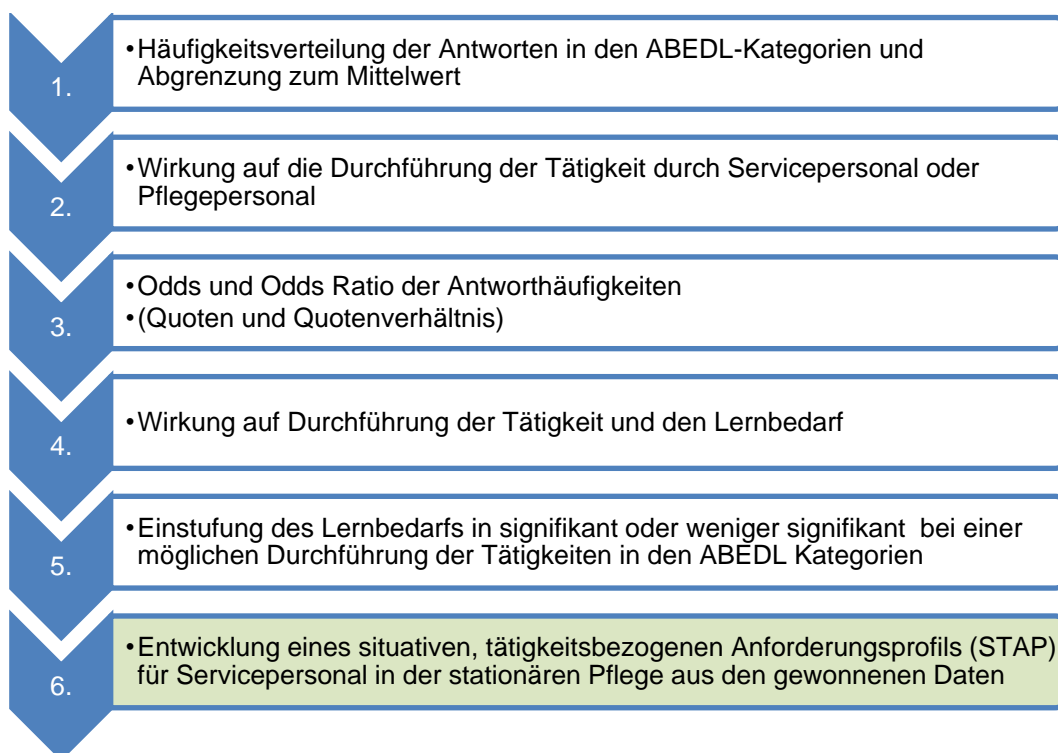


Abbildung 5.3.3: Logik der Auswertung von Delphi 2

#### 5.3.4.1 Häufigkeitsverteilung

Zunächst erfolgt eine Auszählung der Antworten der Pflegeexperten in den einzelnen ABEDL-Kategorien.

Bei der Auswertung der einzelnen Kategorien gilt, dass bei Tätigkeiten/Kompetenzen, die einen Wert kleiner als der Mittelwert aufweisen, für die Durchführung für Servicepersonal, nach Meinung der Pflegeexperten, nicht in Betracht kommen. Werte, die größer sind als der arithmetische Mittelwert, entsprechen demnach Tätigkeiten/Kompetenzen,



die für Servicepersonal in Frage kommen, um Pflegepersonal zu unterstützen. Dies trifft gleichermaßen für den Lernbedarf zu. Bei  $n = 16$  entspricht der Mittelwert 8, d. h. bei Werten größer oder gleich 8, sind mindestens 50% der befragten Pflegeexperten der Meinung, dass Servicepersonal diese Tätigkeiten durchführen kann und ein Lernbedarf besteht. Alle Werte kleiner 8, bei  $n = 16$ , finden bei der Durchführung keine Berücksichtigung, d.h. diese Tätigkeiten bleiben die Aufgabe des Pflegepersonals.

#### **5.3.4.2 Odds und Odds Ratio**

Der Odds nimmt Werte zwischen Null und unendlich an. Ein Odds von 1 besagt, dass die Wahrscheinlichkeit eines Ereignisses gleich groß ist<sup>5.17</sup>. In unserem Fall bedeutet dies einerseits, dass sich die Durchführung ja auf einen Lernbedarf ja in einem Verhältnis von 1:1 auswirkt, also kein Unterschied besteht. Andererseits kann sich die Durchführung ja zu einem Lernbedarf nein im Verhältnis von 1:9 auswirken, somit besteht ein signifikanter Unterschied. Das Quotenverhältnis Odds Ratio gibt die Ausprägung der Variablen Durchführung und Lernbedarf an, d.h. wie vielfach wahrscheinlich das Ereignis Durchführung ja, im Verhältnis zu Lernbedarf ja und zu Lernbedarf nein, eintritt. Dabei bedeutet ein Wert Odds Ratio von 1, nach Meinung der Pflegeexperten, ein sicheres Ereignis. Die Durchführung der Tätigkeit ist mit einem Lernbedarf für Servicepersonal in der stationären Pflege verbunden. Daraus folgt: Je höher die Differenz, umso weniger wahrscheinlich zeichnet sich ein Lernbedarf für die Tätigkeiten in den einzelnen ABEDL-Kategorien ab<sup>5.18</sup>. Hier wirken die, im Rahmen einer Ausbildung im Hotel- und Gaststättenwesen, bereits erworbenen Kompetenzen in das neue Handlungsfeld der stationären Pflege ein. Ebenso wirken die Kompetenzen der Laienpflege<sup>5.19</sup>, welche nach der Theorie der Selbstpflege und der Selbstpflegekompetenzen der Menschen angenommen werden können<sup>5.20</sup>.

---

<sup>5.17</sup> (Jäger, 2012)

<sup>5.18</sup> (Krohwinkel M. , 2010; Krohwinkel, 2008)

<sup>5.19</sup> (Arets, Obex, Vaessen, & Wagner, 1996; Isfort M. , 2011, S. 30)

<sup>5.20</sup> (Hattinga-Verschure, 1981; Orem, Nursing Concepts of Practise, 1985; Brandenburg, Schoolmann, & Weidner, 2012, S. 52-52; Arets, Obex, Vaessen, & Wagner, 1996; Selinger, 2011, S. 96-97)

### 5.3.4.3 Wirkungen auf Durchführung und Lernbedarf

Das Quotenverhältnis, Odds Ratio, der Antworten der Pflegeexperten in den einzelnen Kategorien, zeigt die Relation zwischen Durchführung und Lernbedarf auf. Diese Werte messen die Chance, wie häufig ein Ereignis auftritt und ein anderes Ereignis zur Folge hat oder nicht. Die Antworthäufigkeiten der Variablen Durchführung ja (Dja) wirken sich auf die Variablen Lernbedarf ja (Lja) und Lernbedarf nein (Lnein) mehr oder weniger stark aus<sup>5.20</sup>.

Mit Hilfe einer Kreuztabelle werden die Werte Odds Ratio berechnet<sup>5.21</sup> (s. Abb. 5.3.4), Die jeweilige Anzahl der Antworten wird in die Kreuztabelle eingesetzt und berechnet. Dabei gilt die Formel:

$$\text{Odds Ratio} = (a/c)/(b/d) = (a \times d)/(b \times c)$$

Variable /Antwort	ja	nein
Durchführung	a	b
Lernbedarf	c	d

Abbildung 5.3.4: Kreuztabelle zur Berechnung des Quotenverhältnisses Odds Ratio

### 5.3.4.4 Einstufungen des Lernbedarfs innerhalb der ABEDL-Kategorien

Den durchführbaren Tätigkeiten schreiben die Pflegeexperten einen unterschiedlichen Lernbedarf zu. Die Signifikanz des Lernbedarfs bei Durchführung ja, ist gekennzeichnet durch die Werte des Odds  $\geq 0,5$  und  $< 0,5$ . Dabei gilt ein Wert  $\geq 0,5$  als signifikanter Lernbedarf und ein Wert  $< 0,5$  als weniger signifikanter Lernbedarf.

Die Messwertpaare Durchführung nein/Lernbedarf ja und Durchführung nein/Lernbedarf nein, bleiben zur Feststellung eines Lernbedarfs unberücksichtigt. Die Durchführung ist, nach Meinung der Pflegeexperten, nicht vorgesehen, demzufolge wird ein entsprechender Lernbedarf nicht abgeleitet (s. Abb. 5.3.5).

---

<sup>5.20</sup> (Jäger, 2012; Bortz J. , 1999)

<sup>5.21</sup> (Bortz J. , 1999)

Variable Durchführung	Variable Lernbedarf	Signifikanz des Lernbedarfs
Durchführung ja	Lernbedarf ja	Signifikanter Lernbedarf bei Odds $\geq 0,5$
Durchführung ja	Lernbedarf nein	Weniger signifikanter Lernbedarf bei Odds $< 0,5$
Durchführung nein	Lernbedarf ja	Nicht relevant, da keine Durchführung
Durchführung nein	Lernbedarf nein	Nicht relevant, da keine Durchführung

Abbildung 5.3.5: Wirkmodell der Variablen Durchführung, Lernbedarf und die daraus abgeleitete Signifikanz des Lernbedarfs

Die Signifikanz des Lernbedarfs, für die Durchführung von Tätigkeiten in einer ABEDL-Kategorie, ist maßgeblich für das situative tätigkeitsbezogene Anforderungsprofil für Servicepersonal in der stationären Pflege<sup>5.22</sup>.

Im nächsten Abschnitt werden die transkribierten Antworten der Pflegeexperten aus 16 Interviews, inklusive der Bemerkungen, aufgezeigt. Ein Exemplar des Interviewleitfadens ist im Anhang der Arbeit zu finden.

### 5.3.5 Transkription und Auswertung der Interviews

Das Vorgehen geschieht analog der Gliederung des Interviewleitfadens:

- Teil 1: Aktivitäten des Lebens realisieren und hierbei mit existenziellen Erfahrungen umgehen zu können
- Teil 2: Soziale Beziehungen sichern und gestalten und dabei mit existenziellen Erfahrungen umgehen zu können
- Teil 3: Mit existenziellen Erfahrungen umgehen und sich dabei entwickeln zu können
- Teil 4: „Was sonst noch zu sagen wäre“, analog des Interviewleitfadens dargestellt.

Nach der Transkription der Antworten der Pflegeexperten pro Kategorie des ABEDL-Modells, erfolgt unmittelbar die Auswertung, gemäß dem, in Abschnitt 5.3.4, beschriebenen Wirkmodells.

<sup>5.22</sup> Farbliche Legende zur Einschätzung eines Lernbedarfs:

Durchführung ja - Signifikanter Lernbedarf	Durchführung ja - Weniger signifikanter Lernbedarf	Nicht relevant - keine Durchführung, daher auch kein Lernbedarf
---	--	---

### 5.3.5.1 Teil 1: Aktivitäten des Lebens realisieren und hierbei mit existenziellen Erfahrungen umgehen zu können um:

#### Zu Kategorie 1.1 „Kommunizieren zu können“:

Gegenüberstellung der Antworten zu der Durchführung und Nicht-Durchführung, sowie des Lernbedarfs und Nichtlernbedarfs, bezüglich der Tätigkeiten von Servicepersonal, der Kategorie „Kommunizieren zu können“, inkl. der freien Bemerkungen (s. Tab 5.3.1):

Nr.	1.1 Kommunizieren zu können Tätigkeiten/Kompetenzen	Durchführung		Lernbedarf	
		ja	nein	ja	nein
1	Hilfsmittel kennen und anreichen (Brille, Hörgerät...)	15	1	10	6
2	Mimik, und Gestik, Ausdruck von Gefühlen kennen und einordnen	14	2	9	7
3	Verbale und schriftliche Information geben/vorlesen können, Telefonkarte besorgen	15	1	9	7
4	Telefon und Rufanlage erklären können, bzw. die Voraussetzungen zur Anwendung schaffen/anleiten können	14	2	13	3
5	Orientierung in Raum, Zeit geben können (Räumlichkeiten erklären Wege erklären, Beschilderungen Tagesstruktur geben)	15	1	11	5

Tabelle 5.3.1: Tätigkeiten der Kategorie 1.1 „Kommunizieren zu können“ mit den Werten zu Durchführung und Lernbedarf

Freie Bemerkungen:

- Brille ja, Hörgerät bedenklich,
- Umfeld Kontrollgerät<sup>5.23</sup> anwenden können
- Sprachliche Kompetenzen erforderlich, Lesekompetenzen erforderlich
- Teilweise sind Aufgaben in den Pflegeprozess integriert
- Tagesstruktur ist pflegerische Aufgabe
- In speziellen Fachgebieten, z. B. Neurologie, Psychiatrie
- Schulungsbedarf ja, da andere Inhalte
- Schulungsbedarf bei Hilfsmitteln des Medizinproduktegesetz (MPG)

Häufigkeitsverteilung der Antworten in der ABEDL-Kategorie „Kommunizieren zu können“, sowie die Gegenüberstellung der Antworten

<sup>5.23</sup> Ein „Umfeld Kontrollgerät“ ermöglicht einem Menschen mit einer hohen Querschnittslähmung über einen Puste-Schlauch elektronische Geräte z. B. Rufanlage, Telefon, TV, Radio u. a., zu steuern (Anmerkung der Autorin).

Durchführung ja und Durchführung nein der Kategorie „Kommunizieren zu können“, in Abgrenzung zum Mittelwert: (s. Abb. 5.3.6)

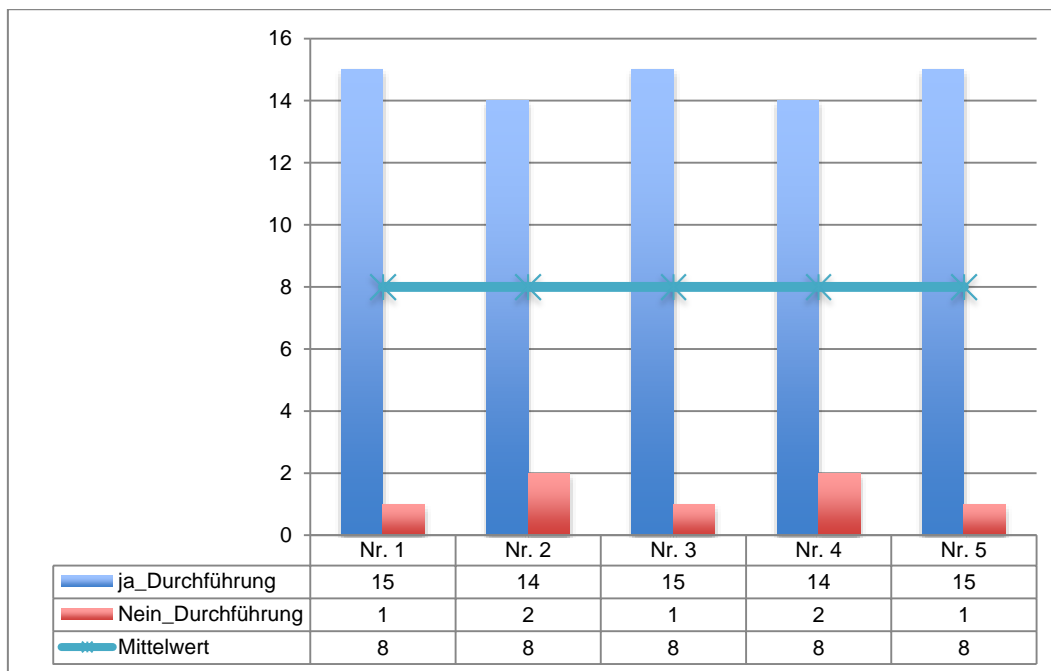


Abbildung 5.3.6 Durchführung von Tätigkeiten der Kategorie 1.1 „Kommunizieren zu können“ in Abgrenzung zum Mittelwert

Die Werte für Durchführung ja, sind in allen Items größer als der Mittelwert 8; d. h. über 50% der befragten Pflegeexperten sind der Meinung, dass alle Tätigkeiten/Kompetenzen im Bereich „Kommunizieren zu können“ durch Servicepersonal durchführbar sind. Die Quoten des Odds für Durchführung ja und Lernbedarf ja, liegen in sämtlichen ABEDL-Kategorien  $\geq 0,5$ . (s. Tab. 5.3.2). Daraus folgt ein signifikanter Lernbedarf in allen Items der Kategorie ABEDL 1.1, „Kommunizieren zu können“.

Item /Variable	Odds-Quoten					Odds Ratio
	Dja	Dnein	Lja	Lnein	Mittelwert	
Nr. 1	0,94	0,06	0,62	0,38	0,5	9
Nr. 2	0,87	0,13	0,56	0,44	0,5	5,44
Nr. 3	0,94	0,06	0,56	0,44	0,5	11,66
Nr. 4	0,87	0,13	0,81	0,19	0,5	1,61
Nr. 5	0,94	0,06	0,69	0,31	0,5	6,81

Tabelle 5.3.2: Das Quotenverhältnis Odds Ratio der einzelnen Items der Kategorie 1.1 „Kommunizieren zu können“

Das Quotenverhältnis, Odds Ratio, gibt den Unterschied an, um wieviel größer die Wahrscheinlichkeit ist, dass Servicepersonal die Tätigkeiten mit Lernbedarf, zum Verhältnis ohne Lernbedarf

durchführen kann. Je nach Höhe des Übereinstimmungsgrades der Antworten der Pflegeexperten (s. Tab. 5.3.2), kann daraus die Signifikanz des Lernbedarfs für die Tätigkeit eingeschätzt werden. Je kleiner der Unterschied der Odds Rationen zum Wert 1, umso höher ist die Übereinstimmung der Pflegexperten in der Relation Durchführung ja und Lernbedarf ja. Die Übereinstimmung der Einschätzung ist am höchsten in der Tätigkeit Nr. 4 und am geringsten in der Tätigkeit Nr. 3. Einschätzung und Differenzierung des Lernbedarfs für die Tätigkeiten in ABEDL „Kommunizieren zu können“ (s. Tab. 5.3.3):

Ein signifikanter Lernbedarf und ein weniger signifikanter Lernbedarf wird abgeleitet aus dem Kriterium, wenn die Werte von Odds Dja und Odds Lja  $>$  und  $<$  0,5 ergeben. Die Gegenprobe zu weniger signifikantem Lernbedarf wäre, bei Odds Dja und Odds Lnein  $>$  0,5. Ein signifikanter Lernbedarf ist in allen Bereichen der Kategorie ABEDL „Kommunizieren zu können“ gegeben.

Tätigkeiten Nr. 1 bis Nr. 5	
Anzahl der Tätigkeiten	Differenzierung des Lernbedarfs
5	Alle Items
5	Durchführung mit signifikantem Lernbedarf
0	Durchführung mit weniger signifikantem Lernbedarf
0	Keine Durchführung – kein Lernbedarf

Tabelle 5.3.3: Signifikanz des Lernbedarfs bei der Durchführung der Tätigkeiten in ABEDL1.1 „Kommunizieren zu können“.

Zusammenfassend ergibt sich für die Kategorie „Kommunizieren zu können“, bezüglich der Ausgangshypothesen, folgende Entscheidung: Die Alternativhypothese, H1-Durchführung für die Kategorie ABEDL-Kategorie „Kommunizieren zu können“, ist bestätigt. Die Nullhypothese, H0-Durchführung, wird verworfen.

Die Alternativhypothese, H1-Lernbedarf, ist bestätigt, da die Durchführung aller Tätigkeiten der ABEDL-Kategorie „Kommunizieren zu können“, an einen signifikanten Lernbedarf für Servicepersonal gebunden ist.

**Zu Kategorie 1.2 „Sich bewegen zu können“:**

Gegenüberstellung der Antworten zu der Durchführung und der Nicht-Durchführung, sowie des Lernbedarfs und Nichtlernbedarfs, bezüglich der Tätigkeiten von Servicepersonal, der Kategorie „Sich bewegen zu können“, inkl. der freien Bemerkungen (s. Tab. 5.3.4):

Nr.	1.2 Sich bewegen zu können Tätigkeiten/Kompetenzen	Durch-	Durch-	Lern-	Lern-
		führung	führung	bedarf	bedarf
		ja	nein	ja	nein
1	Funktion von Bett kennen und anwenden, sowie dies der Person erklären und anleiten	13	3	13	3
2	Hilfsmittel zur Fortbewegung bereitstellen	13	3	8	8
3	Bequemes/funktionsgerechtes Sitzen und Liegen gewährleisten können	9	7	7	9
4	Unterstützung beim Transfer vom Bett zum Esstisch/ Speisesaal	10	6	7	9
5	Schuhe anziehen, schnüren	12	4	3	13
6	Bewegungsabläufe der Personen erkennen	7	9	6	10
7	Bewegungseinschränkungen der Personen kennen	8	8	8	8

Tabelle 5.3.4: Tätigkeiten der Kategorie 1.2 Sich bewegen zu können mit den Werten zu Durchführung und Lernbedarf

Bemerkungen:

- Normales Bewegen als Voraussetzung erkennen
- Gegenstände des Alltags anreichen
- Unterstützung bei Gegenständen, die heruntergefallen sind
- Je nach Situation, Unterstützung nicht persönlich, sondern allgemeiner Art, d. h. ohne Hilfsmittel wie „Rolli“
- Bei gehfähigen Personen
- Bei Personen ohne akute Einschränkung
- Bei Äußerung von Wünschen

Häufigkeitsverteilung der Antworten in ABEDL Kategorie „Sich bewegen zu können“, sowie die Gegenüberstellung der Antworten Durchführung ja zu Durchführung nein der Kategorie „Sich bewegen zu können“, in Abgrenzung zum Mittelwert (s. Abb. 5.3.7):

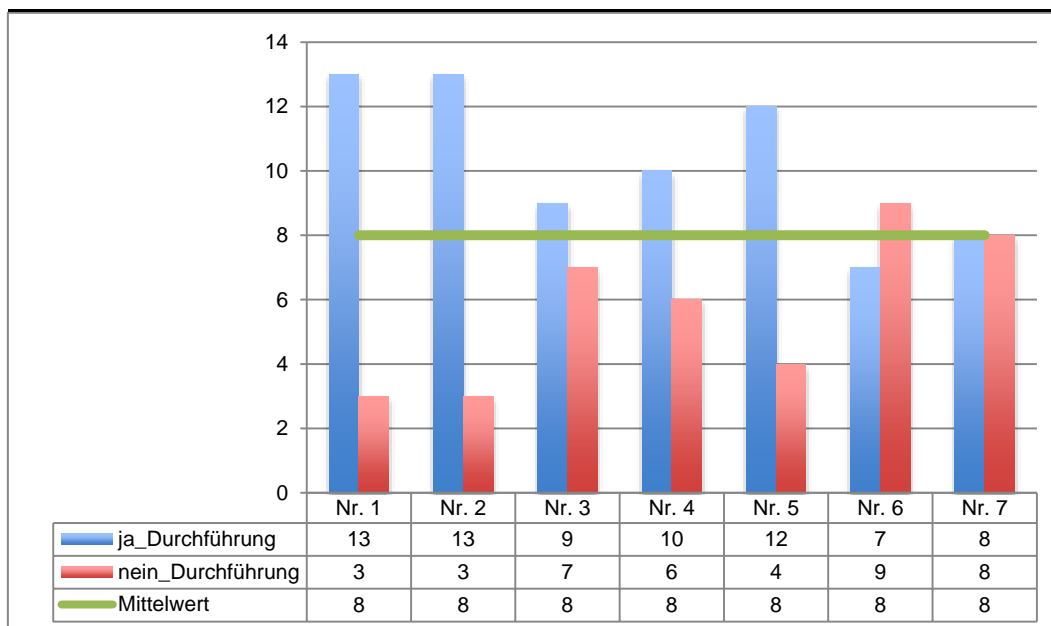


Abbildung 5.3.7 Durchführung von Tätigkeiten der Kategorie 1.2 „Sich bewegen zu können“ in Abgrenzung zum Mittelwert

Die Werte für Durchführung ja der Tätigkeiten/Kompetenzen im Bereich „Sich bewegen zu können“, liegen alle bei größer oder gleich dem Mittelwert von 8 = 50%. Eine Ausnahme stellt Item Nr. 6, Bewegungsabläufe der Personen erkennen zu können, dar. Somit sind die befragten Pflegeexperten der Meinung, dass sechs der sieben Tätigkeiten, im Bereich „Sich bewegen zu können“, von Servicepersonal durchführbar sind.

Die Quoten des Odds, (s. Tab. 5.3.5), für Durchführung ja, liegen in den Items Nr. 1 bis Nr. 5 und Item Nr. 7  $\geq 0,5$ . Einen Lernbedarf ja, mit  $\geq 0,5$ , zeigen die ABEDL-Items Nr. 1, Nr. 2, und Nr. 7. Einen Lernbedarf ja, mit  $< 0,5$ , zeigen die Items Nr. 3, Nr. 4, und Nr. 5. Daraus folgt ein signifikanter Lernbedarf in drei Items und ein weniger signifikanter Lernbedarf in drei Items der Kategorie ABEDL „Sich bewegen zu können“.



Item/Variable	Odds-Quoten					Odds Ratio
	Dja	Dnein	Lja	Lnein	Mittelwert	
Nr. 1	0,81	0,19	0,81	0,19	0,5	1
Nr. 2	0,81	0,19	0,5	0,5	0,5	4,33
Nr. 3	0,56	0,44	0,44	0,56	0,5	1,65
Nr. 4	0,62	0,38	0,44	0,56	0,5	1,66
Nr. 5	0,75	0,25	0,19	0,81	0,5	13
Nr. 6	0,44	0,56	0,38	0,62	0,5	1,29
Nr. 7	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1

Tabelle 5.3.5: Quoten des Odds und das Quotenverhältnis Odds Ratio der einzelnen Items der Kategorie 1.2 „Sich bewegen zu können“

Das Quotenverhältnis, Odds Ratio, zwischen Durchführung und Lernbedarf, aller Items in ABEDL „Sich bewegen zu können“, als Grad der Übereinstimmung der Antworten der Pflegeexperten (s. Tab. 5.3.5). Die Einschätzung stimmt voll und ganz überein bei den Tätigkeiten Nr. 1 und Nr. 7; es besteht kein Unterschied. Ein geringfügiger Unterschied findet sich bei den Tätigkeiten Nr. 3 und Nr. 4, gefolgt von Nr. 2. Der Unterschied ist am höchsten in der Tätigkeit Nr. 5.

Einschätzung und Differenzierung des Lernbedarfs für die Tätigkeiten in ABEDL „Sich bewegen zu können“ (s. Tab. 5.3.6):

Ein signifikanter Lernbedarf und weniger signifikanter Lernbedarf ist zu unterscheiden bei Odds > und < 0,5 (Gegenprobe zu weniger signifikantem Lernbedarf = Odds Lnein > 0,5).

Tätigkeiten Nr. 1 bis Nr. 7	
Anzahl der Tätigkeiten	Differenzierung des Lernbedarfs
7	Alle Items
3	Durchführung mit signifikantem Lernbedarf
3	Durchführung mit weniger signifikantem Lernbedarf
1	Keine Durchführung – kein Lernbedarf

Tabelle 5.3.6: Signifikanz des Lernbedarfs bei der Durchführung von Tätigkeiten in ABEDL 1.2 „Sich bewegen zu können“.

Zusammenfassend ergibt sich für die Kategorie „Sich bewegen zu können“, bezüglich der Ausgangshypothesen, folgende Entscheidung: Die Alternativhypothese, H1-Durchführung, ist bestätigt, da  $\geq 50\%$  = Mittelwert  $\geq 8$  der Pflegeexperten der Meinung sind, dass Tätigkeiten

innerhalb der ABEDL-Kategorie „Sich bewegen zu können“ von Servicepersonal durchgeführt werden können. Die Nullhypothese, H0-Durchführung, wird verworfen.

Die Alternativhypothese, H1-Lernbedarf, ist bestätigt, da die Durchführung einer Tätigkeit an einen signifikanten Lernbedarf in drei Items, und an einen weniger signifikanten Lernbedarf ebenfalls in drei Items, gebunden ist.

Die Nullhypothese, H0-Lernbedarf, wird verworfen, da die Durchführung jeder Tätigkeit an einen Lernbedarf gebunden ist.

**Zu Kategorie 1.3 „Vitale Funktionen aufrechterhalten zu können“:**

Gegenüberstellung der Antworten zu der Durchführung und Nicht-Durchführung, sowie des Lernbedarfs und Nichtlernbedarfs, bezüglich der Tätigkeiten von Servicepersonal, der Kategorie „Vitale Funktionen aufrechterhalten zu können“, inkl. der freien Bemerkungen (s. Tab. 5.3.7):

Nr.	1.3 Vitale Funktionen aufrecht erhalten zu können Tätigkeiten/Kompetenzen	Durchführung		Lernbedarf	
		Ja	nein	ja	nein
1	Erkennen von Notfallsituationen	16	0	15	1
2	Weiterleiten der Information, Notfalltelefonalarmierung können	16	0	16	0
3	Maßnahmen der Ersten Hilfe	12	4	12	4
4	Basismaßnahmen der Herz-Lungen-Wiederbelebung	10	6	10	6
5	Erkennen, ob Person friert oder schwitzt und Information weiterleiten	13	3	7	9
6	Allgemeine Maßnahmen bei Frieren oder Schwitzen ergreifen (zudecken, Erfrischung)	9	7	7	9

Tabelle 5.3.7: Tätigkeiten der Kategorie „Vitale Funktionen aufrecht erhalten zu können“ mit den Werten zu Durchführung und Lernbedarf

Bemerkungen:

- Einfache Maßnahmen, wie z. B. Fenster öffnen
- Information an Pflegepersonal weiterleiten
- Wie Ersthelfer am Unfallort
- Keine Wiederbelebungs-Algorithmen in Kliniken

Häufigkeitsverteilung der Antworten in der ABEDL-Kategorie „Vitale Funktionen aufrechterhalten zu können“, sowie die Gegenüberstellung der Antworten Durchführung ja zu Durchführung nein der Kategorie „Vitale Funktionen aufrechterhalten zu können“, in Abgrenzung zum Mittelwert: (s. Abb. 5.3.8)

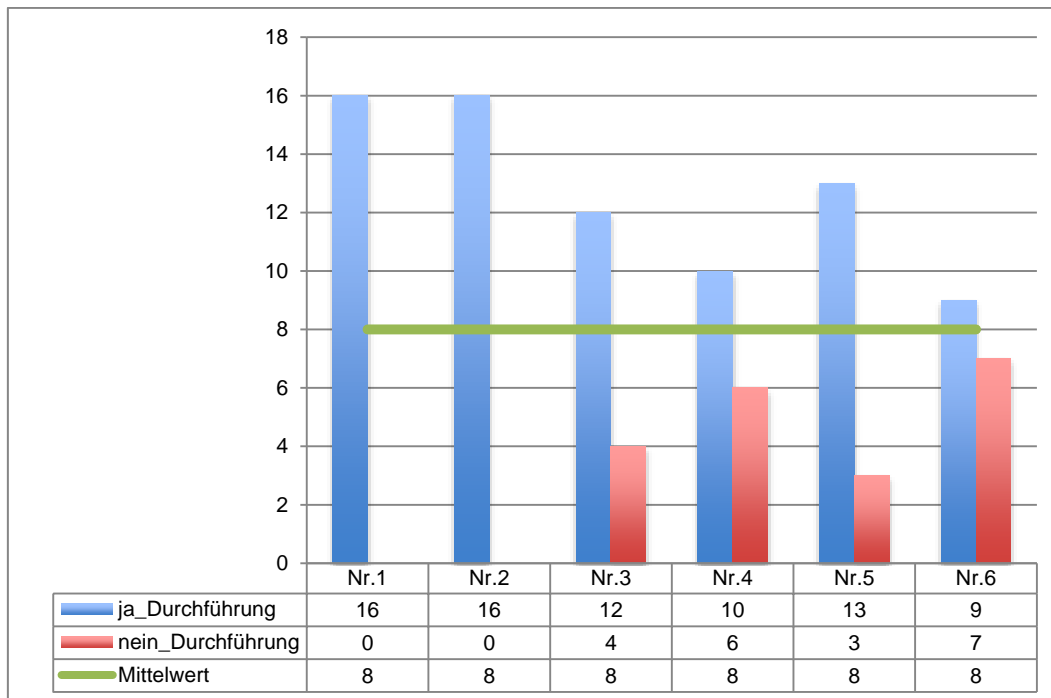


Abbildung 5.3.8: Durchführung der Kategorie 1.3 „Vitale Funktionen aufrechterhalten zu können“ in Abgrenzung zum Mittelwert

Die Werte für Durchführung ja der Tätigkeiten/Kompetenzen im Bereich „Vitale Funktionen aufrechterhalten zu können“, liegen alle bei größer oder gleich dem Mittelwert von 8 = 50%. Somit sind die befragten Pflegeexperten der Meinung, dass alle Tätigkeiten von Servicepersonal durchführbar sind.

Die Quoten des Odds (s. Tab. 5.3.8) für Durchführung ja liegen in den Items Nr. 1 bis einschließlich Nr. 6  $\geq 0,5$ . Die Quoten Lernbedarf ja liegen bei Item Nr. 1 bis einschließlich Nr. 4  $\geq 0,5$ , im signifikanten Bereich. Dies betrifft die Tätigkeiten: Erkennen von Notfallsituationen, weiterleiten der Information und Notfallalarmierung können, Maßnahmen der Ersten Hilfe und Basismaßnahmen der Herz-Lungen-Wiederbelebung. Die Quoten bei Item Nr. 5 und Nr. 6 sind mit  $< 0,5$  im weniger signifikanten Bereich. Dies betrifft die Tätigkeiten: Erkennen, ob Person schwitzt oder friert und Information weiterleiten und allgemeine Maßnahmen bei Schwitzen oder Frieren ergreifen (zudecken, Erfrischung).

Item/Variable	Odds-Quoten					Odds Ratio
	Dja	Dnein	Lja	Lnein	Mittelwert	
Nr.1	1	0	0,93	0,07	0,5	1,06
Nr.2	1	0	1	0	0,5	1
Nr.3	0,75	0,25	0,75	0,25	0,5	1
Nr.4	0,62	0,38	0,62	0,38	0,5	1
Nr.5	0,81	0,19	0,44	0,56	0,5	5,57
Nr.6	0,58	0,44	0,44	0,56	0,5	1,65

Tabelle 5.3.8: Das Quotenverhältnis Odds Ratio der einzelnen Items der Kategorie 1.3 „Vitale Funktionen aufrecht erhalten zu können“

Das Quotenverhältnis, Odds Ratio, zwischen Durchführung und Lernbedarf in allen Items in ABEDL „Vitale Funktionen aufrechterhalten zu können“, als Grad der Übereinstimmung der Antworten der Pflegeexperten (s. Tab. 5.3.8).

Die Einschätzung stimmt voll und ganz überein bei den Tätigkeiten Nr. 2, Nr. 3 und Nr. 4, es besteht kein Unterschied, gefolgt von Tätigkeiten Nr. 1 und Nr. 6. Der Unterschied ist am höchsten in der Tätigkeit Nr. 5, hier besteht die geringste Übereinstimmung bei den Pflegeexperten.

Einschätzung und Differenzierung des Lernbedarfs für die Tätigkeiten in ABEDL „Vitale Funktionen aufrechterhalten zu können“ (s. Tab. 5.3.9):

Ein signifikanter Lernbedarf und weniger signifikanter Lernbedarf ist zu unterscheiden bei Odds > und < 0,5, (Gegenprobe zu weniger signifikantem Lernbedarf = Odds Lnein > 0,5).

Tätigkeiten Nr. 1 bis Nr. 6	
Anzahl der Tätigkeiten	Differenzierung des Lernbedarfs
6	Alle Items
4	Durchführung mit signifikantem Lernbedarf
2	Durchführung mit weniger signifikantem Lernbedarf
0	Keine Durchführung – kein Lernbedarf

Tabelle 5.3.9: Signifikanz des Lernbedarfs bei der Durchführung der Tätigkeiten in ABEDL 1.3 „Vitale Funktionen aufrecht erhalten zu können“.

Zusammenfassend ergibt sich für die Kategorie „Vitale Funktionen aufrechterhalten zu können“, bezüglich der Ausgangshypothesen, folgende Entscheidung:

Die Alternativhypothese, H1-Durchführung, ist bestätigt, da  $\geq 50\%$  = Mittelwert  $\geq 8$  der Pflegeexperten der Meinung sind, dass Tätigkeiten

innerhalb der ABEDL-Kategorie „Vitale Funktionen aufrechterhalten zu können“, von Servicepersonal durchgeführt werden können. Die Nullhypothese, H0-Durchführung, wird verworfen.

Die Alternativhypothese, H1-Lernbedarf, ist bestätigt, da die Durchführung einer Tätigkeit in vier Items an einen signifikanten Lernbedarf und in zwei Items an einen weniger signifikanten Lernbedarf, gebunden ist.

Die Nullhypothese, H0-Lernbedarf, wird verworfen, da die Durchführung jeder Tätigkeit an einen Lernbedarf gebunden ist.

#### **Zu Kategorie 1.4 „Sich pflegen zu können“:**

Gegenüberstellung der Antworten zu der Durchführung und Nicht-Durchführung, sowie des Lernbedarfs und Nichtlernbedarfs, bezüglich der Tätigkeiten von Servicepersonals, der Kategorie „Sich pflegen zu können“, inkl. der freien Bemerkungen (s. Tab. 5.3.10):

Nr.	1.4 Sich pflegen zu können Tätigkeiten/Kompetenzen	Durch-	Durch-	Lern-	Lern-
		führung	führung	bedarf	bedarf
		ja	nein	ja	nein
1	Transfer ans Waschbecken, Nasszelle	6	10	4	12
2	(Eigene) Pflegemittel bereitstellen, Kosmetik	14	2	3	13
3	Handtücher bereitstellen	15	1	4	12
4	Unterstützung bei Duschen mit Pflegepersonal	5	11	4	12
5	Unterstützung bei der Ganzkörperpflege im Bett mit Pflegepersonal	5	11	4	12
6	Haare waschen, kämmen, föhnen	5	11	4	12
7	Allgemeine Hautpflege bei „normaler“ Haut	6	10	4	12
8	Nagelpflege bei gesunden Personen (z. B. nicht bei Diabetes Mellitus oder Durchblutungsstörungen)	5	11	4	12
9	Gesicht rasieren	4	12	2	14
10	Wahrnehmen von Hautveränderungen und weiterleiten der Information	6	10	6	10
11	Intimsphäre wahren	16	0	11	5
12	Nähe und Distanz zur Person angemessen einschätzen können	16	0	12	4
13	Hygienische Anforderungen im Rahmen der Körperpflege kennen und anwenden	7	9	7	9

Tabelle 5.3.10: Tätigkeiten der Kategorie 1.4 „Sich pflegen zu können“ mit den Werten zu Durchführung und Lernbedarf

Bemerkungen:

- Bei Mitteilung eines Bedarfs
- Bei gehfähigen Personen
- Abweichungen bei Störungen technischer Art melden bzw. beheben z. B. kein warmes Wasser
- Reine und unreine Arbeitsbereiche unterscheiden können
- Situative Anpassungen der Tätigkeiten möglich
- Eigene persönliche Hygiene beachten
- Übergeordnetes Ziel ist Wohlbefinden
- Abweichungen zu Bedarf der Körperpflege melden

Häufigkeitsverteilung der Antworten in der ABEDL-Kategorie „Sich pflegen zu können“, sowie die Gegenüberstellung der Antworten zu Durchführung ja und Durchführung nein der Kategorie „Sich pflegen zu können“, in Abgrenzung zum Mittelwert (s. Abb. 5.3.9).

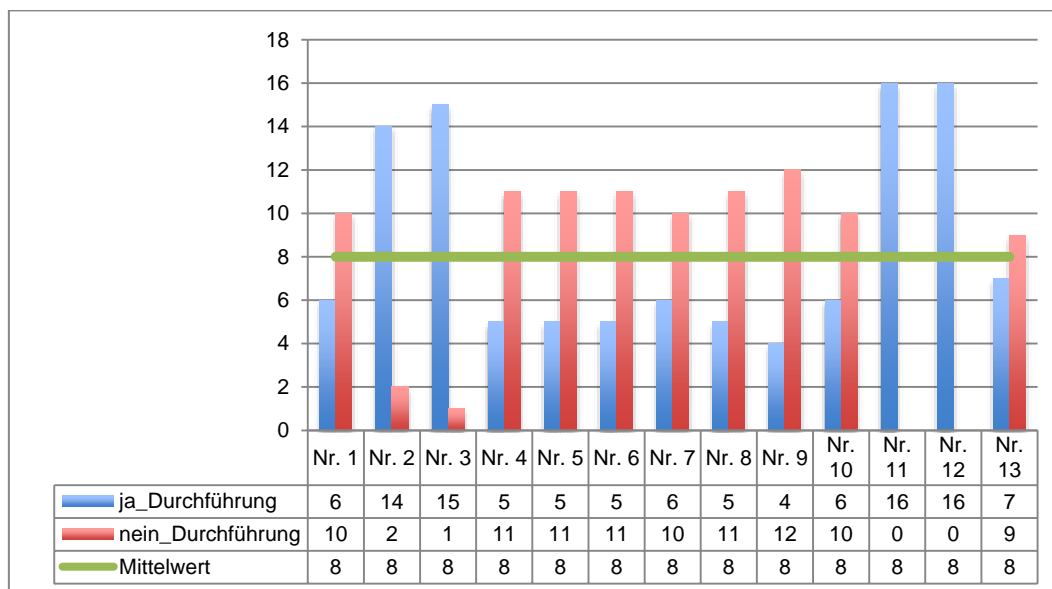


Abbildung 5.3.9: Durchführung der Kategorie 1.4 „Sich pflegen zu können“ in Abgrenzung zum Mittelwert

Die Werte der Antworten zu Durchführung ja sind in vier von insgesamt 13 Items  $\geq 8 = 50\%$  des Mittelwerts und somit von Servicepersonal durchführbar. Dies sind die Tätigkeiten Nr. 2, (eigene) Pflegemittel bereitstellen, Nr. 3 Handtücher bereitstellen, Nr. 11, Intimsphäre wahren, und Nr. 12, Nähe und Distanz zur Person angemessen einschätzen zu können.

Die Quoten des Odds (s. Tab. 5.3.11) für Durchführung ja, liegen in den Items Nr. 1, Nr. 4 bis einschließlich Nr. 10 und Nr. 13  $< 0,5$ . Dies bedeutet,

dass sich die Pflegeexperten gegen eine Durchführung dieser Tätigkeiten aussprechen. Bei den Items Nr. 2, Nr. 3, Nr. 11 und Nr. 12, liegen die Quoten  $\geq 0,5$ , für diese Tätigkeiten ergibt sich ein Lernbedarf.

Item/Variable	Odds-Quoten		Lja	Lnein	Mittelwert	Odds Ratio
	Dja	Dnein				
Nr. 1	0,38	0,62	0,25	0,75	0,5	1,8
Nr. 2	0,88	0,12	0,19	0,81	0,5	30,33
Nr. 3	0,94	0,06	0,25	0,75	0,5	45
Nr. 4	0,31	0,69	0,25	0,75	0,5	1,36
Nr. 5	0,31	0,69	0,25	0,75	0,5	1,36
Nr. 6	0,31	0,69	0,25	0,75	0,5	1,36
Nr. 7	0,38	0,62	0,25	0,75	0,5	1,8
Nr. 8	0,31	0,69	0,25	0,75	0,5	1,36
Nr. 9	0,25	0,75	0,33	0,67	0,5	2,33
Nr. 10	0,38	0,62	0,38	0,62	0,5	1
Nr. 11	1	0	0,69	0,31	0,5	7,27
Nr. 12	1	0	0,75	0,25	0,5	5,3
Nr. 13	0,44	0,56	0,44	0,56	0,5	1

Tabelle 5.3.11: Das Quotenverhältnis Odds Ratio der einzelnen Items der Kategorie 1.4 „Sich pflegen zu können“

Das Quotenverhältnis, Odds Ratio, zwischen Durchführung und Lernbedarf aller Items in ABEDL „Sich pflegen zu können“ als Grad der Übereinstimmung der Antworten der Pflegeexperten (s. Tab. 5.3.11):

Bei Tätigkeiten Nr. 2 und Nr. 3 besteht ein großer Unterschied zwischen Durchführung ja und Lernbedarf nein. Hier kann davon ausgegangen werden, daß Kompetenzen für diese Tätigkeiten im Rahmen von Laienpflege vorhanden sind. Ein Lernbedarf ist hier als weniger signifikant einzuschätzen und betrifft vermutlich das Setting der Tätigkeiten in der stationären Pflege. Bei den Tätigkeiten Nr. 11, Intimsphäre wahren, und Nr. 12, Nähe und Distanz angemessen einschätzen zu können, sehen die Pflegeexperten einen spezielleren Lernbedarf für Servicepersonal. Besonders beachtenswert ist in der Kategorie „Sich pflegen zu können“ der hohe Grad an Übereinstimmung bei den Tätigkeiten, welche Servicepersonal nicht durchführen soll. Diese Tätigkeiten bleiben den professionell Pflegenden vorbehalten.

Die Einschätzung und Differenzierung des Lernbedarfs ergibt in zwei Items einen weniger signifikanten Lernbedarf, Odds  $< 0,5$  und in weiteren

zwei Items einen signifikanten Lernbedarf, da die Quote des Odds  $\geq 0,5$  (s. Tab. 5.3.12). Die restlichen Items sind für die Einschätzung des Lernbedarfs nicht relevant, da diese Tätigkeiten, nach Meinung von Pflegeexperten, nicht von Servicepersonal durchgeführt werden sollen und deshalb auch kein Lernbedarf abgeleitet wird.

Tätigkeiten Nr. 1 bis Nr. 13	
Anzahl der Tätigkeiten	Differenzierung des Lernbedarfs
13	Alle Items
2	Durchführung mit signifikantem Lernbedarf
2	Durchführung mit weniger signifikantem Lernbedarf
9	Keine Durchführung – kein Lernbedarf

Tabelle 5.3.12: Tabelle 5.3.3 Signifikanz des Lernbedarfs bei der Durchführung der Tätigkeiten in ABEDL 1.4 „Sich pflegen zu können“.

Zusammenfassend ergibt sich für die Kategorie „Sich pflegen zu können“, bezüglich der Ausgangshypothesen, folgende Entscheidung:

Die Alternativhypothese, H1-Durchführung, bestätigt, da  $\geq 50\%$  = Mittelwert  $\geq 8$  der Pflegeexperten der Meinung sind, dass Tätigkeiten innerhalb der ABEDL-Kategorie „Sich pflegen zu können“ von Servicepersonal durchgeführt werden können. Die Nullhypothese, H0-Durchführung, wird verworfen.

Die Alternativhypothese, H1-Lernbedarf, ist bestätigt, da die Durchführung einer Tätigkeit in zwei Items an einen signifikanten Lernbedarf, und in zwei Items an einen weniger signifikanten Lernbedarf, gebunden ist.

Die Nullhypothese, H0-Lernbedarf, wird verworfen, da die Durchführung jeder Tätigkeit an einen Lernbedarf gebunden ist.



**Zu Kategorie 1.5 „Sich kleiden zu können“:**

Gegenüberstellung der Antworten zu der Durchführung und Nicht-Durchführung, sowie des Lernbedarfs und Nichtlernbedarfs, bezüglich der Tätigkeiten von Servicepersonal, der Kategorie „Sich kleiden zu können“, inkl. der freien Bemerkungen (s. Tab. 5.3.13):

Nr.	1.5 Sich kleiden zu können Tätigkeiten/Kompetenzen	Durchführung		Lernbedarf	
		Ja	Nein	Ja	Nein
1	Unterstützung beim An- und Auskleiden einer Person	11	5	8	8
2	Eigene Kleidung der Personen annehmen und aufräumen,	15	1	2	14
3	Eigentum auflisten, kontrollieren	13	3	8	8
4	Kleiderschränke mit Namen kennzeichnen	14	2	2	14
5	Bei Bedarf Wäscheservice informieren, verschmutzte Wäsche weitergeben	15	1	6	10
6	Gebrauchte Wäsche den Angehörigen mitgeben	13	3	2	14
7	Auf angemessene Kleidung achten je nach Aktivität und Tageszeit	10	6	2	14
8	Wäsche-/ Kleiderbedarf den Angehörigen mitteilen und auffordern diese mitzubringen bzw. zu besorgen	8	8	4	12
9	Hygienische Anforderungen bezüglich der Kleidung kennen und anwenden	14	2	14	2

Tabelle 5.3.13:Tätigkeiten der Kategorie 1.5 „Sich kleiden zu können“ mit den Werten zu Durchführung und Lernbedarf

Bemerkungen:

- Wäscheversorgung eher Bereich der Hauswirtschaft
- Bademantel und Oberbekleidung, jedoch nicht Unterwäsche (3x)
- In Absprache mit der Pflegefachkraft, Mitteilungen an Pflegepersonal
- Ordnung und Zugehörigkeit der Kleidung und Wäsche feststellen

Häufigkeitsverteilung der Antworten in der ABEDL-Kategorie „Sich kleiden zu können“, sowie die Gegenüberstellung der Antworten Durchführung ja zu Durchführung nein der Kategorie „Sich kleiden zu können“, in Abgrenzung zum Mittelwert (s. Abb. 5.3.10):

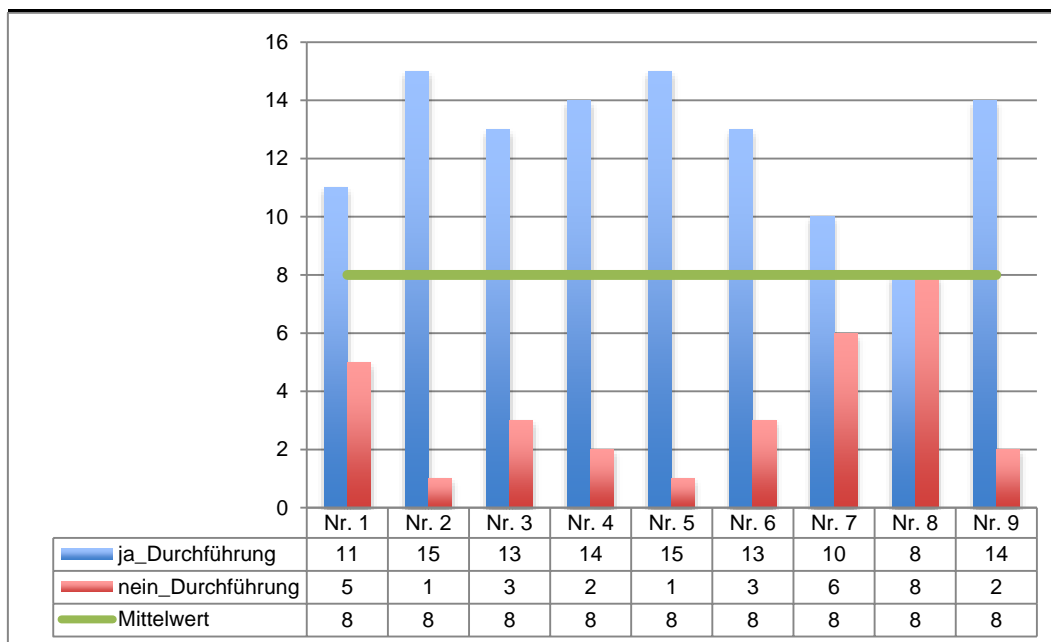


Abbildung 5.3.10: Durchführung der Kategorie 1.5 „Sich kleiden zu können“ in Abgrenzung zum Mittelwert

Die Werte der Antworten Durchführung ja sind in allen neun Items  $\geq 8 = 50\%$  des Mittelwerts und somit von Servicepersonal durchführbar.

Die Quoten des Odds (s. Tab. 5.3.14) für Durchführung ja liegen in allen Items bei  $\geq 0,5$ , dies bedeutet, dass sich die Pflegeexperten für eine Durchführung der Tätigkeiten aussprechen. Ein Lernbedarf besteht in drei Items: Nr. 1, Unterstützung bei An- und Auskleiden einer Person, Nr. 3, Eigentum auflisten und kontrollieren, und Nr. 9, Hygienische Anforderungen bezüglich der Kleidung kennen und anwenden. Die Quoten der Odds liegen bei diesen Tätigkeiten bei  $\geq 0,5$ .

Item/Variable	Odds-Quoten					Odds Ratio
	Dja	Dnein	Lja	Lnein	Mittelwert	
Nr. 1	0,69	0,31	0,5	0,5	0,5	2,2
Nr. 2	0,94	0,06	0,12	0,88	0,5	105
Nr. 3	0,81	0,19	0,5	0,5	0,5	4,33
Nr. 4	0,88	0,12	0,12	0,88	0,5	49
Nr. 5	0,94	0,06	0,38	0,62	0,5	25
Nr. 6	0,81	0,19	0,12	0,88	0,5	30,33
Nr. 7	0,62	0,38	0,12	0,88	0,5	11,66
Nr. 8	0,5	0,5	0,25	0,75	0,5	3
Nr. 9	0,88	0,12	0,88	0,12	0,5	1

Tabelle 5.3.14: Das Quotenverhältnis Odds Ratio der einzelnen Items der Kategorie 1.5 „Sich kleiden zu können“

Das Quotenverhältnis, Odds Ratio, zwischen Durchführung und Lernbedarf, als Grad der Übereinstimmung der Antworten der Pflegeexperten (s. Tab. 5.3.14):

Bei den Tätigkeiten Nr. 2, Nr. 4 bis einschließlich Nr. 8 besteht ein großer Unterschied zwischen Durchführung ja und Lernbedarf nein. Hier kann davon ausgegangen werden, daß die Kompetenzen für diese Tätigkeiten im Rahmen von Laienpflege vorhanden sind. Ein Lernbedarf ist als weniger signifikant einzuschätzen und betrifft vermutlich das Setting der Tätigkeiten in der stationären Pflege. Bei den Tätigkeiten Nr. 1., Nr. 3 und Nr. 9 sehen die Pflegeexperten einen Lernbedarf für Servicepersonal.

Einschätzung und Differenzierung des Lernbedarfs für die Tätigkeiten in ABEDL „Sich kleiden zu können“ weist folgende Ergebnisse auf (s. Tab. 5.3.15):

In drei Items besteht ein signifikanter Lernbedarf, da die Quoten der Odds  $\geq 0,5$  betragen. In sechs Items besteht ein weniger signifikanter Lernbedarf, da die Quoten des Odds  $< 0,5$  betragen.

Tätigkeiten Nr. 1 bis Nr. 9	
Anzahl der Tätigkeiten	Differenzierung des Lernbedarfs
9	Alle Items
3	Durchführung mit signifikantem Lernbedarf
6	Durchführung mit weniger signifikantem Lernbedarf
0	Keine Durchführung – kein Lernbedarf

Tabelle 5.3.15: Signifikanz des Lernbedarfs bei der Durchführung der Tätigkeiten in ABEDL 1.5 „Sich kleiden zu können“

Zusammenfassend ergibt sich für die Kategorie „Sich kleiden zu können“, bezüglich der Ausgangshypothesen, folgende Entscheidung:

Die Alternativhypothese, H1-Durchführung, ist bestätigt, da  $\geq 50\%$  = Mittelwert  $\geq 8$  der Pflegeexperten der Meinung sind, dass Tätigkeiten innerhalb der ABEDL-Kategorie „Sich kleiden zu können“ von Servicepersonal durchgeführt werden können. Die Nullhypothese, H0-Durchführung, wird verworfen.

Die Alternativhypothese, H1-Lernbedarf, ist bestätigt, da die Durchführung einer Tätigkeit in drei Items an einen signifikanten Lernbedarf und in sechs Items an einen weniger signifikanten Lernbedarf gebunden ist. Die

Nullhypothese, H0-Lernbedarf, wird verworfen, da die Durchführung jeder Tätigkeit an einen Lernbedarf gebunden ist.

**Zu Kategorie 1.6 „Ausscheiden zu können“:**

Gegenüberstellung der Antworten zu der Durchführung und Nicht-Durchführung, sowie des Lernbedarfs und Nichtlernbedarfs, bezüglich der Tätigkeiten von Servicepersonal der Kategorie „Ausscheiden zu können“, inkl. der freien Bemerkungen (s. Tab. 5.3.16):

Nr.	1.6 Ausscheiden zu können Tätigkeiten/Kompetenzen	Durch-	Durch-	Lern-	Lern-
		führung	führung	bedarf	bedarf
		ja	nein	ja	nein
1	Kennen von „Normalen“ Ausscheidungsaktivitäten (Urin, Stuhlgang, Schweiß)	7	9	4	12
2	Kennen von abweichenden Ausscheidungen (Erbrechen, Blutverlust...)	6	10	4	12
3	Beobachtung von Ausscheidungen (Menge, Rhythmus/Häufigkeit, Farbe, Geruch, Inkontinenz, Urinverhalt, Obstipation, Diarrhoe)	3	13	3	13
4	Informations-weitergabe über Ausscheidungs-vorgänge und deren Abweichungen	11	5	9	7
5	Begleitung auf die Toilette bei gehfähigen Personen	7	9	4	12
6	Das eigene Ekelempfinden überwinden können	15	1	4	12
7	Bereitstellen von Hilfsmitteln zur Ausscheidung Bettschüsseln, Urinflaschen und deren hygienische Aufbereitung bzw. Entsorgung von Ausscheidungen	6	10	6	10
8	Bereitstellen von Inkontinenzartikeln in verschiedenen Ausführungen	10	6	8	8
9	Bereitstellen von Hilfsmitteln und Materialien (Brechschalen, Tücher)	12	4	9	7
10	Schamgefühl der betroffenen Personen achten	15	1	14	2
11	Eigene Schutzmaßnahmen kennen und anwenden	15	1	15	1
12	Hygienische Anforderungen bezüglich im Umgang mit Ausscheidungen kennen und anwenden	10	6	10	6

Tabelle 5.3.16: Tätigkeiten der Kategorie 1.6 „Ausscheiden zu können“ mit den Werten zu Durchführung und Lernbedarf

Bemerkungen:

- Unterstützung im Sinne eines „Notfalls“
- Situative Gegebenheiten beachten

Häufigkeitsverteilung der Antworten in der ABEDL-Kategorie „Ausscheiden zu können“, sowie die Gegenüberstellung der Antworten Durchführung ja und Durchführung nein der Kategorie „Ausscheiden zu können“, in Abgrenzung zum Mittelwert (s. Abb. 5.3.11):

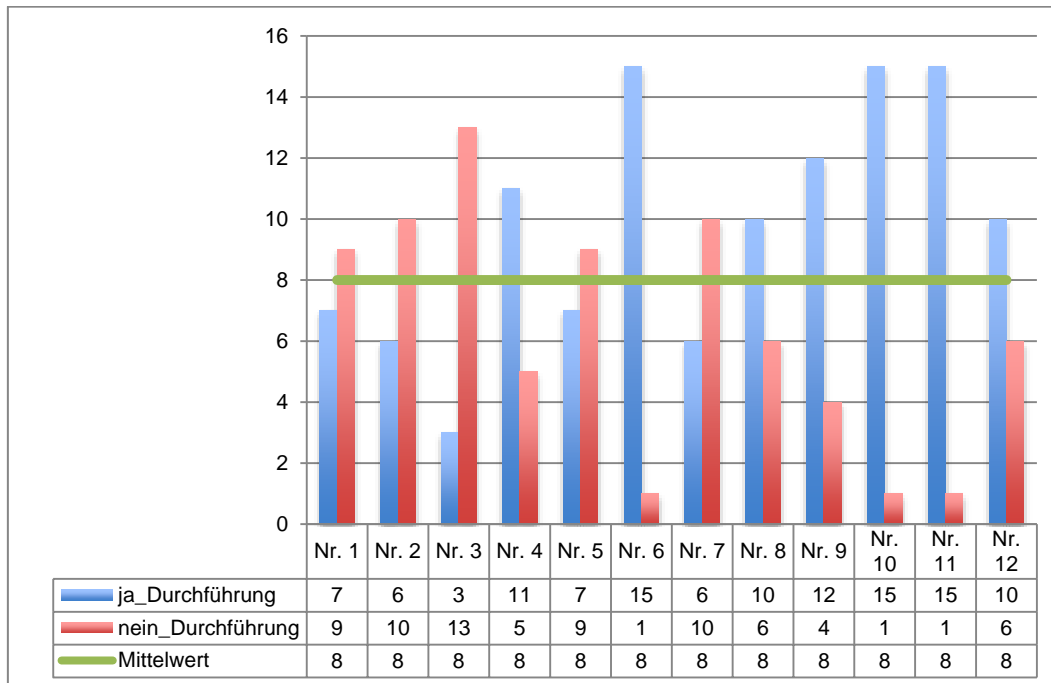


Abbildung 5.3.11: Durchführung der Kategorie „Ausscheiden zu können“ in Abgrenzung zum Mittelwert

Die Werte der Antworten Durchführung ja sind in sieben von zwölf Items  $\geq 8 = 50\%$  des Mittelwerts und somit von Servicepersonal durchführbar: Nr. 4, Informationsweitergabe über Ausscheidungen, Nr. 6, das eigene Ekelempfinden überwinden können, Nr. 8, Bereitstellen von Inkontinenzartikeln in verschiedenen Ausführungen, Nr. 9, Bereitstellen von Hilfsmitteln und Materialien, Nr. 10, Schamgefühl der betroffenen Personen beachten, Nr. 11, eigene Schutzmaßnahmen kennen und anwenden und Nr. 12, Hygienische Anforderungen bezüglich im Umgang mit Ausscheidungen kennen. Keine Durchführung wünschen die Pflegeexperten in fünf Items, Nr. 1 bis einschließlich Nr. 3, Kennen von normalen und abweichenden sowie Beobachtung der Ausscheidungen, Nr. 5, Begleitung auf die Toilette bei gehfähigen Personen und Nr. 7, Bereitstellen von Hilfsmitteln zur Ausscheidung und deren hygienische Aufbereitung bzw. Entsorgung von Ausscheidungen.

Die Quoten des Odds (s. Tab. 5.3.17) für Durchführung ja liegen in den Items Nr. 4, Nr. 6, Nr. 8 bis einschließlich Nr. 12 bei  $\geq 0,5$ , dies bedeutet, dass sich die Pflegeexperten für eine Durchführung dieser Tätigkeiten aussprechen. Ein Lernbedarf für Servicepersonal besteht für diese Tätigkeiten ebenfalls. Bei den Items Nr. 1, Nr. 2, Nr. 3, Nr. 5 und Nr. 7 sprechen sich die Pflegeexperten gegen eine Durchführung aus, die Quoten des Odds liegen hier bei  $< 0,5$ . Dementsprechend leitet sich daraus kein relevanter Lernbedarf ab.

Item/Variable	Odds-Quoten					Odds Ratio
	Dja	Dnein	Lja	Lnein	Mittelwert	
Nr. 1	0,44	0,56	0,25	0,75	0,5	2,33
Nr. 2	0,38	0,62	0,25	0,75	0,5	1,8
Nr. 3	0,19	0,81	0,19	0,81	0,5	1
Nr. 4	0,69	0,31	0,56	0,44	0,5	1,71
Nr. 5	0,44	0,56	0,25	0,75	0,5	2,33
Nr. 6	0,94	0,06	0,25	0,75	0,5	45
Nr. 7	0,38	0,62	0,38	0,62	0,5	1
Nr. 8	0,62	0,38	0,5	0,5	0,5	1,66
Nr. 9	0,75	0,25	0,56	0,44	0,5	2,33
Nr. 10	0,94	0,06	0,88	0,12	0,5	2,14
Nr. 11	0,94	0,06	0,94	0,06	0,5	2,14
Nr. 12	0,62	0,38	0,62	0,38	0,5	1

Tabelle 5.3.17: Das Quotenverhältnis Odds Ratio der einzelnen Items der Kategorie 1.6 „Ausscheiden zu können“

Das Quotenverhältnis, Odds Ratio, zwischen Durchführung und Lernbedarf bezogen auf die Antworten der Pflegeexperten in allen Items in ABEDL „Ausscheiden zu können“ als Grad der Übereinstimmung der Antworten der Pflegeexperten (s. Tab. 5.3.17):

Bei Tätigkeit Nr. 6 besteht ein großer Unterschied zwischen Durchführung ja und Lernbedarf nein. Hier kann davon ausgegangen werden, dass Kompetenzen für diese Tätigkeit im Rahmen von Laienpflege vorhanden sind. Ein Lernbedarf ist hier als weniger signifikant einzuschätzen und betrifft vermutlich das Setting der stationären Pflege. Bei den Tätigkeiten Nr. 4, Nr. 8 bis einschließlich Nr. 12, sehen die Pflegeexperten einen spezielleren Lernbedarf für Servicepersonal in der stationären Pflege. Beachtenswert ist in dieser ABEDL-Kategorie der hohe Grad an

Übereinstimmung bei den Tätigkeiten, welche Servicepersonal nicht durchführen soll. Diese Tätigkeiten bleiben den professionell Pflegenden vorbehalten.

Die Einschätzung und Differenzierung des Lernbedarfs für die Tätigkeiten in ABEDL „Ausscheiden zu können“, weist folgende Ergebnisse auf (s. Tab. 5.3.18): In sechs Items besteht ein signifikanter Lernbedarf, Nr. 4 Informationsweitergabe über Ausscheidungsvorgänge und deren Abweichung, Nr. 7, Bereitstellen von Inkontinenzartikeln in verschiedenen Ausführungen, Nr. 9, Bereitstellen von Hilfsmitteln und Materialien, Nr. 10, Schamgefühl der betroffenen Personen beachten, Nr. 11, eigene Schutzmaßnahmen kennen und anwenden und Nr. 12, hygienische Anforderungen im Umgang mit Ausscheidungen kennen. Bei der Tätigkeit Nr. 6, das eigene Ekelempfinden überwinden zu können, besteht ein weniger signifikanter Lernbedarf. Die weiteren Tätigkeiten sollen, nach Meinung der Pflegeexperten, nicht von Servicepersonal durchgeführt werden und sind daher nicht an einen Lernbedarf gebunden.

Tätigkeiten Nr. 1 bis Nr. 12	
Anzahl der Tätigkeiten	Differenzierung des Lernbedarfs
12	Alle Items
6	Durchführung mit signifikantem Lernbedarf
1	Durchführung mit weniger signifikantem Lernbedarf
5	Keine Durchführung – kein Lernbedarf

Tabelle 5.3.18: Signifikanz des Lernbedarfs bei der Durchführung der Tätigkeiten in ABEDL 1.6 „Ausscheiden zu können“

Zusammenfassend ergibt sich für die Kategorie „Ausscheiden zu können“ bezüglich der Ausgangshypothesen folgende Entscheidung:

Die Alternativhypothese, H1-Durchführung, ist bestätigt, da  $\geq 50\%$  = Mittelwert  $\geq 8$  der Pflegeexperten der Meinung sind, das Tätigkeiten innerhalb der ABEDL-Kategorie „Ausscheiden zu können“ von Servicepersonal durchgeführt werden können. Die Nullhypothese, H0-Durchführung, wird verworfen.

Die Alternativhypothese, H1-Lernbedarf, ist bestätigt, da die Durchführung von Tätigkeiten in sechs Items, an einen signifikanten Lernbedarf und in einem Item, an einen weniger signifikanten Lernbedarf gebunden ist. Die

Nullhypothese, H0-Lernbedarf, wird verworfen, da die Durchführung jeder Tätigkeit an einen Lernbedarf gebunden ist.

**Zu Kategorie 1.7 „Essen und Trinken zu können“:**

Gegenüberstellung der Antworten zu der Durchführung und Nicht-Durchführung, sowie des Lernbedarfs und Nichtlernbedarfs bezüglich der Tätigkeiten von Servicepersonal der Kategorie „Essen und Trinken zu können“, inkl. der freien Bemerkungen (s. Tab 5.3.19):

Nr.	1.7 Essen und Trinken zu können Tätigkeiten/Kompetenzen	Durch-	Durch-	Lern-	Lern-
		führung	führung	bedarf	bedarf
		ja	nein	ja	nein
1	Gewohnheiten der Person beim Essen und Trinken kennen	14	2	9	7
2	Kostformen/ Diäten einordnen können	9	7	9	7
3	Speiseplan an Personen weiterleiten	15	1	9	7
4	Essensbestellung aufnehmen und an Küche weiterleiten mittels PC	14	2	14	2
5	Servieren der Speisen (Tablett System)	15	1	11	5
6	Servieren der Speisen im Speisesaal bei gehfähigen Personen	16	0	11	5
7	Decken der Tische	16	0	7	9
8	Anrichten der Speisen (vorbereiten, schneiden, streichen, Getränk anbieten)	14	2	9	7
9	Anreichen der Speisen und Getränke	15	1	10	6
10	Vorbereitung und Nachlegen der Speisen und Getränke bei Buffettverpflegung,	15	1	7	9
11	Eingeben von Speisen und Getränken bei Personen ohne Einschränkungen des Schluckakts bzw. des Bewusstseins (bei bestimmten Kategorien von Einschränkungen)	7	9	9	7
12	Physiologische Vorgänge des Essen und Trinkens kennen	9	7	9	7
13	Abdecken/ Abservieren	15	1	6	10
14	Kontrolle der Ess- und Trinkmenge	12	4	12	4
15	Abweichende Ess- und Trinkmenge dem Pflegepersonal melden	13	3	12	4
16	Transport des Essenswagen, Bestückung mit gebrauchtem Geschirr	16	0	9	7
17	Hygienische Anforderungen beim Umgang mit	16	0	16	0



Servicepersonal in der stationären Pflege  
Kapitel 5 – Delphi-Befragung

	Lebensmitteln kennen und anwenden				
18	Reinigen der Essplätze (Tisch, Nachttisch)	14	2	8	8
19	Zubereitung von Tee, Getränke nach Wunsch für die Pflegebedürftigen und auch für die Angehörigen und Besucher	15	1	8	8
20	Teeküche, Bestellung, Vorratshaltung, Geschirr, Gläser, Reinigung, Spülmaschine, Bestückung mit Geschirr etc.	16	0	10	6
21	Reinigen von Medikamentendispensern inkl. Kontrolle ob Medikamentenreste vorhanden sind, Information diesbezüglich an das Pflegepersonal	8	8	7	9
22	Kaffeemaschine bestücken, Wasserbereiter (Sprudelanlage)	16	0	10	6
23	Betroffenen Personen und Angehörigen/Besuchern die Selbstbedienung erläutern, sowie das Zurückstellen des gebrauchten Geschirrs	16	0	10	6
24	Ordnung im Speisesaal, Aufenthaltsraum, Besucherwarteraum	16	0	8	8

Tabelle 5.3.19: Tätigkeiten der Kategorie 1.7 „Essen und Trinken zu können“ mit den Werten zu Durchführung und Lernbedarf

Bemerkungen:

- Nach Rücksprache Essen bestellen
- Bekommen eine spezielle Schulung, Fachkompetenz, Arbeitsplatzkompetenz
- Wünsche erfüllen, teilweise wird für internationale Patienten gekocht
- Anrichten von Trinknahrung
- Säfte einfrieren als „Lutscher“
- Situationsbedingtes Anrichten der Speisen
- Wünsche erfüllen
- Alle Tätigkeiten, die im Hotel- und Gaststättenwesen üblich sind, alle anderen sind „Pflege“
- Bedeutung von Essen und Trinken als Grundlage der Tätigkeit
- Essenszeiten kennen
- für einen reibungslosen Ablauf sorgen

Häufigkeitsverteilung der Antworten in der ABEDL-Kategorie „Essen und Trinken zu können“, sowie die Gegenüberstellung der Antworten „Durchführung ja und Durchführung nein“ der Kategorie „Essen und

Trinken zu können“, in Abgrenzung zum Mittelwert (s. Abb. 5.3.12 und Abb. 5.3.13):

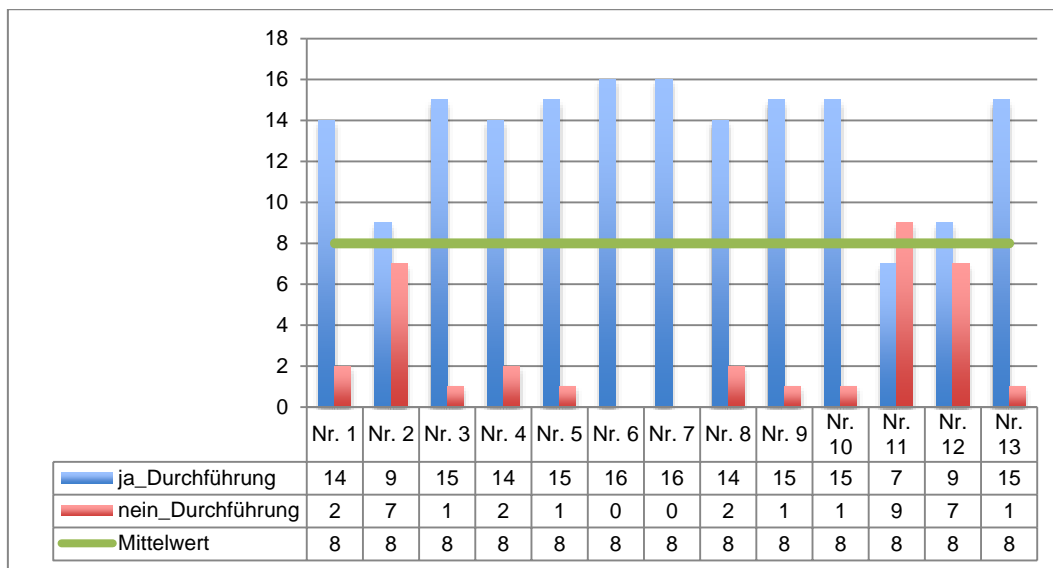


Abbildung 5.3.12: Durchführung der Kategorie 1.7 „Essen und Trinken zu können“ in Abgrenzung zum Mittelwert – Tätigkeiten Nr. 1 bis Nr. 13

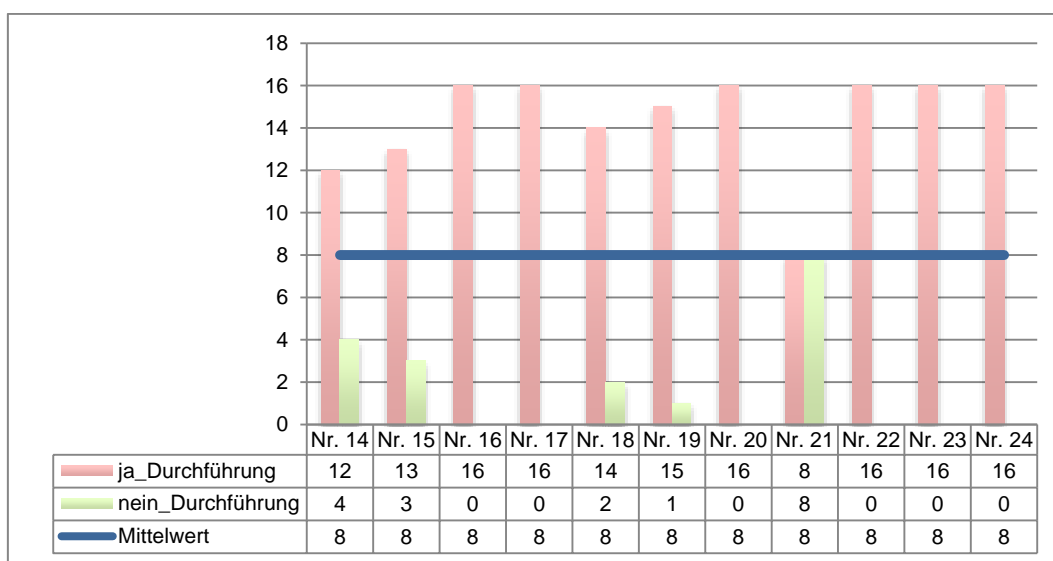


Abbildung 5.3.13: Durchführung der Kategorie 1.7 „Essen und Trinken zu können“ in Abgrenzung zum Mittelwert - Tätigkeiten Nr. 14 bis Nr. 24

Die Werte der Antworten von „Durchführung ja“ sind in 23 von 24 Items  $\geq 8 = \geq 50\%$  des Mittelwerts und somit von Servicepersonal durchführbar. Die Tätigkeit des Items Nr. 11, Eingeben von Speisen und Getränken bei Personen ohne Einschränkung des Schluckakts, soll nicht von Servicepersonal durchgeführt werden, da der Mittelwert  $< 8$  beträgt. Die Quoten des Odds (s. Tab. 5.3.20) für „Durchführung ja“ liegen in den Items Nr. 1 bis einschließlich Nr. 10, sowie in Nr. 12 bis einschließlich Nr. 24, bei  $\geq 0,5$ . Einen Lernbedarf leiten die Pflegeexperten ebenfalls für

diese Tätigkeiten ab. Die Quote „Durchführung nein“ bei Item 11 liegt bei < 0,5, dementsprechend leitet sich daraus kein Lernbedarf ab.

Item/Variable	Odds-Quoten					Odds Ratio
	Dja	Dnein	Lja	Lnein	Mittelwert	
Nr. 1	0,88	0,12	0,56	0,44	0,5	5,44
Nr. 2	0,56	0,44	0,56	0,44	0,5	5,44
Nr. 3	0,94	0,12	0,56	0,44	0,5	11,66
Nr. 4	0,88	0,12	0,88	0,12	0,5	1
Nr. 5	0,94	0,06	0,69	0,31	0,5	6,81
Nr. 6	1	0	0,69	0,31	0,5	7,27
Nr. 7	1	0	0,44	0,56	0,5	20,57
Nr. 8	0,88	0,12	0,56	0,44	0,5	5,44
Nr. 9	0,94	0,06	0,62	0,38	0,5	9
Nr. 10	0,94	0,06	0,44	0,56	0,5	19,28
Nr. 11	0,44	0,56	0,56	0,44	0,5	0,6
Nr. 12	0,56	0,44	0,56	0,44	0,5	1
Nr. 13	0,94	0,06	0,38	0,64	0,5	25
Nr. 14	0,75	0,25	0,75	0,25	0,5	1
Nr. 15	0,81	0,19	0,75	0,25	0,5	1,44
Nr. 16	1	0	0,56	0,44	0,5	12,44
Nr. 17	1	0	1	0	0,5	1
Nr. 18	0,88	0,12	0,5	0,5	0,5	6
Nr. 19	0,94	0,06	0,5	0,5	0,5	15
Nr. 20	1	0	0,62	0,38	0,5	9,6
Nr. 21	0,5	0,5	0,44	0,56	0,5	1,28
Nr. 22	1	0	0,62	0,38	0,5	9,6
Nr. 23	1	0	0,62	0,38	0,5	9,6
Nr. 24	1	0	0,5	0,5	0,5	16

Tabelle 5.3.20: Das Quotenverhältnis Odds Ratio der einzelnen Items der Kategorie 1.7 „Essen und Trinken zu können“

Das Quotenverhältnis, Odds Ratio, zwischen Durchführung und Lernbedarf, als Grad der Übereinstimmung der Antworten der Pflegeexperten (s. Tab. 5.3.20):

Bei den Tätigkeiten Nr. 4, Nr. 12, Nr. 14, Nr. 15, Nr. 17 und Nr. 21 besteht ein hoher Grad an Übereinstimmung, d. h. Odds Ratio = 1 oder < 2. Die Übereinstimmung bei den Tätigkeiten, Nr. 1, Nr. 2, Nr. 5, Nr. 6, Nr. 8, Nr.9, Nr. 18, Nr. 20, Nr. 22, Nr. 23 liegt im mittleren Bereich, d. h. Odds Ratio > 2 und < 10. Ein großer Unterschied, d. h. Odds Ratio > 10, besteht bei den Items Nr. 3; Nr. 7, Nr. 10, Nr. 13, Nr. 16 und Nr. 24. Die Pflegeexperten

betrachten die Tätigkeiten in der ABEDL-Kategorie „Essen und Trinken zu können“, in Verbindung mit einem Lernbedarf, äußerst unterschiedlich. Bei einer Durchführung durch Servicepersonal, fordern sie einen Lernbedarf, gehen aber davon aus, dass hier Kompetenzen aus Selbstpflege, Laienpflege und auch aus einer vorherigen Berufsausbildung des Servicepersonals einfließen.

Einschätzung und Differenzierung des Lernbedarfs für die Tätigkeiten in ABEDL „Essen und Trinken zu können“ weist folgende Ergebnisse auf (s. Tab. 5.3.21):

Ein signifikanter Lernbedarf besteht in 19 Items, da die Quoten der Odds  $\geq 0,5$  betragen. Vier Items erfordern einen weniger signifikanten Lernbedarf: Nr. 7, Decken der Tische, Nr. 10 Vorbereitung und Nachlegen der Speisen und Getränke bei Buffetverpflegung, Nr. 13, Abdecken und Abservieren und Nr. 21, Reinigen von Medikamentendispensern, inkl. Kontrolle ob Medikamentenreste vorhanden sind, mit Informationsweitergabe. Die Durchführung der Tätigkeit Nr. 11, Eingeben von Speisen und Getränken bei Personen ohne Einschränkungen des Schluckakts bzw. des Bewusstseins, ist von den Pflegeexperten nicht erwünscht und bleibt den professionell Pflegenden vorbehalten, dementsprechend ergibt sich kein Lernbedarf.

Tätigkeiten Nr. 1 bis Nr. 24	
Anzahl der Tätigkeiten	Differenzierung des Lernbedarfs
24	Alle Items
19	Durchführung mit signifikantem Lernbedarf
4	Durchführung mit weniger signifikantem Lernbedarf
1	Keine Durchführung – kein Lernbedarf

Tabelle 5.3. 21: Signifikanz des Lernbedarfs bei der Durchführung der Tätigkeiten in ABEDL-Kategorie 1.7 „Essen und Trinken zu können“

Zusammenfassend ergibt sich für die Kategorie „Essen und Trinken zu können“, bezüglich der Ausgangshypothesen, folgende Entscheidung“:

Die Alternativhypothese, H1-Durchführung, ist bestätigt, da  $\geq 50\%$  = Mittelwert  $\geq 8$  der Pflegeexperten der Meinung sind, dass Tätigkeiten innerhalb der ABEDL-Kategorie „Essen und Trinken zu können“ von

Servicepersonal durchgeführt werden können. Die Nullhypothese, H0-Durchführung, wird verworfen.

Die Alternativhypothese, H1-Lernbedarf, ist bestätigt, da die Durchführung in 19 Items an einen signifikanten Lernbedarf, und in vier Items an einen weniger signifikanten Lernbedarf gebunden ist. Die Nullhypothese, H0-Lernbedarf, wird verworfen, da die Durchführung jeder Tätigkeit an einen Lernbedarf gebunden ist.

**Zu Kategorie 1.8 „Ruhem, Schlafen, sich entspannen zu können“:**

Gegenüberstellung der Antworten zu der Durchführung und Nicht-Durchführung, sowie des Lernbedarfs und Nichtlernbedarfs bezüglich der Tätigkeiten von Servicepersonal der Kategorie „Ruhem, Schlafen und sich entspannen zu können“, inkl. der freien Bemerkungen (s. Tab. 5.3.22):

Nr.	1.8 Ruhem, Schlafen und sich entspannen zu können Tätigkeiten/Kompetenzen	Durchführung ja	Durchführung nein	Lernbedarf ja	Lernbedarf nein
		ja	nein	ja	nein
1	Individuellen Schlaf-Wach-Rhythmus der Personen kennen	4	12	1	15
2	Physiologische Bedingungen des Schlaf-Wach-Rhythmus kennen	2	14	1	15
3	Schlafstörungen kennen	2	14	1	15
4	Funktion des Bettes kennen	15	1	15	1
5	Bettwäsche, Kissen, Decken bereitstellen, Vorratshaltung kontrollieren und bedarfsgerecht anfordern	15	1	11	5
6	Kennen von Hilfsmitteln (Kissen etc.) und deren Anwendung	10	6	8	8
7	Bett- Wäschewechsel bei gehfähigen Patienten	13	3	8	8
8	Abziehen / Beziehen des Bettes,	13	3	9	7
9	Entsorgung des Bettes, Weiterleiten an die Bettenzentrale zur hygienischen Aufbereitung bei einer Entlassung	13	3	9	7
10	Bereitstellen des Bettes bei einer Aufnahme	14	2	10	6
11	Wäschesortierung für die Wäscherei kennen	15	1	13	3
12	Wäschebehälter für gebrauchte Wäsche wechseln und neu bestücken	15	1	12	4
13	Hygienische Anforderungen im Umgang mit gebrauchter/verschmutzter Wäsche kennen und anwenden	15	1	15	1

Tabelle 5.3.22: Tätigkeiten der Kategorie 1.8 „Ruhem, Schlafen, und sich entspannen zu können“ mit den Werten zu Durchführung und Lernbedarf

Bemerkungen:

- Je nach Fachbereich situativ möglich
- „Check in“ – Maßnahmen
- keine Anwendung von Hilfsmitteln

- andere Abteilung (Bettenzentrale)
- Licht, Vorhänge, Glocke, Rufanlage
- Nachttische bereitstellen, bestücken mit Annehmlichkeiten
- Licht regulieren, Umgebungsbedingungen regeln, „Bitte nicht stören“, Rückzug akzeptieren

Häufigkeitsverteilung der Antworten in der ABEDL-Kategorie „Ruhenschlafen, sich entspannen zu können“, sowie die Gegenüberstellung der Antworten Durchführung ja zu Durchführung nein der Kategorie „Ruhenschlafen, sich entspannen zu können“, in Abgrenzung zum Mittelwert (s. Abb. 5.3.14):

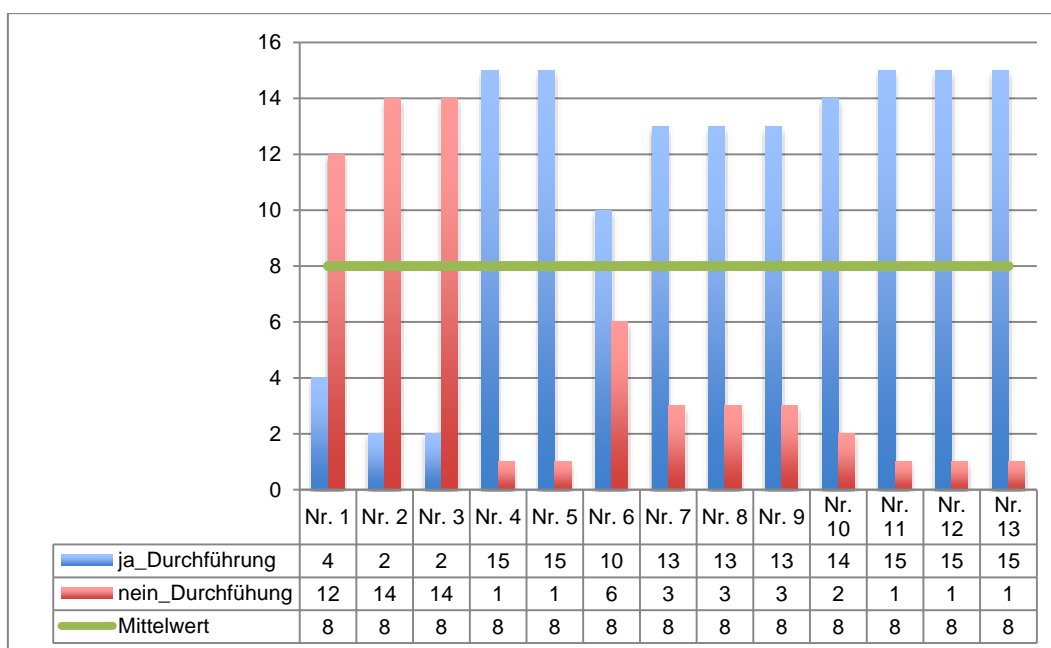


Abbildung 5.3.14: Durchführung der Kategorie 1.8 „Ruhenschlafen, sich entspannen zu können“ in Abgrenzung zum Mittelwert

Die Werte der Antworten Durchführung ja von Tätigkeiten/Kompetenzen im Bereich „Ruhenschlafen und sich entspannen zu können“ sind in zehn von 13 Items  $\geq 8 = \geq 50\%$  des Mittelwerts und somit von Servicepersonal durchführbar. Eine Ausnahme bilden die Items Nr. 1, individuellen Schlaf-Wachrhythmus der Person kennen, Nr. 2, physiologische Bedingungen des Schlaf-Wachrhythmus kennen und Nr. 3, Schlafstörungen kennen.

Die Quoten des Odds (s. Tab. 5.3. 23) für Durchführung ja liegen in den Items Nr. 4 bis einschließlich Nr. 13 bei  $\geq 0,5$ . Dies bedeutet, dass sich die Pflegeexperten für eine Durchführung dieser Tätigkeiten aussprechen.

Einen Lernbedarf fordern die Pflegeexperten für diese Tätigkeiten ebenfalls. Die Quoten der Items Nr. 1, Nr. 2 und Nr. 3 liegen bei  $< 0,5$  und sollen somit nicht von Servicepersonal durchgeführt werden, dementsprechend ist ein Lernbedarf nicht relevant.

Item/Variable	Odds-Quoten					Odds Ratio
	Dja	Dnein	Lja	Lnein	Mittelwert	
Nr. 1	0,25	0,75	0,06	0,94	0,5	5
Nr. 2	0,12	0,88	0,06	0,94	0,5	2,14
Nr. 3	0,12	0,88	0,06	0,94	0,5	2,14
Nr. 4	0,94	0,06	0,94	0,06	0,5	1
Nr. 5	0,94	0,06	0,69	0,31	0,5	6,81
Nr. 6	0,62	0,38	0,5	0,5	0,5	1,66
Nr. 7	0,81	0,19	0,5	0,5	0,5	4,33
Nr. 8	0,81	0,19	0,56	0,44	0,5	3,37
Nr. 9	0,81	0,19	0,56	0,44	0,5	3,37
Nr. 10	0,88	0,12	0,62	0,38	0,5	11,2
Nr. 11	0,94	0,06	0,81	0,19	0,5	3,46
Nr. 12	0,94	0,06	0,75	0,25	0,5	5
Nr. 13	0,94	0,06	0,94	0,06	0,5	1

Tabelle 5.3.23: Das Quotenverhältnis Odds Ratio der einzelnen Items der Kategorie 1.8 „Ruhem, Schlafen, sich entspannen zu können“

Das Quotenverhältnis, Odds Ratio, zwischen Durchführung und Lernbedarf in allen Items in ABEDL „Ruhem, Schlafen und sich entspannen zu können“, als Grad der Übereinstimmung der Antworten der Pflegeexperten (s. Tab. 5.3.23): Bei Tätigkeit Nr. 10 besteht ein großer Unterschied. Hier vermuten die Pflegeexperten Kompetenzen bei Servicepersonal aus dem Bereich der Laienpflege. Einen Lernbedarf fordern die Pflegeexperten für die Durchführung der Tätigkeiten Nr. 4 bis einschließlich Nr. 13.

Einschätzung und Differenzierung des Lernbedarfs für die Tätigkeiten in ABEDL „Ruhem, Schlafen und sich entspannen zu können“, weist folgende Ergebnisse auf (s. Tab. 5.3.24):

Ein signifikanter Lernbedarf besteht in den Items Nr. 4, Funktion des Bettes kennen, Nr. 5, Bettwäsche, Kissen, Decken bereitstellen, Vorratshaltung kontrollieren und bedarfsgerecht anfordern, Nr. 6, Kennen von Hilfsmitteln (Kissen etc.) und deren Anwendung, Nr. 7, Bett- und Wäschewechsel bei gehfähigen Patienten, Nr. 8, Abziehen/Beziehen des



Bettes“, Nr. 9, Entsorgung des Bettes, weiterleiten an die Bettenzentrale zur hygienischen Aufbereitung bei einer Entlassung, Nr. 10, Bereitstellen des Bettes bei einer Aufnahme, Nr. 11, Wäschesortierung für die Wäscherei kennen, Nr. 12, Wäschebehälter für gebrauchte Wäsche wechseln und neu bestücken, Nr. 13, Hygienische Anforderungen im Umgang mit gebrauchter/verschmutzter Wäsche kennen und anwenden.

Tätigkeiten Nr. 1 bis Nr. 13	
Anzahl der Tätigkeiten	Differenzierung des Lernbedarfs
13	Alle Items
10	Durchführung mit signifikantem Lernbedarf
0	Durchführung mit weniger signifikantem Lernbedarf
3	Keine Durchführung – kein Lernbedarf

Tabelle 5.3.24: Signifikanz des Lernbedarfs bei der Durchführung der Tätigkeiten in ABEDL 1.8 „Ruhem, Schlafen und sich entspannen zu können“

Zusammenfassend ergibt sich für die Kategorie 1.8, „Ruhem, Schlafen und sich entspannen zu können“, bezüglich der Ausgangshypothesen, folgende Entscheidung:

Die Alternativhypothese, H1-Durchführung, ist bestätigt, da  $\geq 50\%$  = Mittelwert  $\geq 8$  der Pflegeexperten der Meinung sind, dass Tätigkeiten innerhalb der ABEDL-Kategorie „Ruhem, schlafen und sich entspannen zu können“ von Servicepersonal durchgeführt werden können. Die Nullhypothese, H0-Durchführung, wird verworfen.

Die Alternativhypothese, H1-Lernbedarf, ist bestätigt, da die Durchführung einer Tätigkeit in zehn Items an einen signifikanten Lernbedarf gebunden ist. Die Nullhypothese, H0-Lernbedarf, wird verworfen, da die Durchführung jeder Tätigkeit an einen Lernbedarf gebunden ist.

**Zu Kategorie 1.9 „Sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln zu können“:**

Gegenüberstellung der Antworten zu der Durchführung und Nicht-Durchführung, sowie des Lernbedarfs und Nichtlernbedarfs, bezüglich der Tätigkeiten von Servicepersonal der Kategorie „Sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln zu können“, inkl. der freien Bemerkungen (s. Tab. 5.3.25):

Nr.	1.9 Sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln zu können Tätigkeiten/Kompetenzen	Durch-	Durch-	Lern-	Lern-
		föhrun- g	föhrun- g	bedarf	bedarf
		ja	nein	ja	nein
1	Lebensgeschichtliche Prägung der Personen kennen und einschätzen können	3	13	2	14
2	Haltung, Einstellung der Person kennen	2	14	0	16
3	Lebensphasen, Alter, körperliche Funktionen kennen	7	9	4	12
4	spezifische Interessen kennen und Beschäftigungsmöglichkeiten schaffen können	5	11	2	14
5	Individuelle Tagesgestaltung der Person kennen	4	12	1	15
6	Angehörige, Besucher, Freunde, weitere behandelnde Personen verschiedener Berufsgruppen kennen	9	7	6	10
7	Vorlieben der Person erfassen	8	8	3	13
8	Medienangebot darstellen und die Person in deren Anwendung instruieren	14	2	11	5
9	Chipkarte für TV etc. bereitstellen	15	1	11	5
10	Zeitungen verteilen	15	1	6	10
11	Kommunikation mit den Personen	15	1	9	7
12	Bilder anbringen in Sichtbereich der Personen	12	4	3	13
13	Blumenschmuck versorgen, Vasen etc. bereitstellen	15	1	5	11

Tabelle 5.3.25: Tätigkeiten der Kategorie 1.9 „Sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln zu können“ mit den Werten zu Durchführung und Lernbedarf

**Bemerkungen:**

- In Delegation: Begleitung des Patienten, um neue Wege zu erlernen, Strukturen zu kriegen sowie weitere Begleitungen
- Je nach Aufenthaltsdauer des Patienten
- Nach Wünschen des Pateinten, Hinweis auf Besonderheiten gibt es in der Belegungsliste
- Betrifft anderen Arbeitsbereich (Hauswirtschaft)

Häufigkeitsverteilung der Antworten in der ABEDL-Kategorie „Sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln zu können“ sowie die Gegenüberstellung der Antworten Durchführung ja zu Durchführung nein der Kategorie „Sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln zu können“, in Abgrenzung zum Mittelwert (s. Abb. 5.3.15):

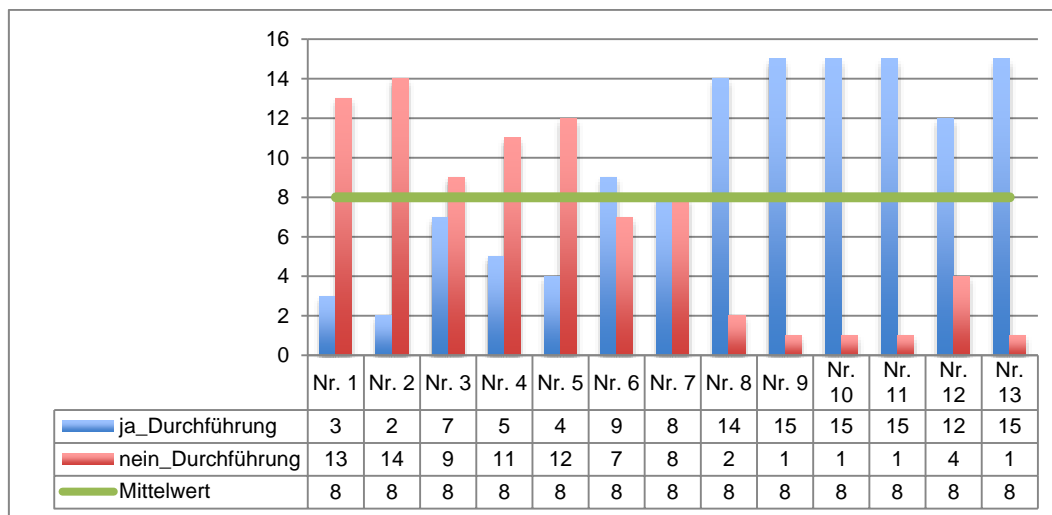


Abbildung 5.3.15: Durchführung der Kategorie 1.9 „Sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln zu können“ in Abgrenzung zum Mittelwert

Die Werte der Antworten Durchführung ja im Bereich „Sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln zu können“ sind in acht von 13 Items  $\geq 8 = 50\%$  und somit von Servicepersonal durchführbar. Eine Ausnahme bilden die Items Nr. 1, Lebensgeschichtliche Prägung der Personen kennen und einschätzen können, Nr. 2, Haltung und Einstellung der Person kennen, Nr. 3, Lebensphasen, Alter, körperliche Funktionen kennen“, Nr. 4, spezifische Interessen kennen und Beschäftigungsmöglichkeiten schaffen können, und Nr. 5, individuelle Tagesgestaltung der Person kennen.

Die Quoten des Odds (s. Tab. 5.3.26) für Durchführung ja liegen in den Items Nr. 6 bis einschließlich Nr. 13 bei  $\geq 0,5$ . Die Quoten Lernbedarf ja liegen bei den Items, Nr. 8, Nr. 9 und Nr. 11 im signifikanten Bereich. Einen weniger signifikanten Lernbedarf fordern die Pflegeexperten bei den Items Nr. 6, Nr. 7, Nr. 10, Nr. 11 und Nr. 12; die Quoten liegen hier bei  $< 0,5$ . Die Items Nr. 1 bis einschließlich Nr. 5 sollen nicht von Servicepersonal durchgeführt werden, deshalb besteht auch kein relevanter Lernbedarf.

Item/Variable	Odds-Quoten					Odds Ratio
	Dja	Dnein	Lja	Lnein	Mittelwert	
Nr. 1	0,19	0,81	0,12	0,88	0,5	1,61
Nr. 2	0,12	0,88	0	1	0,5	2,28
Nr. 3	0,44	0,56	0,25	0,75	0,5	2,3
Nr. 4	0,31	0,79	0,12	0,88	0,5	3,18
Nr. 5	0,25	0,75	0,06	0,94	0,5	5
Nr. 6	0,56	0,44	0,38	0,62	0,5	2,14
Nr. 7	0,5	0,5	0,19	0,81	0,5	4,33
Nr. 8	0,88	0,12	0,69	0,31	0,5	3,18
Nr. 9	0,94	0,06	0,69	0,31	0,5	6,81
Nr. 10	0,94	0,06	0,38	0,62	0,5	25
Nr. 11	0,94	0,06	0,56	0,44	0,5	11,66
Nr. 12	0,75	0,25	0,19	0,81	0,5	13
Nr. 13	0,94	0,06	0,31	0,69	0,5	33

Tabelle 5.3.26: Das Quotenverhältnis Odds Ratio der einzelnen Items der Kategorie 1.9 „Sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln zu können“

Das Quotenverhältnis (Odds Ratio) zwischen Durchführung und Lernbedarf in allen Items in ABEDL „Sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln zu können“ als Grad der Übereinstimmung der Antworten der Pflegeexperten (s. Tab. 5.3.26):

Es besteht ein Unterschied in allen Items. Am höchsten ist der Unterschied (und damit ein geringerer Grad der Übereinstimmung) in Item Nr. 13, gefolgt von Item Nr. 10, Nr. 12 und Nr. 11. Am geringsten ist der Unterschied (und damit ein höherer Grad an Übereinstimmung) in Item Nr. 6, gefolgt von Nr. 7, Nr. 8 und Nr. 9. Es kann davon ausgegangen werden, dass für diese Tätigkeiten im Rahmen der Laienpflege Kompetenzen vorhanden sind. Auffällig ist ein relativ gleichmäßiger, hoher Übereinstimmungsgrad bei den Tätigkeiten, welche Servicepersonal nicht durchführen soll. Diese Tätigkeiten bleiben den professionell Pflegenden vorbehalten.

Die Einschätzung und Differenzierung des Lernbedarfs für die Tätigkeiten in ABEDL „Sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln zu können“ weist folgende Ergebnisse auf (s. Tab. 5.3.27):

Ein signifikanter Lernbedarf,  $Odds \geq 0,5$ , besteht in den Items Nr. 8, Medienangebot darstellen und die Person in deren Anwendung instruieren, Nr. 9, Chipkarte für TV etc. bereitstellen, und Nr. 11, Kommunikation mit den Personen. Ein weniger signifikanter Lernbedarf,

Odds < 0,5, zeigt sich, in den Items Nr. 6, Angehörige, Besucher, Freunde, weitere behandelnde Personen verschiedener Berufsgruppen kennen, Nr. 7, Vorlieben der Person erfassen, Nr. 10, Zeitungen verteilen, Nr. 12, Bilder anbringen im Sichtbereich der Personen, und Nr. 13, Blumenschmuck versorgen, Vasen etc. bereitstellen. Die restlichen fünf Items sind für die Einschätzung des Lernbedarfs nicht relevant, da diese Tätigkeiten nicht von Servicepersonal durchgeführt werden sollen und deshalb auch kein Lernbedarf abgeleitet wird.

Tätigkeiten Nr. 1 bis Nr. 13	
Anzahl der Tätigkeiten	Differenzierung des Lernbedarfs
13	Alle Items
3	Durchführung mit signifikantem Lernbedarf
5	Durchführung mit weniger signifikantem Lernbedarf
5	Keine Durchführung – kein Lernbedarf

Tabelle 5.3.27: Signifikanz des Lernbedarfs bei der Durchführung der Tätigkeiten in ABEDL 1.9 „Sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln zu können“.

Zusammenfassend ergibt sich für die Kategorie „Sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln zu können“, bezüglich der Ausgangshypothesen, folgende Entscheidung:

Die Alternativhypothese, H1-Durchführung, ist bestätigt, da  $\geq 50\%$  = Mittelwert  $\geq 8$  der Pflegeexperten der Meinung sind, dass Tätigkeiten innerhalb der ABEDL-Kategorie „Sich beschäftigen, lernen sich entwickeln zu können“ von Servicepersonal durchgeführt werden können. Die Nullhypothese, H0-Durchführung, wird verworfen.

Die Alternativhypothese, H1-Lernbedarf, ist bestätigt, da die Durchführung einer Tätigkeit in drei Items an einen signifikanten Lernbedarf gebunden ist. In weiteren fünf Items besteht ein weniger signifikanter Lernbedarf. Die Nullhypothese, H0-Lernbedarf, wird verworfen, da die Durchführung jeder Tätigkeit an einen Lernbedarf gebunden ist.

**Zu Kategorie 1.10 „Die eigene Sexualität leben zu können“:**

Gegenüberstellung der Antworten zu der Durchführung und Nicht-Durchführung, sowie des Lernbedarfs und Nichtlernbedarfs bezüglich der Tätigkeiten von Servicepersonal der Kategorie „Die eigene Sexualität leben zu können“, inkl. der freien Bemerkungen (s. Tab. 5.3.28):

Nr.	1.10 Die eigene Sexualität leben zu können Tätigkeiten/Kompetenzen	Durchführung		Lernbedarf	
		ja	nein	ja	nein
1	Nähe und Distanz einschätzen können	14	2	11	5
2	Störungen im Bereich der Nähe und Distanz respektieren und entsprechend handeln können	13	3	12	4
3	Bezugspunkte zu den Bereichen sich pflegen, ausscheiden, sich kleiden, soziale Bereiche des Lebens sichern und mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen" herstellen können	8	8	8	8
4	Beziehungen zwischen Personen akzeptieren und respektieren insbesondere zu anderen Bewohnern oder Patienten	14	2	10	6
5	Die Lebensgeschichte der Personen bezüglich Liebe in der Jugend, Ehe, Partnerschaft respektieren	7	9	4	12
6	Beachten von Lebenskrisen in diesem Bereich	9	7	7	9

Tabelle 5.3.28: Tätigkeiten der Kategorie 1.10 „Die eigene Sexualität leben zu können“ mit den Werten zu Durchführung und Lernbedarf

Bemerkungen:

- Gemäß Allgemeinem Gleichbehandlungsgesetz (AGG) – kennen anwenden respektieren
- Voraussetzung ist der Dialog zwischen den Berufsgruppen
- Abhängig von der eigenen Lebenserfahrung
- Deeskalationstraining wird angeboten
- Im normalen sozialen Umgang ja, nicht im Bereich der Sexualität
- Nicht im Zuständigkeitsbereich: „Dafür kann nicht gesorgt werden!“

Häufigkeitsverteilung der Antworten in der ABEDL-Kategorie „Die eigene Sexualität leben zu können“ sowie die Gegenüberstellung der Antworten Durchführung ja zu Durchführung nein der Kategorie „Die eigene

Sexualität leben zu können“, in Abgrenzung zum Mittelwert (s. Abb. 5.3.16):

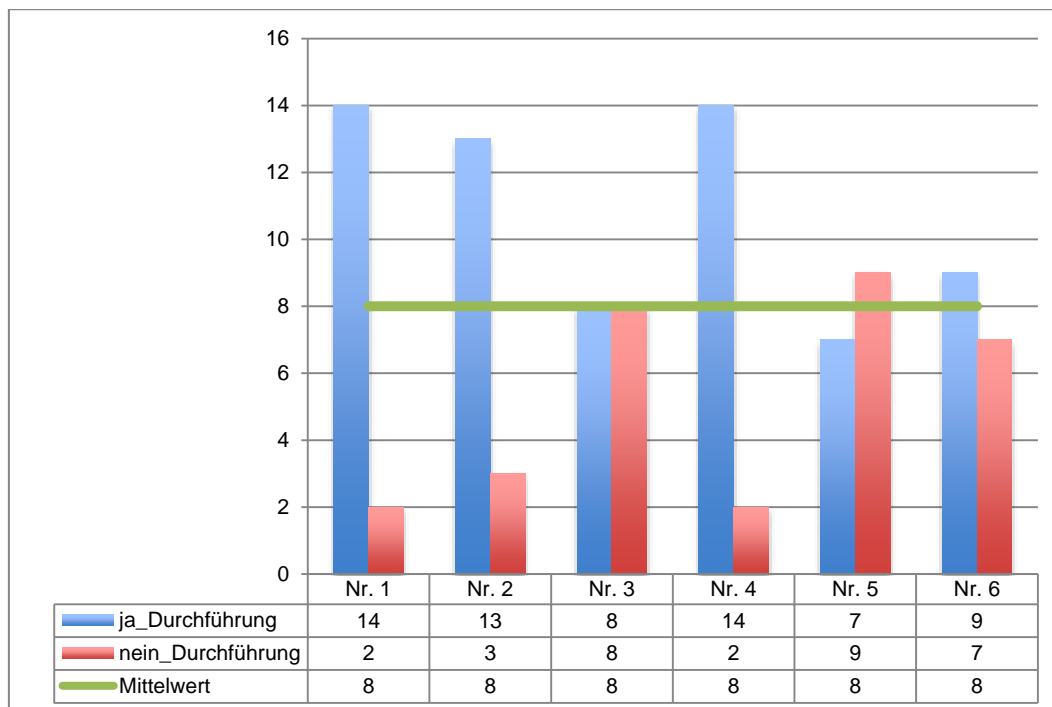


Abbildung 5.3.16: Durchführung der Kategorie 1.10 „Die eigene Sexualität leben zu können“ in Abgrenzung zum Mittelwert

Die Werte der Antworten Durchführung ja im Bereich „Die eigene Sexualität leben zu können“, sind in fünf von sechs Items  $\geq 8 = \geq 50\%$  des Mittelwerts und somit von Servicepersonal durchführbar. Eine Ausnahme bildet Item Nr. 5, die Lebensgeschichte der Personen, bezüglich Liebe in der Jugend, Ehe, Partnerschaft respektieren.

Die Quoten des Odds (s. Tab. 5.3.29) für Durchführung ja liegen bei  $\geq 0,5$  in den Items Nr. 1, Nähe und Distanz einschätzen können, Nr. 2, Störungen im Bereich der Nähe und Distanz respektieren und entsprechend handeln können, Nr. 3, Bezugspunkte zu den Bereichen sich pflegen, ausscheiden, sich kleiden, soziale Bereiche des Lebens sichern und mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen herstellen können, Nr. 4, Beziehungen zwischen Personen akzeptieren und respektieren insbesondere zu anderen Bewohnern oder Patienten und Nr. 6, Beachten von Lebenskrisen in diesem Bereich (gemeint ist der Bereich wie in Item Nr. 5 beschrieben). Bei Item Nr. 5 beträgt der Wert  $< 0,5$ , demnach erfolgt hier, nach Meinung der Pflegeexperten, keine Durchführung.

Item/Variable	Odds-Quoten					Odds Ratio
	Dja	Dnein	Lja	Lnein	Mittelwert	
Nr. 1	0,88	0,12	0,69	0,31	0,5	3,18
Nr. 2	0,81	0,19	0,75	0,25	0,5	1,44
Nr. 3	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1
Nr. 4	0,88	0,12	0,62	0,38	0,5	4,2
Nr. 5	0,44	0,56	0,25	0,75	0,5	2,33
Nr. 6	0,56	0,44	0,44	0,56	0,5	1,65

Tabelle 5.3.29: Das Quotenverhältnis Odds Ratio der einzelnen Items der Kategorie „Die eigene Sexualität leben zu können“

Das Quotenverhältnis, Odds Ratio, zwischen Durchführung und Lernbedarf in allen Items in ABEDL „Die eigene Sexualität leben zu können“ als Grad der Übereinstimmung der Antworten der Pflegeexperten (s. Tab. 5.3.29):

Der höchste Grad der Übereinstimmung ist bei Item Nr. 3, es besteht kein Unterschied, gefolgt von Item Nr. 2, Nr. 6. Der geringste Grad der Übereinstimmung liegt bei Item Nr. 1 und Nr. 4. Für die durchführbaren Tätigkeiten sehen alle Pflegeexperten einen Lernbedarf.

Die Einschätzung und Differenzierung des Lernbedarfs für die Tätigkeiten in ABEDL „Die eigene Sexualität leben zu können“ (s. Tab. 5.3.30):

Ein signifikanter Lernbedarf besteht in vier von sechs Items, Nr. 1, Nr. 2, Nr. 3 und Nr. 4. Ein weniger signifikanter Lernbedarf besteht bei Item Nr. 6, Beachten von Lebenskrisen im Bereich der Lebensgeschichte der Personen bezüglich Liebe in der Jugend, Ehe, Partnerschaft respektieren. Das Item Nr. 5 ist für die Einschätzung des Lernbedarfs nicht relevant, da diese Tätigkeit, nach Meinung von Pflegeexperten, nicht von Servicepersonal durchgeführt werden soll und deshalb auch kein Lernbedarf daraus abgeleitet wird.

Tätigkeiten Nr. 1 bis Nr. 6	
Anzahl der Tätigkeiten	Differenzierung des Lernbedarfs
6	Alle Items
4	Durchführung mit signifikantem Lernbedarf
1	Durchführung mit weniger signifikantem Lernbedarf
1	Keine Durchführung – kein Lernbedarf

Tabelle 5.3.30: Signifikanz des Lernbedarfs bei der Durchführung der Tätigkeiten in ABEDL „Die eigene Sexualität leben zu können“.



Zusammenfassend ergibt sich für die Kategorie „Die eigene Sexualität leben zu können“. bezüglich der Ausgangshypothesen. folgende Entscheidung:

Die Alternativhypothese, H1-Durchführung, ist bestätigt, da  $\geq 50\%$  = Mittelwert  $\geq 8$  der Pflegeexperten der Meinung sind, dass Tätigkeiten innerhalb der ABEDL-Kategorie „Die eigene Sexualität leben zu können“ von Servicepersonal durchgeführt werden können. Die Nullhypothese, H0-Durchführung, wird verworfen.

Die Alternativhypothese, H1-Lernbedarf, ist bestätigt, da die Durchführung einer Tätigkeit in vier Items an einen signifikanten Lernbedarf, sowie in einem Item an einen weniger signifikanten Lernbedarf, gebunden ist. Die Nullhypothese, H0-Lernbedarf, wird verworfen, da die Durchführung jeder Tätigkeit an einen Lernbedarf gebunden ist.

**Zu Kategorie 1.11 „Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen zu können“:**

Gegenüberstellung der Antworten zu der Durchführung und Nicht-Durchführung, sowie des Lernbedarfs und Nichtlernbedarfs, bezüglich der Tätigkeiten von Servicepersonal der Kategorie „Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen zu können“, inkl. der freien Bemerkungen (s. Tab. 5.3.31):

Nr.	1.11 Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen zu können Tätigkeiten/Kompetenzen	Durchführung		Lernbedarf	
		ja	nein	ja	nein
1	Hygienische Anforderungen/ Hygienepläne kennen und anwenden	15	1	15	1
2	Sicherheitsrichtlinien des administrativen Bereich kennen und verstehen, z. B. Rechtliche Rahmenbedingungen kennen und danach handeln (Schweigepflicht...)	16	0	16	0
3	Sturzrisiken kennen und vermeiden	12	4	12	4
4	Tagesstrukturen /-abläufe kennen und danach handeln	14	2	12	4
5	Räumliche Ausstattung, Art und Anordnung kennen	16	0	14	2
6	Orientierung geben können mit Hilfsmitteln	12	4	11	5

Tabelle 5.3.31: Tätigkeiten der Kategorie 1.11 „Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen zu können“ mit den Werten zu Durchführung und Lernbedarf

Bemerkungen:

- Schulungsbedarf um Risiken zu erkennen, Haftung, Delegation und Kompetenzübertragung
- Nicht innerhalb des Expertenstandards „Sturzprophylaxe“ ansonsten delegationsfähig

Häufigkeitsverteilung der Antworten in der ABEDL-Kategorie „Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen zu können“, sowie die Gegenüberstellung der Antworten Durchführung ja zu Durchführung nein der Kategorie „Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen zu können“ in Abgrenzung zum Mittelwert (s. Abb. 5.3.17):

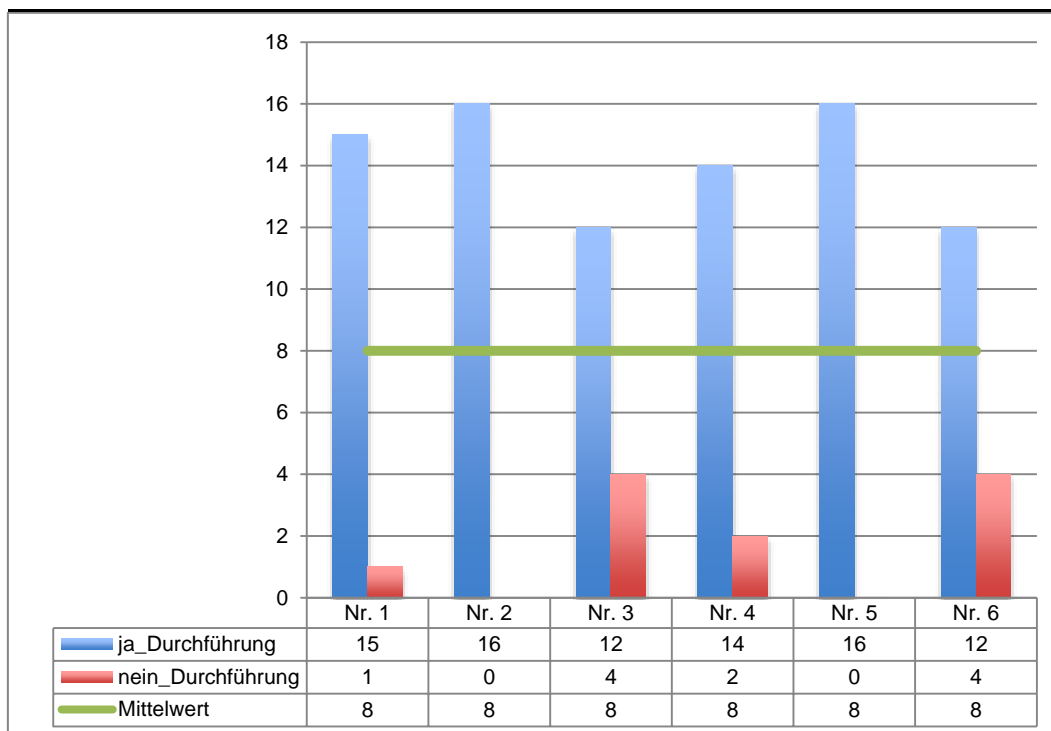


Abbildung 5.3.17: Durchführung der Kategorie 1.11 „Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen zu können“ in Abgrenzung zum Mittelwert

Die Werte der Antworten Durchführung ja sind in allen Items  $\geq 8 = 50\%$  des Mittelwerts. Somit sind alle Tätigkeiten/Kompetenzen in ABEDL „Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen zu können“, von Servicepersonal durchführbar.

Die Quoten des Odds (s. Tab. 5.3.32) für Durchführung ja liegen in den Items Nr. 1 bis einschließlich Nr. 6 bei  $\geq 0,5$ . Dies bedeutet, dass die Pflegeexperten sich für die Durchführung dieser Tätigkeiten aussprechen. Ebenso ergibt sich für diese Tätigkeiten ein Lernbedarf.

Item/Variable	Odds-Quoten					Odds Ratio
	Dja	Dnein	Lja	Lnein	Mittelwert	
Nr. 1	0,94	0,06	0,94	0,06	0,5	1
Nr. 2	1	0	1	0	0,5	1
Nr. 3	0,75	0,25	0,75	0,25	0,5	1
Nr. 4	0,88	0,12	0,75	0,25	0,5	2,33
Nr. 5	1	0	0,88	0,12	0,5	2,28
Nr. 6	0,75	0,25	0,69	0,31	0,5	1,36

Tabelle 5.3.32: Das Quotenverhältnis Odds Ratio der einzelnen Items der Kategorie 1.11 „Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen zu können“

Das Quotenverhältnis, Odds Ratio, zwischen Durchführung und Lernbedarf der Items des Bereichs „Für eine sichere und fördernde

Umgebung sorgen zu können“ als Grad der Übereinstimmung der Antworten der Pflegeexperten (s. Tab. 5.3.32):

Eine vollkommene Übereinstimmung besteht in den Items Nr. 1, Nr. 2 und Nr. 3, es besteht kein Unterschied. Die Odds Rationen für die restlichen Items weisen einen geringen Unterschied auf.

Die Einschätzung und Differenzierung des Lernbedarfs für die Tätigkeiten in ABEDL „Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen zu können“, weist folgende Ergebnisse auf (s. Tab. 5.3.33):

Es besteht ein signifikanter Lernbedarf in allen Items, die Werte der Odds betragen alle  $\geq 0,5$ .

Tätigkeiten Nr. 1 bis Nr. 6	
Anzahl der Tätigkeiten	Differenzierung des Lernbedarfs
6	Alle Items
6	Durchführung mit signifikantem Lernbedarf
0	Durchführung mit weniger signifikantem Lernbedarf
0	Keine Durchführung – kein Lernbedarf

Tabelle 5.3.33: Signifikanz des Lernbedarfs bei der Durchführung der Tätigkeiten in ABEDL 1.11 „Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen zu können“.

Zusammenfassend ergibt sich für die Kategorie „Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen zu können“, bezüglich der Ausgangshypothesen, folgende Entscheidung:

Die Alternativhypothese, H1-Durchführung, ist bestätigt, da  $\geq 50\%$  = Mittelwert  $\geq 8$  der Pflegeexperten der Meinung sind, dass Tätigkeiten innerhalb der ABEDL-Kategorie „Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen zu können“ von Servicepersonal durchgeführt werden können. Die Nullhypothese, H0-Durchführung, wird verworfen.

Die Alternativhypothese, H1-Lernbedarf, ist bestätigt, da die Durchführung in allen sechs Items an einen signifikanten Lernbedarf gebunden ist. Die Nullhypothese, H0-Lernbedarf, wird verworfen, da die Durchführung jeder Tätigkeit an einen Lernbedarf gebunden ist.

### 5.3.5.2 Teil 2 Soziale Beziehungen sichern und gestalten und dabei mit existenziellen Erfahrungen umgehen zu können

#### Zu Kategorie 2.1 „In Kontakt sein und bleiben zu können (mit sich und mit anderen)“

Gegenüberstellung der Antworten zu der Durchführung und Nicht-Durchführung, sowie des Lernbedarfs und Nichtlernbedarfs bezüglich der Tätigkeiten von Servicepersonal der Kategorie „In Kontakt sein und bleiben zu können“, inkl. der freien Bemerkungen (s. Tab. 5.3.34):

Nr.	2.1 In Kontakt sein und bleiben zu können (mit sich und mit anderen) Tätigkeiten/Kompetenzen	Durchführung		Lernbedarf	
		ja	nein	ja	nein
1	Angehörige, Besucher empfangen und begleiten	12	4	10	6
2	Wartezimmer für Angehörige gestalten	14	2	10	6
3	Infomationsbroschüre kennen	15	1	11	5
4	Gemeinschaftsraum gestalten	15	1	9	7

Tabelle 5.3.34: Tätigkeiten der Kategorie 2.1 „In Kontakt sein und bleiben zu können (mit sich und mit anderen)“ mit den Werten zu Durchführung und Lernbedarf

Bemerkungen:

- Dekoration
- Sauberkeit, Ordnung, Ambiente
- Kreativität; ist das „Ding“ des Service
- Voraussetzung ist der Dialog mit und Rückmeldung an Pflegedienst

Häufigkeitsverteilung der Antworten in der ABEDL-Kategorie „In Kontakt sein und bleiben zu können (mit sich und mit anderen)“, sowie die Gegenüberstellung der Antworten Durchführung ja zu Durchführung nein der Kategorie „In Kontakt sein und bleiben zu können (mit sich und mit anderen)“, in Abgrenzung zum Mittelwert (s. Abb. 5.3.18):

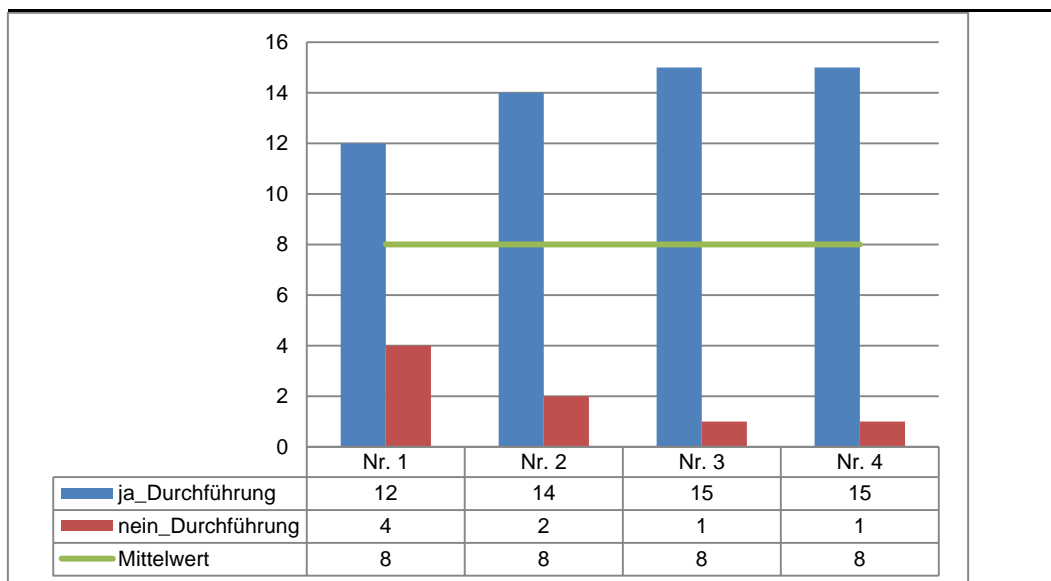


Abbildung 5.3.18: Durchführung der Kategorie 2.1 „In Kontakt sein und bleiben zu können (mit sich und mit anderen)“ in Abgrenzung zum Mittelwert

Die Werte der Antworten Durchführung ja im Bereich „In Kontakt sein und bleiben zu können (mit sich und mit anderen)“, sind in allen vier Items  $\geq 8$  =  $\geq 50\%$  des Mittelwerts und somit von Servicepersonal durchführbar.

Die Quoten des Odds (s. Tab. 5.3.35) für Durchführung ja liegen in allen vier Items bei  $\geq 0,5$ . Dies bedeutet, dass sich die Pflegeexperten für eine Durchführung dieser Tätigkeiten aussprechen. Ebenso ergibt sich für die Tätigkeiten ein Lernbedarf.

Item/Variable	Odds-Quoten					Odds Ratio
	Dja	Dnein	Lja	Lnein	Mittelwert	
Nr. 1	0,75	0,25	0,62	0,38	0,5	1,8
Nr. 2	0,88	0,12	0,62	0,38	0,5	4,2
Nr. 3	0,94	0,06	0,69	0,31	0,5	6,81
Nr. 4	0,94	0,06	0,56	0,44	0,5	11,66

Tabelle 5.3.35: Das Quotenverhältnis Odds Ratio der einzelnen Items der Kategorie 2.1 „In Kontakt sein und bleiben zu können (mit sich und mit anderen)“

Das Quotenverhältnis, Odds Ratio, zwischen Durchführung und Lernbedarf in allen Items in ABEDL „In Kontakt sein und bleiben zu können“ als Grad der Übereinstimmung (s. Tab. 5.3.35):

Es besteht in allen Items ein Unterschied, am geringsten ist der Unterschied bei Item Nr. 1, gefolgt von Item Nr. 2 und Nr. 3. Am höchsten ist der Unterschied in Item Nr. 4.

Die Einschätzung und Differenzierung der Signifikanz des Lernbedarfs für die Tätigkeiten in ABEDL „In Kontakt sein und bleiben zu können (mit sich und mit anderen)“:

Der Lernbedarf ist in allen vier Items signifikant (s. Tab. 5.3.36).

Tätigkeiten Nr. 1 bis Nr. 6	
Anzahl der Tätigkeiten	Differenzierung des Lernbedarfs
4	Alle Items
4	Durchführung mit signifikantem Lernbedarf
0	Durchführung mit weniger signifikantem Lernbedarf
0	Keine Durchführung – kein Lernbedarf

Tabelle 5.3.36: Signifikanz des Lernbedarfs bei der Durchführung der Tätigkeiten in ABEDL 2.1 „In Kontakt sein und bleiben zu können (mit sich und mit anderen)“

Zusammenfassend ergibt sich für die Kategorie „In Kontakt sein und bleiben zu können (mit sich und mit anderen)“, bezüglich der Ausgangshypothesen folgende Entscheidung:

Die Alternativhypothese, H1-Durchführung, ist bestätigt, da  $\geq 50\%$  = Mittelwert  $\geq 8$  der Pflegeexperten der Meinung sind, dass Tätigkeiten innerhalb der ABEDL-Kategorie „In Kontakt sein und bleiben zu können (mit sich und mit anderen)“ von Servicepersonal durchgeführt werden können. Die Nullhypothese, H0-Durchführung, wird verworfen.

Die Alternativhypothese, H1-Lernbedarf, ist bestätigt, da die Durchführung in allen sechs Items an einen signifikanten Lernbedarf gebunden ist. Die Nullhypothese, H0-Lernbedarf, wird verworfen, da die Durchführung jeder Tätigkeit an einen Lernbedarf gebunden ist.

**Zu Kategorie 2.2 „Fördernde Beziehungen erhalten, erlangen, wieder erlangen zu können“**

Gegenüberstellung der Antworten zu der Durchführung und Nicht-Durchführung sowie des Lernbedarfs und Nichtlernbedarfs, bezüglich der Tätigkeiten von Servicepersonal der Kategorie „Fördernde Beziehungen erhalten, erlangen, wiedererlangen zu können“, inkl. der freien Bemerkungen (s. Tab. 5.3.37):

Nr.	2.2 Fördernde Beziehungen erhalten, erlangen, wiedererlangen zu können Tätigkeiten/Kompetenzen	Durchführung		Lernbedarf	
		ja	nein	ja	nein
1	Die Angehörigen kennen	7	9	1	15
2	Berufliche Aktivitäten der Person kennen	4	12	1	15
3	Lebensgeschichtliche Erfahrungen der Personen kennen	3	13	0	16
4	Angemessenes Kommunizieren mit Besuchern	16	0	13	3
5	Kulturgebundene Erfahrungen der Personen kennen	14	2	14	2

Tabelle 5.3.37: Tätigkeiten der Kategorie 2.2 „Fördernde Beziehungen erhalten, erlangen wiedererlangen zu können“ mit den Werten zu Durchführung und Lernbedarf

Bemerkungen:  
keine

Die Häufigkeitsverteilung der Antworten in der ABEDL-Kategorie „Fördernde Beziehungen erhalten, erlangen, wiedererlangen zu können“, sowie die Gegenüberstellung der Antworte Durchführung ja zu Durchführung nein der Kategorie „Fördernde Beziehungen erhalten, erlangen, wiedererlangen zu können“, in Abgrenzung zum Mittelwert (s. Abb. 5.3.19):



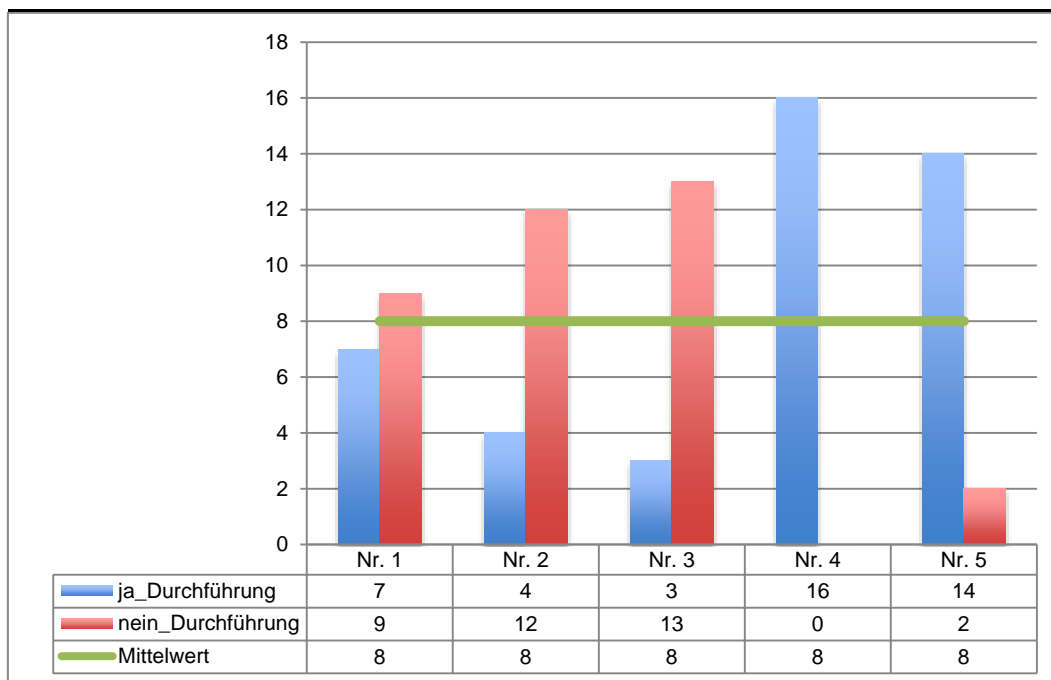


Abbildung 5.3.19: Durchführung und Lernbedarf der Kategorie 2.2 „Fördernde Beziehungen erhalten, erhalten, wiedererlangen zu können“ in Abgrenzung zum Mittelwert

Die Werte der Antworten zu Durchführung ja im Bereich „Fördernde Beziehungen erhalten, erlangen, wieder erlangen zu können“, sind in zwei von fünf Items  $\geq 8 = \geq 50\%$  des Mittelwerts und somit von Servicepersonal durchführbar. Ausgenommen davon sind: Item Nr. 1, die Angehörigen kennen, Item Nr. 2, berufliche Aktivitäten der Person kennen und Item Nr. 3, lebensgeschichtliche Erfahrungen der Person kennen.

Die Quoten des Odds (s. Tab. 5.3.38) für Durchführung ja sind liegen in Item Nr. 4 und Item Nr. 5 bei  $\geq 0,5$ . Dies bedeutet, dass sich die Pflegeexperten für eine Durchführung dieser Tätigkeiten aussprechen. Ebenso ergibt sich hierfür ein Lernbedarf. Die Items Nr. 1 bis einschließlich Nr. 3, weisen eine Quote von  $< 0,5$  auf und sind daher nicht für Servicepersonal relevant.

Item/Variable	Odds-Quoten					Odds Ratio
	Dja	Dnein	Lja	Lnein	Mittelwert	
Nr. 1	0,44	0,56	0,06	0,94	0,5	11,66
Nr. 2	0,25	0,75	0,06	0,94	0,5	5
Nr. 3	0,19	0,81	0	1	0,5	3,69
Nr. 4	1	0	0,81	0,19	0,5	3,69
Nr. 5	0,88	0,12	0,88	0,12	0,5	1

Tabelle 5.3.38: Das Quotenverhältnis Odds Ratio der einzelnen Items der Kategorie 2.2 „Fördernde Beziehungen erhalten, erlangen, wieder erlangen zu können“

Das Quotenverhältnis, Odds Ratio, zwischen Durchführung und Lernbedarf, in allen Items in ABEDL „Fördernde Beziehungen erhalten, erlangen, wieder erlangen zu können“, als Grad der Übereinstimmung (s. Tab. 6.3.38):

Bei Tätigkeit Nr. 5, Kulturgebundene Erfahrungen der Personen kennen, besteht kein Unterschied, hier stimmen die Pflegeexperten voll und ganz überein. Bei Tätigkeit Nr. 4, angemessenes Kommunizieren mit Besuchern, besteht ein geringfügiger Unterschied. Einen Lernbedarf für Servicepersonal leiten die Pflegexperten in beiden Items ab. Die restlichen Items bleiben in der Durchführung den professionell Pflegenden vorbehalten.

Die Einschätzung und Differenzierung des Lernbedarfs für die Tätigkeiten in ABEDL „Fördernde Beziehungen erhalten, erlangen, wieder erlangen zu können“ (s. Tab. 5.3.39):

In den Items Nr. 4, Angemessenes Kommunizieren mit Besuchern und Nr. 5, Kulturgebundene Erfahrungen der Personen kennen, besteht ein signifikanter Lernbedarf für Servicepersonal. Die weiteren Items sind nicht relevant, da die Durchführung nicht für Servicepersonal vorgesehen ist und somit auch kein Lernbedarf abgeleitet wird.

Tätigkeiten Nr. 1 bis Nr. 6	
Anzahl der Tätigkeiten	Differenzierung des Lernbedarfs
5	Alle Items
2	Durchführung mit signifikantem Lernbedarf
0	Durchführung mit weniger signifikantem Lernbedarf
3	Keine Durchführung – kein Lernbedarf

Tabelle 5.3.39: Signifikanz des Lernbedarfs bei der Durchführung der Tätigkeiten in ABEDL 2.2 „Fördernde Beziehungen erhalten, erlangen, wieder erlangen zu können“

Zusammenfassend ergibt sich für die Kategorie „Fördernde Beziehungen erhalten, erlangen, wieder erlangen zu können“, bezüglich der Ausgangshypothesen folgende Entscheidung:

Die Alternativhypothese, H1-Durchführung, ist bestätigt, da  $\geq 50\%$  = Mittelwert  $\geq 8$  der Pflegeexperten der Meinung sind, dass Tätigkeiten innerhalb der ABEDL-Kategorie „Fördernde Beziehungen erhalten, erlangen, wieder erlangen zu können“ in zwei Items von Servicepersonal

durchgeführt werden können. Die Nullhypothese, H0-Durchführung, wird verworfen.

Die Alternativhypothese, H1-Lernbedarf, ist bestätigt, da die Durchführung einer Tätigkeit, in zwei Items an einen signifikanten Lernbedarf gebunden ist. Die Nullhypothese, H0-Lernbedarf, wird verworfen, da die Durchführung jeder Tätigkeit an einen Lernbedarf gebunden ist.

**Zu Kategorie 2.3 „Mit Belastungen in Beziehungen umgehen zu können“:**

Gegenüberstellung der Antworten zu der Durchführung und Nicht-Durchführung, sowie des Lernbedarfs und Nichtlernbedarfs, bezüglich der Tätigkeiten von Servicepersonal, der Kategorie „Mit Belastungen in Beziehungen umgehen zu können“, inkl. der freien Bemerkungen (s. Tab. 5.3.40):

Nr.	2.3 Mit Belastungen in Beziehungen umgehen zu können Tätigkeiten/Kompetenzen	Durchführung		Lernbedarf	
		ja	nein	ja	nein
1	Anzeichen belastender Situationen kennen	13	3	9	7
2	Sorgen der Personen anhören können (aktives Zuhören)	10	6	8	8
3	Informationsweitergabe der Eindrücke geben können	15	1	12	4
4	Beratungsangebote kennen	5	11	5	11

Tabelle 5.3.40: Tätigkeiten der Kategorie 2.3 „Mit Belastungen in Beziehungen umgehen zu können“ mit den Werten zu Durchführung und Lernbedarf

Bemerkungen:

- Weiterleiten der Informationen
- Hotelbezogen ja, pflege- und krankheitsbezogen nein

Die Häufigkeitsverteilung der Antworten in der ABEDL-Kategorie „Mit Belastungen in Beziehungen umgehen zu können“, sowie die Gegenüberstellung der Antworten Durchführung ja zu Durchführung nein der Kategorie „Mit Belastungen in Beziehungen umgehen zu können“, in Abgrenzung zum Mittelwert (s. Abb. 5.3.20):

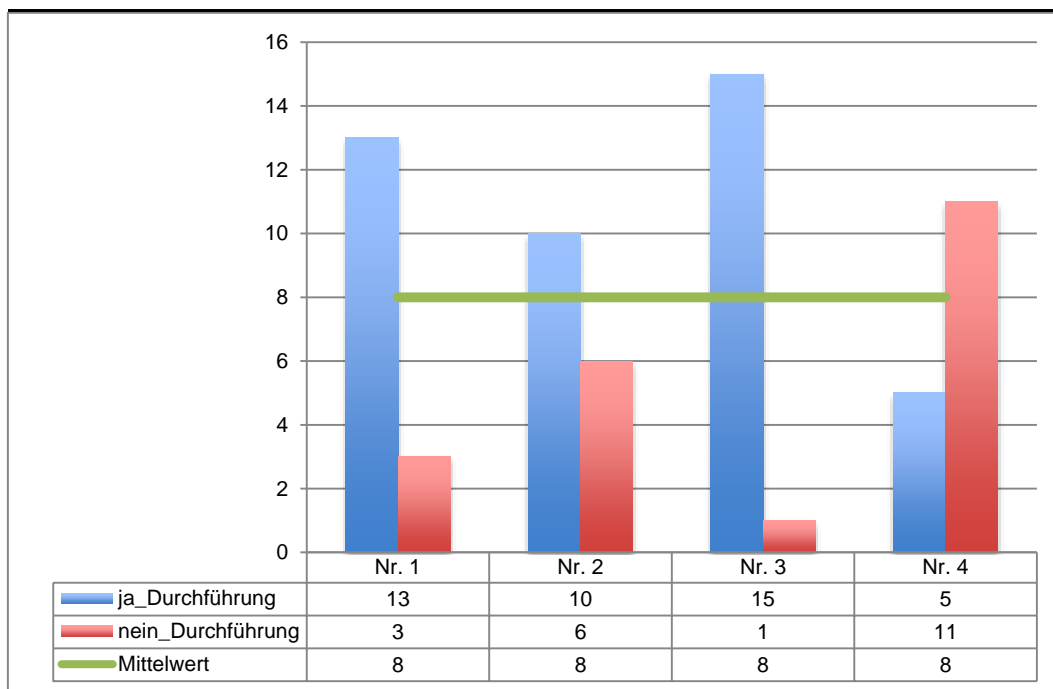


Abbildung 5.3.20: Durchführung und Lernbedarf der Kategorie 2.3 „Mit Belastungen in Beziehungen umgehen zu können“ in Abgrenzung zum Mittelwert

Die Werte der Antworten zu Durchführung ja von Tätigkeiten/Kompetenzen im Bereich „Mit Belastungen umgehen zu können“ sind in drei von vier Items  $\geq 8 = \geq 50\%$  des Mittelwerts und somit von Servicepersonal durchführbar. Eine Ausnahme bildet Item Nr. 4, Beratungsangebote kennen.

Die Quoten des Odds (s. Tab. 5.3.41) für Durchführung ja, liegen in den Items Nr. 1, Nr. 2 und Nr. 3 bei  $\geq 0,5$ . Dies bedeutet, dass sich die Pflegeexperten für eine Durchführung dieser Tätigkeiten aussprechen. Die Tätigkeiten in Item Nr. 4 bleiben den professionell Pflegenden vorbehalten, da die Quote des Odds bei  $< 0,5$  liegt.

Item/Variable	Odds-Quoten					Odds Ratio
	Dja	Dnein	Lja	Lnein	Mittelwert	
Nr. 1	0,81	0,19	0,56	0,44	0,5	3,57
Nr. 2	0,62	0,38	0,5	0,5	0,5	1,66
Nr. 3	0,94	0,06	0,75	0,25	0,5	5
Nr. 4	0,31	0,69	0,31	0,69	0,5	1

Tabelle 5.3.41: Das Quotenverhältnis Odds Ratio der einzelnen Items der Kategorie 2.3 „Mit Belastungen in Beziehungen umgehen zu können“

Das Quotenverhältnis, Odds Ratio, zwischen Durchführung und Lernbedarf in allen Items in ABEDL „Mit Belastungen in Beziehungen umgehen zu können“, als Grad der Übereinstimmung (s. Tab. 5.3.41):

Bei den Tätigkeiten Nr. 1, Nr. 2 und Nr. 3 besteht ein Unterschied. Die Pflegeexperten stimmen voll und ganz überein, bei der Tätigkeit Nr. 4, Beratungsangebote kennen, die nicht von Servicepersonal ausgeführt werden soll.

Die Einschätzung und Differenzierung des Lernbedarfs für die Tätigkeiten in ABEDL „Mit Belastungen in Beziehungen umgehen zu können“ (s. Tab. 5.3.42):

Es besteht ein signifikanter Lernbedarf in drei Items, Nr.1, Anzeichen belastender Situationen kennen, Nr. 2, Sorgen der Personen anhören können (aktives Zuhören), Nr. 3, Informationsweitergabe der Eindrücke geben können. Die Tätigkeit Item Nr. 4 ist für die Einschätzung des Lernbedarfs nicht relevant, da diese nicht von Servicepersonal durchgeführt wird und kein Lernbedarf daraus abgeleitet wird.

Tätigkeiten Nr. 1 bis Nr. 6	
Anzahl der Tätigkeiten	Differenzierung des Lernbedarfs
4	Alle Items
3	Durchführung mit signifikantem Lernbedarf
0	Durchführung mit weniger signifikantem Lernbedarf
1	Keine Durchführung – kein Lernbedarf

Tabelle 5.3.42: Signifikanz des Lernbedarfs bei der Durchführung der Tätigkeiten in ABEDL 2.3 „Mit Belastungen in Beziehungen umgehen zu können“

Zusammenfassend ergibt sich für die Kategorie „Mit Belastungen in Beziehungen umgehen zu können“, bezüglich der Ausgangshypothesen, folgende Entscheidung:

Die Alternativhypothese, H1-Durchführung, ist bestätigt, da  $\geq 50\%$  = Mittelwert  $\geq 8$  der Pflegeexperten der Meinung sind, dass Tätigkeiten innerhalb der ABEDL-Kategorie „Mit Belastungen in Beziehungen umgehen zu können“, von Servicepersonal durchgeführt werden können. Die Nullhypothese, H0-Durchführung, wird verworfen.

Die Alternativhypothese, H1-Lernbedarf, ist bestätigt, da die Durchführung einer Tätigkeit in drei Items an einen signifikanten Lernbedarf gebunden ist. Die Nullhypothese, H0-Lernbedarf, wird verworfen, da die Durchführung jeder Tätigkeit an einen Lernbedarf gebunden ist.

### 5.3.5.3 Teil 3 Mit existenziellen Erfahrungen umgehen und sich dabei entwickeln zu können

#### Zu Kategorie 3.1 „Fördernde Erfahrungen machen zu können“:

Gegenüberstellung der Antworten zu der Durchführung und Nicht-Durchführung, sowie des Lernbedarfs und Nichtlernbedarfs, bezüglich der Tätigkeiten von Servicepersonal, der Kategorie „Fördernde Erfahrungen machen zu können“, inkl. der freien Bemerkungen (s. Tab. 5.3.43):

Nr.	3.1 Fördernde Erfahrungen machen zu können Tätigkeiten/Kompetenzen	Durchführung		Lernbedarf	
		ja	nein	ja	nein
1	Vertrauen aufbauen und geben können	8	8	5	11
2	Wohlbefinden vermitteln können	13	3	8	8
3	Unabhängigkeit als wertvolle Erfahrung werten	8	8	6	10
4	Sicherheit vermitteln können	11	5	8	8

Tabelle 5.3.43: Tätigkeiten der Kategorie 3.1 „Fördernde Erfahrungen machen zu können“ mit den Werten zu Durchführung und Lernbedarf

Bemerkungen:

- Nicht zwingend erforderlich
- Sind auf gleicher Ebene vom Wissenstand, nicht unbedingt nur Wissen von Pflege und Medizin

Die Häufigkeitsverteilung der Antworten in der ABEDL-Kategorie „Fördernde Erfahrungen machen zu können“, sowie die Gegenüberstellung der Antworten, Durchführung ja zu Durchführung nein, der Kategorie „Fördernde Erfahrungen machen zu können“, in Abgrenzung zum Mittelwert (s. Abb. 5.3.21):

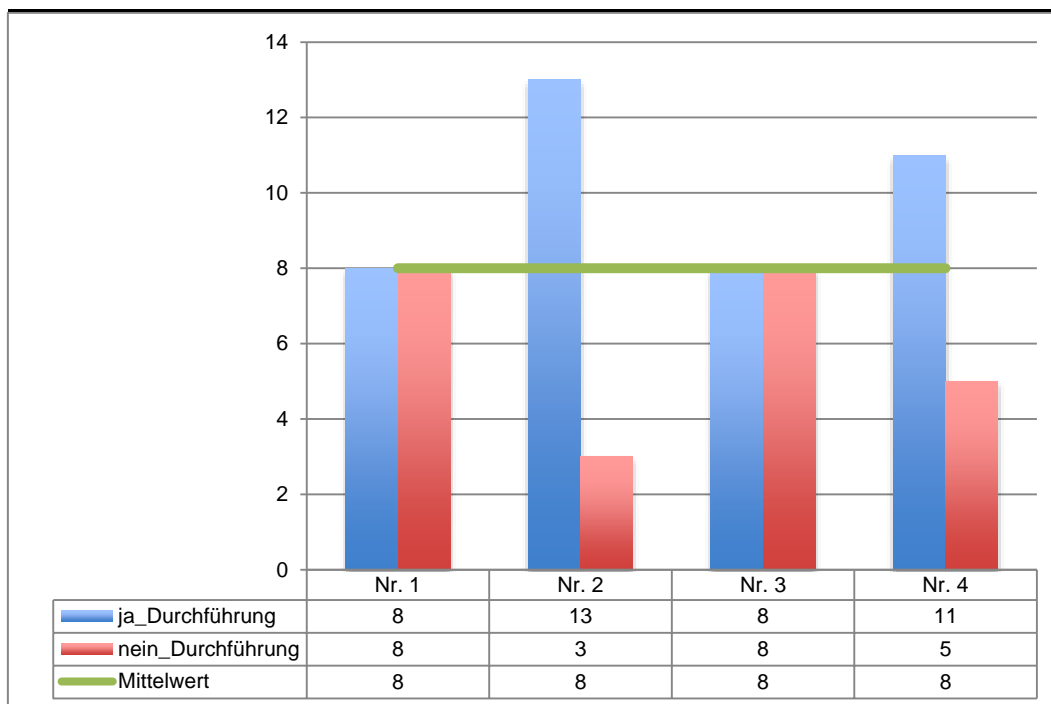


Abbildung 5.3.21: Durchführung der Kategorie 3.1 „Fördernde Erfahrungen machen zu können“ in Abgrenzung zum Mittelwert

Die Werte der Antworten zu Durchführung ja, im Bereich „Fördernde Erfahrungen machen zu können“, sind in allen vier Items  $\geq 8 = \geq 50\%$  des Mittelwerts und somit von Servicepersonal durchführbar.

Die Quoten des Odds (s. Tab. 5.3.44) für Durchführung ja liegen in den Items Nr. 1 bis einschließlich Nr. 4 bei  $\geq 0,5$ , dies bedeutet dass sich die Pflegeexperten für die Durchführung dieser Tätigkeiten aussprechen.

Item/Variable	Odds-Quoten					Odds Ratio
	Dja	Dnein	Lja	Lnein	Mittelwert	
Nr. 1	0,5	0,5	0,31	0,69	0,5	2,2
Nr. 2	0,81	0,19	0,5	0,5	0,5	4,3
Nr. 3	0,5	0,5	0,38	0,62	0,5	1,66
Nr. 4	0,69	0,31	0,5	0,5	0,5	2,2

Tabelle 5.3.44: Das Quotenverhältnis Odds Ratio der einzelnen Items der Kategorie 3.1 „Fördernde Erfahrungen machen zu können“

Das Quotenverhältnis, Odds Ratio, zwischen Durchführung und Lernbedarf, in allen Items in ABEDL „Fördernde Erfahrungen machen zu können“, als Grad der Übereinstimmung (s. Tab. 5.3.44):

Es bestehen geringfügige Unterschiede; der geringste besteht bei der Tätigkeit in Item Nr. 3, gefolgt von Item Nr. 1 und Item Nr. 4. Der größte Unterschied besteht bei Item Nr. 2.

Die Einschätzung und Differenzierung des Lernbedarfs für die Tätigkeiten in ABEDL „Fördernde Erfahrungen machen zu können“ weist folgende Ergebnisse auf (s. Tab. 5.3.45):

Ein signifikanter Lernbedarf besteht in zwei Items, Nr. 2, Wohlbefinden vermitteln können und Nr. 4, Sicherheit vermitteln können. Ein weniger signifikanter Lernbedarf besteht in den Items Nr. 1, Vertrauen aufbauen und geben zu können und Nr. 3, Unabhängigkeit als wertvolle Erfahrung werten.

Tätigkeiten Nr. 1 bis Nr. 6	
Anzahl der Tätigkeiten	Differenzierung des Lernbedarfs
4	Alle Items
2	Durchführung mit signifikantem Lernbedarf
2	Durchführung mit weniger signifikantem Lernbedarf
0	Keine Durchführung – kein Lernbedarf

Tabelle 5.3.45: Signifikanz des Lernbedarfs bei der Durchführung der Tätigkeiten in ABEDL 3.1 „Fördernde Erfahrungen machen zu können“.

Zusammenfassend ergibt sich für die Kategorie „Fördernde Erfahrungen machen zu können“, bezüglich der Ausgangshypothesen, folgende Entscheidung:

Die Alternativhypothese, H1-Durchführung, ist bestätigt, da  $\geq 50\%$  = Mittelwert  $\geq 8$  der Pflegeexperten der Meinung sind, dass Tätigkeiten innerhalb der ABEDL-Kategorie „Fördernde Erfahrungen machen zu können“ von Servicepersonal durchgeführt werden können. Die Nullhypothese, H0-Durchführung, wird verworfen.

Die Alternativhypothese, H1-Lernbedarf, ist bestätigt, da die Durchführung einer Tätigkeit in zwei Items an einen signifikanten Lernbedarf gebunden ist. Ein weniger signifikanten Lernbedarf besteht ebenfalls in zwei Items. Die Nullhypothese, H0-Lernbedarf, wird verworfen, da die Durchführung jeder Tätigkeit an einen Lernbedarf gebunden ist.



**Zu Kategorie 3.2 „Mit belastenden und gefährdenden Erfahrungen umgehen zu können“**

Gegenüberstellung der Antworten zu der Durchführung und Nicht-Durchführung, sowie des Lernbedarfs und Nichtlernbedarfs, bezüglich der Tätigkeiten von Servicepersonal, der Kategorie „Mit belastenden und gefährdenden Erfahrungen umgehen zu können“, inkl. der freien Bemerkungen (s. Tab. 5.3.46):

Nr.	3.2 Mit belastenden und gefährdenden Erfahrungen umgehen zu können Tätigkeiten/Kompetenzen	Durch-	Durch-	Lern-	Lern-
		führung	führung	bedarf	bedarf
		ja	nein	ja	nein
1	Zeichen von Missempfinden erkennen (Angst, Schmerzen, Einsamkeit, Unsicherheit, Sorgen)	12	4	10	6
2	Verlust von Unabhängigkeit als Belastung erkennen können	7	9	6	10

Tabelle 5.3.46: Tätigkeiten der Kategorie 3.2 „Mit belastenden und fördernden Erfahrungen umgehen zu können“ mit den Werten zu Durchführung und Lernbedarf

Bemerkungen:

Keine

Häufigkeitsverteilung der Antworten in der ABEDL-Kategorie „Mit belastenden und gefährdenden Erfahrungen umgehen zu können“, sowie die Gegenüberstellung der Antworten, Durchführung ja zu Durchführung nein, der Tätigkeiten durch Servicepersonal der Kategorie „Mit belastenden und gefährdenden Erfahrungen umgehen zu können“, in Abgrenzung zum Mittelwert (s. Abb. 5.3.22):

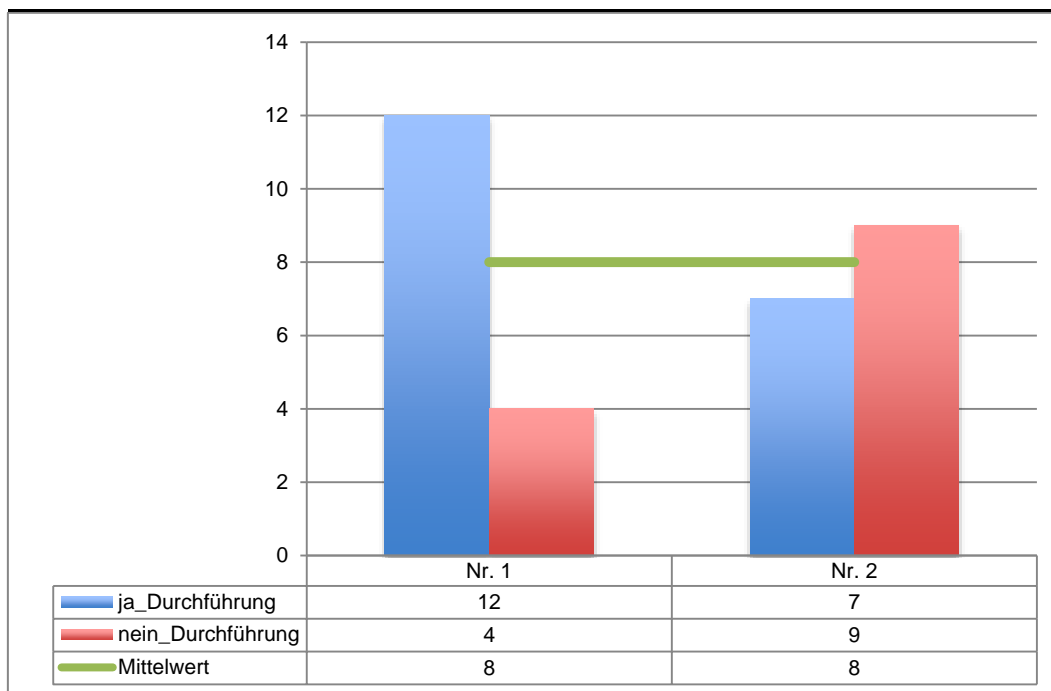


Abbildung 5.3.22: Durchführung der Kategorie 3.2 „Mit belastenden Erfahrungen umgehen zu können“ in Abgrenzung zum Mittelwert

Die Werte der Antworten zu Durchführung ja im Bereich „Mit belastenden und gefährdenden Erfahrungen umgehen zu können“, sind in einem von zwei Items  $\geq 8 = \geq 50\%$  des Mittelwerts und somit von Servicepersonal durchführbar. Eine Ausnahme bildet die Tätigkeit Item Nr. 2, Verlust von Unabhängigkeit als Belastung erkennen können.

Die Quote des Odds (s. Tab. 5.3.47) für Durchführung ja, liegt bei Item Nr. 1 bei  $\geq 0,5$ , dies bedeutet, dass sich die Pflegeexperten für die Durchführung dieser Tätigkeit aussprechen.

Item/Variable	Odds-Quoten					Odds Ratio
	Dja	Dnein	Lja	Lnein	Mittelwert	
Nr. 1	0,75	0,25	0,62	0,38	0,5	1,8
Nr. 2	0,44	0,56	0,38	0,62	0,5	1,29

Tabelle 5.3.47: Das Quotenverhältnis Odds Ratio der einzelnen Items der Kategorie „Mit belastenden Erfahrungen umgehen zu können“

Das Quotenverhältnis, Odds Ratio, zwischen Durchführung und Lernbedarf, in allen Items in ABEDL „Mit belastenden und gefährdenden Erfahrungen umgehen zu können“, als Grad der Übereinstimmung (s. Tab. 5.3.47):

Bei der Tätigkeit Item Nr. 1, besteht ein geringfügiger Unterschied. Bei Tätigkeit Item Nr. 2, besteht eine höhere Übereinstimmung, diese Tätigkeit

nicht von Servicepersonal durchführen zu lassen. Sie bleibt den professionell Pflegenden vorbehalten.

Die Einschätzung und Differenzierung des Lernbedarfs für die Tätigkeiten in ABEDL „Mit belastenden und gefährdenden Erfahrungen umgehen zu können“ weist folgende Ergebnisse auf (s. Tab. 5.3.48):

In Item Nr. 1, Zeichen von Missempfinden erkennen (Angst, Schmerzen, Einsamkeit, Unsicherheit, Sorgen), besteht ein signifikanter Lernbedarf für Servicepersonal, da Odds  $\geq 0,5$  beträgt. Das Item Nr. 2 ist für die Einschätzung des Lernbedarfs nicht relevant, da diese Tätigkeit, nach Meinung von Pflegeexperten, nicht von Servicepersonal durchgeführt werden soll und deshalb auch kein Lernbedarf abgeleitet wird.

Tätigkeiten Nr. 1 bis Nr. 6	
Anzahl der Tätigkeiten	Differenzierung des Lernbedarfs
2	Alle Items
1	Durchführung mit signifikantem Lernbedarf
0	Durchführung mit weniger signifikantem Lernbedarf
1	Keine Durchführung – kein Lernbedarf

Tabelle 5.3.48: Signifikanz des Lernbedarfs bei der Durchführung der Tätigkeiten in ABEDL 3.2 „Mit belastenden und gefährdenden Erfahrungen umgehen zu können“

Zusammenfassend ergibt sich für die Kategorie „Mit belastenden und gefährdenden Erfahrungen umgehen zu können“, bezüglich der Ausgangshypothesen, folgende Entscheidung:

Die Alternativhypothese, H1-Durchführung, ist bestätigt, da  $\geq 50\%$  = Mittelwert  $\geq 8$  der Pflegeexperten der Meinung sind, dass Tätigkeiten innerhalb der ABEDL-Kategorie „Mit belastenden und gefährdenden Erfahrungen umgehen zu können“ von Servicepersonal durchgeführt werden können. Die Nullhypothese, H0-Durchführung, wird verworfen.

Die Alternativhypothese, H1-Lernbedarf, ist bestätigt, da die Durchführung einer Tätigkeit an einen signifikanten Lernbedarf in einem Item gebunden ist. Die Nullhypothese, H0-Lernbedarf, wird verworfen, da die Durchführung der Tätigkeit an einen Lernbedarf gebunden ist.

**Zu Kategorie 3.3 „Erfahrungen, welche die Existenz fördern oder gefährden unterscheiden zu können“:**

Gegenüberstellung der Antworten zu der Durchführung und Nicht-Durchführung, sowie des Lernbedarfs und Nichtlernbedarfs, bezüglich der Tätigkeiten von Servicepersonal, der Kategorie „Erfahrungen, welche die Existenz fördern oder gefährden unterscheiden zu können“, inkl. der freien Bemerkungen (s. Tab. 5.3.49):

Nr.	3.3 Erfahrungen, welche die Existenz fördern oder gefährden unterscheiden zu können Tätigkeiten/Kompetenzen	Durch-	Durch-	Lern-	Lern-
		führung	führung	bedarf	bedarf
		ja	nein	ja	nein
1	Fördernde Erfahrungen erkennen können	6	10	5	11
2	Gefährdende Erfahrungen erkennen können	8	8	6	10

Tabelle 5.3.49: Tätigkeiten der Kategorie 3.3 „Erfahrungen, welche die Existenz fördern oder gefährden unterscheiden zu können“ mit den Werten zu Durchführung und Lernbedarf

Bemerkungen:

- Erkennen durch Mimik und Gestik
- Auf Hotelebene ja, nicht pflege- und medizinbezogen

Häufigkeitsverteilung der Antworten in der ABEDL-Kategorie „Erfahrungen, welche die Existenz fördern oder gefährden unterscheiden zu können“, sowie die Gegenüberstellung der Antworten, Durchführung ja zu Durchführung nein, der Kategorie „Erfahrungen, welche die Existenz fördern oder gefährden unterscheiden zu können“, in Abgrenzung zum Mittelwert (s. Abb. 5.3.23):

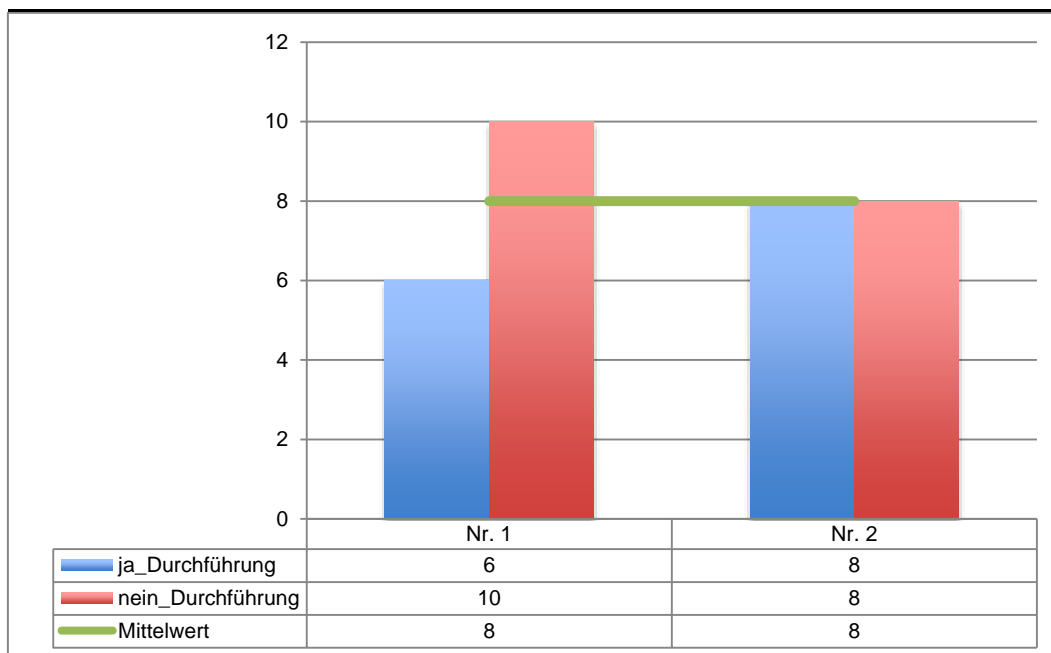


Abbildung 5.3.23: Durchführung der Kategorie 3.3 „Erfahrungen, welche die Existenz fördern oder gefährden unterscheiden zu können“ in Abgrenzung zum Mittelwert

Die Werte der Antworten, Durchführung ja, im Bereich „Erfahrungen, welche die Existenz fördern oder gefährden, unterscheiden zu können“, sind in Item Nr. 2, Gefährdende Erfahrungen erkennen können,  $\geq 8 = \geq 50\%$  des Mittelwerts und somit von Servicepersonal durchführbar. Die Tätigkeit in Item Nr. 1, Fördernde Erfahrungen erkennen können“, ist nicht durchführbar.

Die Quote des Odds (s. Tab. 5.3.50), für Durchführung ja, liegt in Item Nr. 2 bei  $\geq 0,5$ . Dies bedeutet, dass sich die Pflegeexperten für eine Durchführung dieser Tätigkeit aussprechen. In Item Nr. 1 beträgt der Odds  $< 0,5$  und demnach soll die Tätigkeit nicht durchgeführt werden.

Item/Variable	Odds-Quoten					Odds Ratio
	Dja	Dnein	Lja	Lnein	Mittelwert	
Nr. 1	0,38	0,62	0,31	0,69	0,5	1,32
Nr. 2	0,5	0,5	0,38	0,62	0,5	1,66

Tabelle 5.3.50: Das Quotenverhältnis Odds Ratio der einzelnen Items der Kategorie 3.3 „Erfahrungen, welche die Existenz fördern oder gefährden unterscheiden zu können“

Das Quotenverhältnis, Odds Ratio, zwischen Durchführung und Lernbedarf, in allen Items in ABEDL „Erfahrungen, welche die Existenz fördern oder gefährden unterscheiden zu können“, als Grad der Übereinstimmung (s. Tab. 5.3.50):

Bei der Tätigkeit in Item Nr. 2 besteht ein geringfügiger Unterschied. Eine größere Übereinstimmung besteht bei Item Nr. 1, welche nicht von Servicepersonal durchgeführt werden soll. Diese Tätigkeit bleibt den professionell Pflegenden vorbehalten.

Die Einschätzung und Differenzierung des Lernbedarfs für die Tätigkeiten in ABEDL „Erfahrungen, welche die Existenz fördern oder gefährden unterscheiden zu können“, weist folgende Ergebnisse auf (s. Tab. 5.3.51): Es besteht ein weniger signifikanter Lernbedarf, Odds < 0,5, in Item Nr. 2 „Gefährdende Erfahrungen erkennen können“. Das Item Nr. 1, Fördernde Erfahrungen erkennen können, ist für die Einschätzung des Lernbedarfs nicht relevant, da diese Tätigkeit, nach Meinung von Pflegeexperten, nicht von Servicepersonal durchgeführt werden soll und deshalb auch kein Lernbedarf abgeleitet wird.

Tätigkeiten Nr. 1 bis Nr. 6	
Anzahl der Tätigkeiten	Differenzierung des Lernbedarfs
2	Alle Items
0	Durchführung mit signifikantem Lernbedarf
1	Durchführung mit weniger signifikantem Lernbedarf
1	Keine Durchführung – kein Lernbedarf

Tabelle 5.3.51: Tätigkeiten der Kategorie 3.3 „Erfahrungen, welche die Existenz fördern oder gefährden unterscheiden zu können“ mit den Werten zu Durchführung und Lernbedarf

Zusammenfassend ergibt sich für die Kategorie „Erfahrungen, welche die Existenz fördern oder gefährden unterscheiden zu können“, bezüglich der Ausgangshypothesen, folgende Entscheidung:

Die Alternativhypothese, H1-Durchführung, ist bestätigt, da  $\geq 50\%$  = Mittelwert  $\geq 8$  der Pflegeexperten der Meinung sind, dass Tätigkeiten innerhalb der ABEDL-Kategorie „Erfahrungen, welche die Existenz fördern oder gefährden unterscheiden zu können“, von Servicepersonal durchgeführt werden können. Die Nullhypothese, H0-Durchführung, wird verworfen.

Die Alternativhypothese, H1-Lernbedarf, ist bestätigt, da die Durchführung einer Tätigkeit in einem Item an einen weniger signifikanten Lernbedarf

gebunden ist. Die Nullhypothese, H0-Lernbedarf, wird verworfen, da die Durchführung der Tätigkeit an einen Lernbedarf gebunden ist.

**Zu Kategorie 3.4 „Belastende Erfahrungen mit fördernden Erfahrungen kompensieren zu können“**

Gegenüberstellung der Antworten zu der Durchführung und Nicht-Durchführung, sowie des Lernbedarfs und Nichtlernbedarfs, bezüglich der Tätigkeiten von Servicepersonal, der Kategorie „Belastende Erfahrungen mit fördernden Erfahrungen kompensieren zu können“, inkl. der freien Bemerkungen (s. Tab. 5.3.52):

Nr.	3.4 Belastende Erfahrungen mit fördernden Erfahrungen kompensieren zu können Tätigkeiten/Kompetenzen	Durchführung		Lernbedarf	
		ja	nein	ja	nein
1	Motivation geben können	6	10	4	12
2	Ausgleich /Ablenkung schaffen können	6	10	4	12

Tabelle 5.3.52: Tätigkeiten der Kategorie 3.4 „Belastende Erfahrungen mit fördernden Erfahrungen kompensieren zu können“ mit den Werten zu Durchführung und Lernbedarf

Bemerkungen:

keine

Häufigkeitsverteilung der Antworten in der ABEDL-Kategorie „Belastende Erfahrungen mit fördernden Erfahrungen kompensieren zu können“, sowie die Gegenüberstellung der Antworten, Durchführung ja zu Durchführung nein, der Tätigkeiten von Servicepersonal der Kategorie 3.4 „Belastende Erfahrungen mit fördernden Erfahrungen kompensieren zu können“, in Abgrenzung zum Mittelwert (s. Abb. 5.3.24):

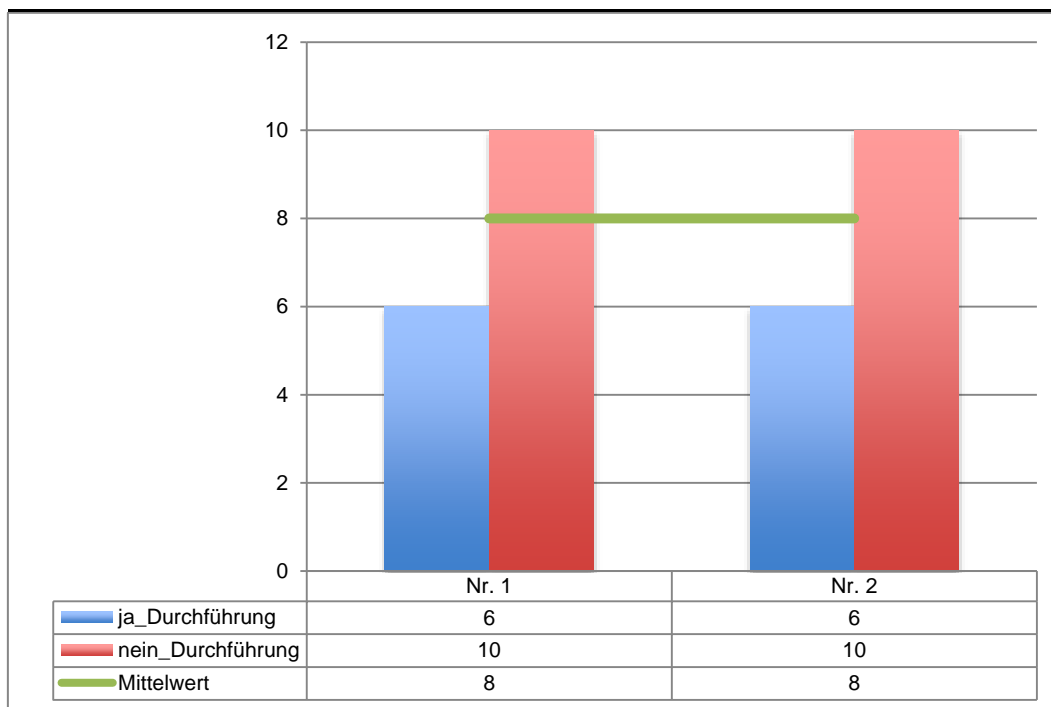


Abbildung 5.3.24: Durchführung der Kategorie 3.4 „Belastende Erfahrungen mit fördernden Erfahrungen kompensieren zu können“ in Abgrenzung zum Mittelwert

Die Werte der Antworten zu Durchführung ja, im Bereich „Belastende Erfahrungen mit fördernden Erfahrungen kompensieren zu können“, liegen bei beiden Items  $< 8 = < 50\%$  des Mittelwerts und sind somit nicht von Servicepersonal durchführbar.

Die Quoten des Odds (s. Tab. 5.3.53), für Durchführung ja, liegen in beiden Items bei  $< 0,5$ . Dies bedeutet, dass sich die Pflegeexperten gegen eine Durchführung dieser Tätigkeiten aussprechen.

Item/Variable	Odds-Quoten					Odds Ratio
	Dja	Dnein	Lja	Lnein	Mittelwert	
Nr. 1	0,38	0,62	0,25	0,75	0,5	1,8
Nr. 2	0,38	0,62	0,25	0,75	0,5	1,8

Tabelle 5.3.53: Das Quotenverhältnis Odds Ratio der einzelnen Items der Kategorie 3.4 „Belastende Erfahrungen mit fördernden Erfahrungen kompensieren zu können“

Das Quotenverhältnis, Odds Ratio, zwischen Durchführung und Lernbedarf, in allen Items in ABEDL „Belastende mit fördernden Erfahrungen kompensieren zu können“, als Grad der Übereinstimmung (s. Tab. 5.3.53):

Es besteht ein geringfügiger Unterschied, d.h. ein hoher Grad an Übereinstimmung, dass diese Tätigkeiten nicht von Servicepersonal



durchgeführt werden sollen. Diese Tätigkeiten bleiben den professionell Pflegenden vorbehalten.

Die Einschätzung und Differenzierung des Lernbedarfs für die Tätigkeiten in ABEDL „Belastende Erfahrungen mit fördernden Erfahrungen kompensieren zu können“, weist folgendes Ergebnis auf (s. Tab. 5.3.54): Ein Lernbedarf in beiden Items besteht nicht, da keine Durchführung von Servicepersonal vorgesehen ist.

Tätigkeiten Nr. 1 bis Nr. 6	
Anzahl der Tätigkeiten	Differenzierung des Lernbedarfs
2	Alle Items
0	Durchführung mit signifikantem Lernbedarf
0	Durchführung mit weniger signifikantem Lernbedarf
2	Keine Durchführung – kein Lernbedarf

Tabelle 5.3.54: Signifikanz des Lernbedarfs bei der Durchführung der Tätigkeiten in ABEDL 3.4 „Belastende Erfahrungen mit fördernden Erfahrungen kompensieren zu können“

Zusammenfassend ergibt sich für die Kategorie „Belastende Erfahrungen mit fördernden Erfahrungen kompensieren zu können“, bezüglich der Ausgangshypothesen, folgende Entscheidung:

Die Alternativhypothese, H1-Durchführung, wird verworfen. Die Nullhypothese, H0-Durchführung, ist bestätigt, da  $\geq 50\%$  = Mittelwert  $\geq 8$  der Pflegeexperten der Meinung sind, dass Tätigkeiten innerhalb der ABEDL-Kategorie „Belastende Erfahrungen mit fördernden Erfahrungen kompensieren zu können“, nicht von Servicepersonal durchgeführt werden können.

Die Alternativhypothese, H1-Lernbedarf, und die Nullhypothese, H0-Lernbedarf, können demzufolge nicht beantwortet werden, da keine Durchführung durch Servicepersonal vorgesehen ist. Ein Lernbedarf für Servicepersonal besteht nicht, da die Durchführung den professionell Pflegenden vorbehalten bleibt.

**Zu Kategorie 3.5 „Lebensgeschichtliche Erfahrungen mit einbeziehen zu können“**

Gegenüberstellung der Antworten zu der Durchführung und Nicht-Durchführung, sowie des Lernbedarfs und Nichtlernbedarfs, bezüglich der Tätigkeiten von Servicepersonal, der Kategorie „Lebensgeschichtliche Erfahrungen mit einbeziehen zu können“, inkl. der freien Bemerkungen (s. Tab. 5.3.55):

Nr.	3.5 Lebensgeschichtliche Erfahrungen einbeziehen zu können Tätigkeiten/Kompetenzen	Durchführung		Lernbedarf	
		ja	nein	ja	nein
1	Bedeutung der eigenen Biographie und Geschichtlichkeit kennen	4	12	2	14
2	Entwicklungsaufgaben kennen und einordnen	3	13	1	15

Tabelle 5.3.55: Tätigkeiten der Kategorie 3.5 „Lebensgeschichtliche Erfahrungen mit einbeziehen zu können“ mit den Werten zu Durchführung und Lernbedarf

Bemerkungen:

- Rollendefinition des Servicepersonals durch Feedback der Patienten, kein Feedback diesbezüglich aus der Pflege- und Ärzteschaft
- Im Einzelfall bei extrovertierten Menschen

Häufigkeitsverteilung der Antworten in der ABEDL-Kategorie „Lebensgeschichtliche Erfahrungen einbeziehen zu können“, sowie die Gegenüberstellung der Antworten, Durchführung ja zu Durchführung nein, der Kategorie „Lebensgeschichtliche Erfahrungen mit einbeziehen zu können“, in Abgrenzung zum Mittelwert (s. Abb. 5.3.25):

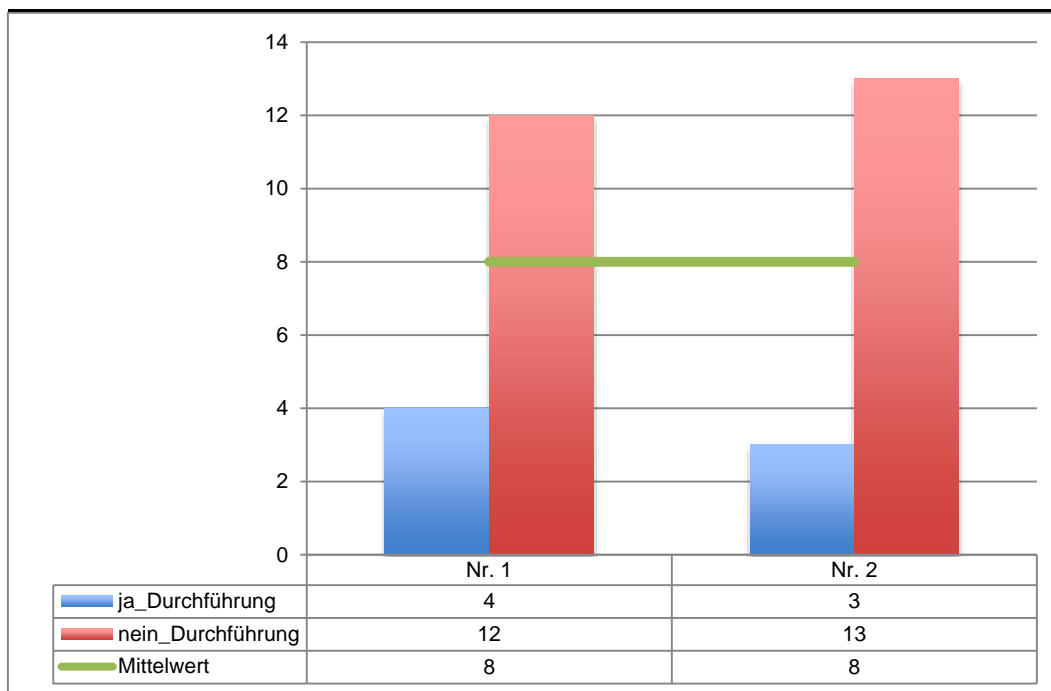


Abbildung 5.3.25: Durchführung der Kategorie 3.5 „Lebensgeschichtliche Erfahrungen einbeziehen zu können“ in Abgrenzung zum Mittelwert

Die Werte der Antworten zu Durchführung ja, im Bereich „Lebensgeschichtliche Erfahrungen mit einbeziehen zu können“, sind in beiden Items  $< 8 = < 50\%$  des Mittelwerts und somit nicht von Servicepersonal durchführbar.

Die Quoten des Odds (s. Tab. 5.3.56), für Durchführung ja, liegen in beiden Items bei  $< 0,5$ . Dies bedeutet, dass sich die Pflegeexperten gegen eine Durchführung dieser Tätigkeiten aussprechen.

Item/Variable	Odds-Quoten					Odds Ratio
	Dja	Dnein	Lja	Lnein	Mittelwert	
Nr. 1	0,25	0,75	0,12	0,88	0,5	2,3
Nr. 2	0,19	0,81	0,06	0,94	0,5	3,46

Tabelle 5.3.56: Das Quotenverhältnis Odds Ratio der einzelnen Items der Kategorie 3.5 „Lebensgeschichtliche Erfahrungen einbeziehen zu können“

Das Quotenverhältnis, Odds Ratio, zwischen Durchführung und Lernbedarf in allen Items in ABEDL „Lebensgeschichtliche Erfahrungen einbeziehen zu können“, als Grad der Übereinstimmung (s.Tab.5.3.56):

Es besteht ein geringfügiger Unterschied, d.h. ein hoher Grad an Übereinstimmung, dass diese Tätigkeiten nicht von Servicepersonal durchgeführt werden sollen. Diese Tätigkeiten bleiben den professionell Pflegenden vorbehalten.

Die Einschätzung und Differenzierung des Lernbedarfs für die Tätigkeiten in ABEDL „Lebensgeschichtliche Erfahrungen einbeziehen zu können“ weist folgende Ergebnisse auf (s. Tab. 5.3.57):

Ein Lernbedarf in beiden Items besteht nicht, da keine Durchführung von Servicepersonal vorgesehen ist.

Tätigkeiten Nr. 1 bis Nr. 6	
Anzahl der Tätigkeiten	Differenzierung des Lernbedarfs
2	Alle Items
0	Durchführung mit signifikantem Lernbedarf
0	Durchführung mit weniger signifikantem Lernbedarf
2	Keine Durchführung – kein Lernbedarf

Tabelle 5.3.57: Signifikanz des Lernbedarfs bei der Durchführung der Tätigkeiten in ABEDL 3.5 „Lebensgeschichtliche Erfahrungen einbeziehen zu können“

Zusammenfassend ergibt sich, für die Kategorie „Lebensgeschichtliche Erfahrungen einbeziehen zu können“, bezüglich der Ausgangshypothesen, folgende Entscheidung:

Die Alternativhypothese, H1-Durchführung, wird verworfen. Die Nullhypothese, H0-Durchführung, ist bestätigt, da  $\geq 50\%$  = Mittelwert  $\geq 8$  der Pflegeexperten der Meinung sind, dass Tätigkeiten innerhalb der ABEDL-Kategorie „Lebensgeschichtliche Erfahrungen einbeziehen zu können“, nicht von Servicepersonal durchgeführt werden können.

Die Alternativhypothese, H1-Lernbedarf, und die Nullhypothese, H0-Lernbedarf, können demzufolge nicht beantwortet werden, da keine Durchführung durch Servicepersonal vorgesehen ist. Ein Lernbedarf für Servicepersonal besteht nicht, da die Durchführung den professionell Pflegenden vorbehalten bleibt.

**Zu Kategorie 3.6 „Sinn finden zu können“**

Gegenüberstellung der Antworten zu der Durchführung und Nicht-Durchführung, sowie des Lernbedarfs und Nichtlernbedarfs, bezüglich der Tätigkeiten von Servicepersonal, der Kategorie „Sinn finden zu können“, inkl. der freien Bemerkungen (s. Tab. 5.3.58):

Nr.	3.6 Sinn finden zu können Tätigkeiten/Kompetenzen	Durchführung		Lernbedarf	
		ja	nein	ja	nein
1	Akzeptanz der jeweiligen Situation erreichen können	5	11	2	14
2	Akzeptanz der eigenen Sterblichkeit	9	7	5	11
3	Religion / Weltanschauung zur Sinnfindung nutzen können	9	7	4	12

Tabelle 5.3.58: Tätigkeiten der Kategorie 3.6 „Sinn finden zu können“ mit den Werten zu Durchführung und Lernbedarf

Bemerkungen:

- Erlebnisse rücken das Leben zurecht
- Schicksal
- relativiert sich

Häufigkeitsverteilung der Antworten in der ABEDL-Kategorie „Sinn finden zu können“, sowie die Gegenüberstellung der Antworten, Durchführung ja zu Durchführung nein, der Kategorie „Sinn finden zu können“, in Abgrenzung zum Mittelwert (s. Abb. 5.3.26):

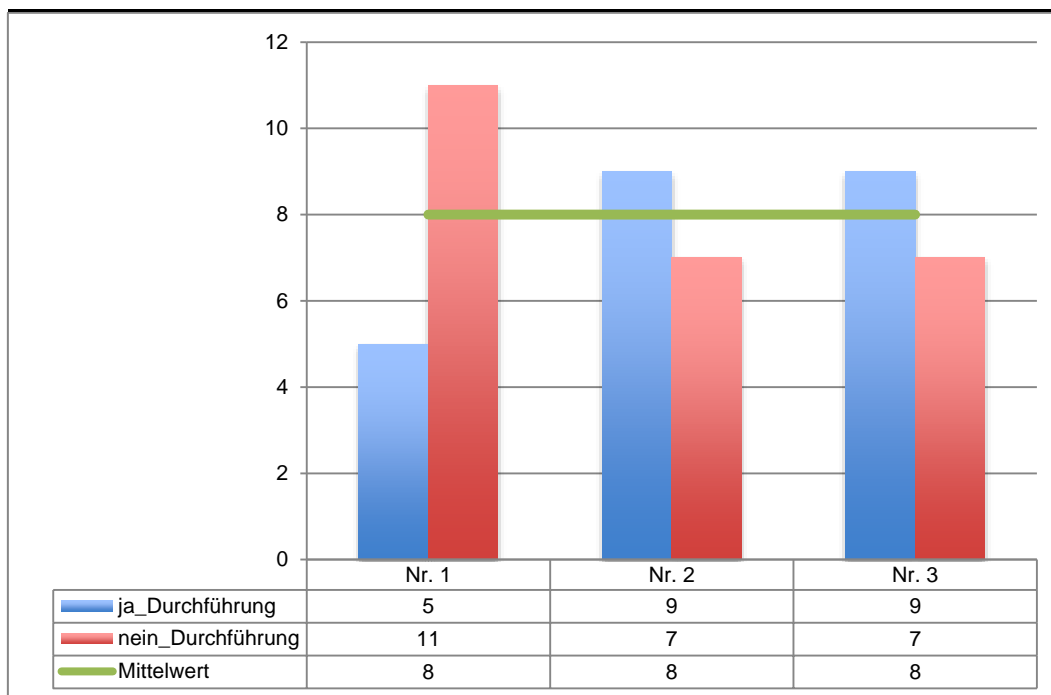


Abbildung 5.3.26: Durchführung der Kategorie 3.6 „Sinn finden zu können“ in Abgrenzung zum Mittelwert

Die Antworten zu Durchführung ja, im Bereich „Sinn finden zu können“ sind in zwei von drei Items  $\geq 8 = \geq 50\%$  des Mittelwerts. Somit können die Tätigkeiten in Item Nr. 2, Akzeptanz der eigenen Sterblichkeit, und in Item Nr. 3, Religion/Weltanschauung zur Sinnfindung nutzen, von Servicepersonal durchgeführt werden.

Die Quoten des Odds (s. Tab. 5.3.59) für Durchführung ja, liegen in den Items Nr. 2 und Nr. 3 bei  $\geq 0,5$ . Dies bedeutet, dass sich die Pflegeexperten für eine Durchführung dieser Tätigkeiten aussprechen. Bei Item Nr. 1 liegt der Odds bei  $< 0,5$  und soll demnach nicht durchgeführt werden.

Item/Variable	Odds-Quoten					Odds Ratio
	Dja	Dnein	Lja	Lnein	Mittelwert	
Nr. 1	0,31	0,69	0,12	0,88	0,5	3,18
Nr. 2	0,56	0,44	0,31	0,69	0,5	2,82
Nr. 3	0,56	0,44	0,25	0,75	0,5	3,85

Tabelle 5.3.59: Das Quotenverhältnis Odds Ratio der einzelnen Items der Kategorie 3.6 „Sinn finden zu können“

Das Quotenverhältnis, Odds Ratio, zwischen Durchführung und Lernbedarf, in allen Items in ABEDL „Sinn finden zu können“ als Grad der Übereinstimmung (s. Tab. 5.3.59):

Bei den Tätigkeiten Nr. 2 und Nr. 3 besteht ein geringfügiger Unterschied zwischen Durchführung ja und Lernbedarf nein. Hier kann davon ausgegangen werden, dass Kompetenzen für diese Tätigkeiten im Rahmen von Laienpflege vorhanden sind. Ein Lernbedarf ist hier als weniger signifikant einzuschätzen und betrifft vermutlich das Setting der stationären Pflege. Ebenfalls ein geringfügiger Unterschied besteht bei Item Nr. 1 „Akzeptanz der jeweiligen Situation erreichen können“, also ein hoher Grad an Übereinstimmung darin, diese Tätigkeit nicht von Servicepersonal durchführen zu lassen. Sie bleibt den professionell Pflegenden vorbehalten.

Die Einschätzung und Differenzierung des Lernbedarfs für die Tätigkeiten in ABEDL „Sinn finden zu können“:

In zwei Items besteht ein weniger signifikanter Lernbedarf, Odds = < 0,5, Nr. 2, Akzeptanz der eigenen Sterblichkeit, und Nr. 3, Religion/Weltanschauung zur Sinnfindung nutzen können (s. Tab. 5.3.60).

Tätigkeiten Nr. 1 bis Nr. 6	
Anzahl der Tätigkeiten	Differenzierung des Lernbedarfs
3	Alle Items
0	Durchführung mit signifikantem Lernbedarf
2	Durchführung mit weniger signifikantem Lernbedarf
1	Keine Durchführung – kein Lernbedarf

Tabelle 5.3.60: Tätigkeiten der Kategorie 3.6 „Sinn finden zu können“ mit den Werten zu Durchführung und Lernbedarf

Zusammenfassend ergibt sich für die Kategorie „Sinn finden zu können“, bezüglich der Ausgangshypothesen, folgende Entscheidung:

Die Alternativhypothese, H1-Durchführung, ist bestätigt, da  $\geq 50\%$  = Mittelwert  $\geq 8$  der Pflegeexperten der Meinung sind, dass Tätigkeiten innerhalb der ABEDL-Kategorie „Sinn finden zu können“, von Servicepersonal durchgeführt werden können. Die Nullhypothese, H0-Durchführung, wird verworfen.

Die Alternativhypothese, H1-Lernbedarf, ist bestätigt, da die Durchführung einer Tätigkeit in zwei Items an einen weniger signifikanten Lernbedarf

gebunden ist. Die Nullhypothese, H<sub>0</sub>-Lernbedarf, wird verworfen, da die Durchführung jeder Tätigkeit an einen Lernbedarf gebunden ist.

#### **5.3.5.4 Teil 4: „Was sonst noch zu sagen wäre“**

Transkript und Auswertung der Antworten des Interviewabschnitts „Was sonst noch zu sagen wäre“: Die Antworten sind in der Reihenfolge der Bemerkungen der aller Interviews aufgezählt.

- Tätigkeitsbeschreibung erforderlich
- Restaurant
- Stations- und Essensversorgung
- Schnittstelle Küche und Patient
- Arbeiten in beiden Bereichen
- Weitere ATL führt Hauswirtschaft durch
- Komplexe Aufgaben obliegen der Pflege und therapeutischem Team
- Leichte Tätigkeiten im Empfang denkbar im Sinne von Patientenservice (Auspacken, Telefon- und Kommunikationsanlagen erklären)
- Krankenpflegehilfeausbildung vorhanden, Schnittstellen durchaus vorhanden
- Kompetenzen müssen geklärt sein
- Teamintegration Pflege und Service muss erlernt werden
- Schulungsbedarf
- Tarifliche Einordnung
- Patientenservice denkbar
- Umfangreiches Interview
- Nicht nur technische Seite zu sehen, sondern auch Hintergrund (2. und 3. und die Wirkung auf die Person
- Persönlichkeit der Serviceperson wichtig
- Service kann in Körperpflege eingebunden werden
- Aufgabenprofil mit eigenständigen Tätigkeiten
- Teamintegration Pflege und Service – nicht als „Zuarbeiter“ sehen
- Pool an Servicepersonal, Tätigkeiten sollen bei Service bleiben
- 3-Schicht System
- Kernarbeitszeiten definieren
- Fort- und Weiterbildung entwickeln
- Adäquate Bezahlung
- Sprungbrett für Pflegeberuf
- Bezeichnung = Hilfskraft auf Station
- Eigene Servicegesellschaft des Trägers
- Servicepersonal wird gebraucht
- Klare Struktur, keine „Handlanger“
- Spezialisierung der Servicepersonal-Profession



- Der Pflege zuordnen
- 2-Schicht System
- Arbeitsablauforganisation, um Spitzenzeiten abzudecken
- Evtl. Motivation zu einer Pflegeausbildung – kommt auf die Persönlichkeiten des Servicepersonals an
- Zufriedenheit macht Service aus
- Serviceperson sollte mehr Lebenserfahrung haben
- Schulungsbedarf – Hygiene, Datenschutz, Ernährung, gesundheitsärztliche Untersuchung, Technik und Organisation (IT, Bett, Tagesablauf, Notfall) „Was macht Pflege“ bis hin zur Sterbebegleitung, Kommunikation, gerontopsychiatrische Phänomene, Abgrenzung, untypisches herausforderndes Verhalten erkennen; zusätzliche Angebote der Innerbetrieblichen Fortbildung (IBF)
- Aufgabenprofil – Ziel: Grundordnung aufrecht zu erhalten
- Eigene Organisationseinheit im Bereich der Pflege im Gesamtprozess mit Teamintegration, der Patientengruppe bekannt, Bedürfnisse abdecken
- Unterstützung der Pflege in Spitzenzeiten
- Tarifvertrag über ausgegliederte Servicegesellschaft
- Interesse am Ergebnis der Dissertation um Abweichungen der Antworten zu wissen
- Hoffnung, dass für die Pflege in den nächsten Jahren viel „Schönes“ passieren wird im Sinne der Professionalisierung
- In anderen Staaten gibt es ein anderes pflegerisches Verständnis von pflegerischer Professionalität (GB vs. D)
- Begriff „Servicekraft“ abgeschafft, fand keine Akzeptanz im Pflegeteam auf Station, Begriff „Pflegeassistent“ eingeführt, fand größere Akzeptanz, da „Pflege“ benannt wurde, obwohl das gleiche gemacht wird
- Spezieller Schulungsbedarf
- Kompetenzzuweisung und Delegation
- Pflegemanagementmodell „Primary Nursing“ erforderlich
- Hotel- und Gaststättenqualifikation scheitert an der tariflichen Vergütung
- Hotel- und Gaststättenpersonal bekommt Trinkgeld
- Nischen und Erholungsphasen für Pflegende durch die Übernahme von Tätigkeiten entfallen – Ruhephasen entfallen
- Gesamtprozess liegt an der Pflegekraft
- Pflege hat derzeit Probleme, Aufgaben zu delegieren
- Service ist im 2-Schicht System tätig
- Wochenende und Feiertage von 7:00 bis 15:30 Uhr, inkl. Springerdienst
- Angehörige fordern Service ein

- Einmal im Jahr Rotation für einen Monat auf andere Station zum Perspektivenwechsel
- Tarifliche Einstufung über Tochterfirma, Arbeiten Vollzeit 40 Stunden pro Woche, verdienen € 2200 brutto pro Monat
- Bekommen Trinkgeld
- Kein eigenes Berufsbild derzeit, eher neuer Tätigkeitsbereich
- Tätigkeitsübernahme durch Servicepersonal vorstellbar
- Keine Medizinischen Fachangestellten im Service, eher Hotel- und Gaststättenfachkraft
- Das ist viel Arbeit für Sie (meint die Arbeit an der Dissertation)
- Anspruchshaltung an Serviceleistung hoch
- Sprachliche Kompetenz bei ausländischen Patienten
- Tätigkeiten beziehen sich auf den fachlichen Bereich der Station
- Abgrenzung der Berufsgruppen Medizin-Pflege-Service erforderlich, evtl. sichtbar durch Berufskleidung
- Zeiten, in denen Servicepersonal zur Verfügung steht (Arbeitszeiten!)
- Lässt Pflege die Serviceleistung zu? – Denkpausen (Ruhephasen) werden weniger, weniger entspannende Zeiten wie z. B. Essen austeilen hat komprimiertes Arbeiten in der Pflege zur Folge
- Belastung für Pflegefachkräfte wird steigen
- Stationsübergreifender Einsatz realisierbar, Organisationskonzept
- Arbeitsablauforganisation ist evtl. umzugestalten
- Tätigkeiten, die an Hotelfachkräfte gut übertragen werden können – Profil und Delegation erforderlich
- Abgrenzung zu pflegerischen Tätigkeiten, die eine pflegefachliche Kompetenz erfordern
- Kompetenzprofil
- Keine Diagnosen anvertrauen
- Tätigkeiten von Servicepersonal aus Sicht des Patienten und aus Sicht des Pflegepersonals
- Bei Fachkräftemangel sind Tätigkeiten an Servicepersonal delegierbar – Unterscheidung hierbei zwischen in pflegerischer Assistenz und patientennaher Service
- Schulungs- und Qualifikationsbedarf
- Nicht ohne persönliche Qualifikation machbar
- Zusammenarbeit mit den Pflegenden
- Dienstleistung für Pflegenden
- Abgrenzung zu pflegerischem und ärztlichen Bereich, welche im Vordergrund stehen

## Servicepersonal in der stationären Pflege

### Kapitel 5 – Delphi-Befragung

---

- „Ich habe nix davon, von einem ausgebildetem Kellner das Essen serviert zu bekommen!“
- Wir beschäftigen Personen aus Verkauf etc. Wiedereinsteiger und angelernte Kräfte
- Hotel- und Gaststättenqualifizierte sind überqualifiziert und werden nicht glücklich und zufrieden sein außer auf Komfort-Stationen
- Persönlichkeit der Serviceperson muss passen, Arbeit muss zur Person passen
- Hohes Potenzial Servicepersonal einzusetzen, um Pflege zu entlasten
- Schwerpunkte sind: Erkennen, Wahrnehmen und Weiterleiten
- In Grundlagen der ATL für Tätigkeiten vorbereitet
- Schulungen und Einweisungen wo Vorteile da sind
- Checklisten, Konzepte, Kompetenzstrukturen, klare Anweisungen erforderlich – Tätigkeits- und Kompetenzprofil
- Kein Ziel, kleine Krankenschwestern aus Servicepersonal zu machen
- Pflegekräfte brauchen Schulung, um Servicepersonal adäquat einzusetzen (Delegationskompetenz)
- Pflegekräfte brauchen dabei Behutsamkeit und Achtsamkeit
- Handlungskompetenzzuweisung als Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen
- Situativ gestellte Aufgaben
- Vorsicht vor Enttäuschung bei Übertragung anderer Aufgaben bei Pflegepersonalmangel – Es gibt kein zurück!

### 5.3.5.5 Inhaltsanalysen der Bemerkungen aus Teil 4: „Was sonst noch zu sagen wäre“

Das Ziel der zusammenfassenden Analyse ist es, die Fragestellung des Einsatzes von Servicepersonal in der stationären Pflege, bezogen auf die freien Bemerkungen, in übergeordneten Kategorien zu bündeln<sup>5.24</sup>. Die Inhaltsanalyse erfolgt induktiv, d. h. aus dem Interviewmaterial bildet die Autorin übergeordnete Kategorien, ordnet die Bemerkungen zu und bildet anschließend ein Ranking der häufigsten Nennungen (s. Tab. 5.3.61). Die Inhalte sind in insgesamt neun Kategorien gegliedert:

Kategorie	Häufigkeit
1. Tätigkeits- und Aufgabenbeschreibungen/Kompetenzprofil	26
2. Organisationstruktur/Zuordnung innerhalb des Betriebes	17
3. Schulungs- und Qualifikationsbedarf	14
4. Berufliche Aspekte	11
5. Zusammenarbeit	10
6. Persönlichkeit der Serviceperson	6
7. Vergütung von Servicepersonal	6
8. Bedarf an Servicepersonal	5
9. Bezeichnung für Servicepersonal	2
Gesamtsumme der freien Antworten	98

Tabelle 5.3.61: Übergeordnete Kategorien und Häufigkeit der Aussagen zu Teil 4 „Was sonst noch zu sagen wäre.“

#### Zu Kategorie 1: Tätigkeits- und Aufgabenbeschreibungen, Kompetenzprofil für Servicepersonal

Tätigkeitsbeschreibung erforderlich, Restaurant, Stations- und Essensversorgung, weitere ATL führt Hauswirtschaft durch, komplexe Aufgaben obliegen der Pflege und therapeutischem Team, leichte Tätigkeiten im Empfang denkbar – i. S. v. Patientenservice, Kompetenzen müssen geklärt sein, Patientenservice denkbar, Service kann in Körperpflege eingebunden werden, Aufgabenprofil mit eigenständigen Tätigkeiten, klare Struktur – keine „Handlanger“, Aufgabenprofil mit dem Ziel die Grundordnung aufrecht zu erhalten, Unterstützung der Pflege in Spitzenzeiten, Kompetenzzuweisung und Delegation, Tätigkeiten, die an

<sup>5.24</sup> (Mayring, 2015)

Hotelfachkräfte gut übertragen werden können – Profil und Delegation erforderlich, Kompetenzprofil, Tätigkeiten von Servicepersonal aus Sicht des Patienten und aus Sicht des Pflegepersonals, bei Fachkräftemangel sind Tätigkeiten an Servicepersonal delegierbar – Unterscheidung hierbei zwischen pflegerischer Assistenz und patientennahem Service, Abgrenzung zu pflegerischem und ärztlichen Bereich, welche im Vordergrund stehen, Checklisten, Konzepte, Kompetenzstrukturen, klare Anweisungen erforderlich, Tätigkeits- und Kompetenzprofil, Handlungskompetenzzuweisung als Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen, situativ gestellte Aufgaben, in Grundlagen der ATL für Tätigkeiten vorbereitet, Tätigkeiten beziehen sich auf den (medizinisch)-fachlichen Bereich der Station, Abgrenzung zu pflegerischen Tätigkeiten, die eine pflegfachliche Kompetenz erfordern, Tätigkeitsübernahme durch Servicepersonal denkbar.

### **Zu Kategorie 2: Organisationstruktur /Zuordnung innerhalb des Betriebs**

Pool an Servicepersonal, Tätigkeiten sollen bei Service bleiben, 3-Schichtsystem, Kernarbeitszeiten definieren, eigene Servicegesellschaft des Trägers, der Pflege zuordnen, 2-Schichtsystem, Arbeitsablauforganisation, um Spitzenzeiten abzudecken, eigene Organisationseinheit im Bereich der Pflege im Gesamtprozess mit Teamintegration, Pflegemanagementmodell „Primary Nursing“ erforderlich, Gesamtprozess liegt an der Pflegekraft, Service ist im 2-Schicht-Betrieb tätig, Wochenende und Feiertage von 7:00 Uhr bis 15:30 Uhr, inkl. Springerdienst, einmal im Jahr Rotation auf andere Station zum Perspektivenwechsel, Zeiten, in denen Servicepersonal zur Verfügung steht (Arbeitszeiten). Stationsübergreifender Einsatz realisierbar, Arbeitsablauforganisation ist evtl. umzugestalten

### **Zu Kategorie 3: Schulungs- und Qualifikationsbedarf**

Krankenpflegehelferausbildung vorhanden – Schnittstellen durchaus vorhanden, Schulungsbedarf, Fort- und Weiterbildung entwickeln, Schulungsbedarf - Hygiene, Datenschutz, Ernährung, gesundheitsärztliche Untersuchung, Technik und Organisation (IT, Bett, Tagesablauf, Notfall) „Was macht Pflege“ bis hin zur Sterbebegleitung,

Kommunikation, gerontopsychiatrische Phänomene, Abgrenzung, untypisches herausforderndes Verhalten erkennen; zusätzliche Angebote der Innerbetrieblichen Fortbildung (IBF), Spezieller Schulungsbedarf, keine medizinischen Fachangestellten im Service – eher Hotel- und Gaststättenfachkraft, sprachliche Kompetenz bei ausländischen Patienten, keine Diagnosen anvertrauen, Schulungs- und Qualifikationsbedarf, „Ich habe nix davon, von einem ausgebildeten Kellner das Essen serviert zu bekommen“, wir beschäftigen Person aus Verkauf etc., Wiedereinsteiger und angelernte Kräfte, Hotel- und Gaststättenqualifizierte sind überqualifiziert und werden nicht glücklich und zufrieden sein außer auf Komfort-Stationen, Schwerpunkte sind: Erkennen, Wahrnehmen und Weiterleiten, Schulungen und Einweisungen, wo Vorteile da sind, kein Ziel – kleine Krankenschwestern aus Servicepersonal zu machen, Pflegekräfte brauchen Schulung, um Servicepersonal adäquat einzusetzen (Delegationskompetenz),

#### **Zu Kategorie 4: Berufliche Aspekte**

Spezialisierung der Servicekraft-Profession, Sprungbrett in den Pflegeberuf, evtl. Motivation für den Pflegeberuf – kommt auf die Persönlichkeit des Servicepersonals an, Hoffnung, dass für die Pflege in den nächsten Jahren viel „Schönes“ passieren wird, in anderen Staaten gibt es ein anderes pflegerisches Verständnis von pflegerischer Professionalität GB vs. D), Nischen und Erholungsphasen für Pflegenden durch die Übernahme von Tätigkeiten entfallen – Ruhephasen entfallen, Service ist kein eigenes Berufsbild derzeit, - eher ein neuer Tätigkeitsbereich, pflegerische Arbeit verändert sich, Vorsicht bei Enttäuschung bei Übertragung anderer Aufgaben bei Pflegepersonal – es gibt kein Zurück, lässt Pflege die Serviceleistung zu? – Denkpausen(Ruhephasen) werden weniger, weniger entspannende Zeiten, wie Essen austeilen, hat komprimiertes Arbeiten in der Pflege zur Folge, Belastung für Pflegefachkräfte wird steigen,

#### **Zu Kategorie 5: Zusammenarbeit**

Teamintegration Pflege - Service muss erlernt werden, Schnittstelle Pflege-Service, Schnittstelle Küche-Patient, Teamintegration Pflege und Service – nicht als „Zuarbeiter“ sehen, Pflege hat derzeit Probleme,

Aufgaben zu delegieren, Abgrenzung der Berufsgruppen Medizin-Pflege-Service erforderlich evtl. sichtbar durch Berufskleidung, Serviceteam der Patientengruppe bekannt, Zusammenarbeit mit den Pflegenden, Dienstleistung für Pflegenden, Pflegekräfte brauchen Behutsamkeit und Achtsamkeit,

#### **Zu Kategorie 6: Persönlichkeit der Serviceperson**

Nicht nur die technische Seite sehen – sondern auch Hintergrund und die Wirkung auf die Person (s. ABEDL Teil 2 und Teil 3), Persönlichkeit der Serviceperson ist wichtig, Serviceperson soll mehr Lebenserfahrung haben, nicht ohne persönliche Qualifikation machbar, Persönlichkeit der Serviceperson muss passen – die Arbeit muss zur Person passen, Gesundheit des Patienten steht im Mittelpunkt für alle Beteiligten, hierbei gilt der Service als unterstützender Anteil

#### **Zu Kategorie 7: Vergütung von Servicepersonal**

Tarifliche Einordnung, Adäquate Bezahlung, Hotel- und Gaststättenqualifikation scheitert an der tariflichen Vergütung, Hotel- und Gaststättenpersonal bekommt Trinkgeld, tarifliche Einstufung über Tochterfirma – verdienen ca. € 2200,- brutto pro Monat, bekommen Trinkgeld,

#### **Zu Kategorie 8: Bedarf an Servicepersonal**

Servicepersonal wird gebraucht, Zufriedenheit macht Service aus, Angehörige fordern Service ein, Anspruchshaltung an Service hoch, hohes Potenzial, um Servicekräfte einzusetzen,

#### **Zu Kategorie 9: Bezeichnung für Servicepersonal**

Hilfskraft auf Station, Begriff Servicekraft abgeschafft, fand keine Akzeptanz im Pflegeteam auf Station, Begriff „Pflegeassistenz“ eingeführt – fand größere Akzeptanz, da „Pflege“ benannt wurde, obwohl das gleiche gemacht wird,

Die Pflegeexperten äußerten weitere Aspekte über das Phänomen Servicepersonal in der stationären Pflege im Krankenhaus. Diese Aussagen können im Rahmen dieser Arbeit nicht umfassend bearbeitet werden. Sie geben jedoch Denkanstöße für den Einsatz von Servicepersonal. Die Forderung nach einer Tätigkeits- und Aufgabenbeschreibung/Kompetenzprofil kann mit Hilfe des situativen

tätigkeitsbezogenen Anforderungsprofil (STAP) erfüllt werden. Die organisatorische Zuordnung des Servicepersonals erfolgt, laut den Ergebnissen aus Delphi 1, zum Pflegedienst. Ein Schulungsbedarf kann mit dem STAP und einer darauf begründeten Bildungsmaßnahme, welche von Betriebspädagogen in den Unternehmen begleitet wird, gedeckt werden. Eine große Herausforderung ist die Zusammenarbeit und Teamintegration von unterschiedlichen Berufsgruppen im Setting der stationären Pflege in Krankenhäusern, ein Skill- und Grade-Mix zeichnet sich ab. Hier ist es die Aufgabe von Betriebspädagogen und Führungskräften positiv auf die Mitarbeiter in den Teams einzuwirken und Teamentwicklungsprozesse zu initiieren. Die Persönlichkeit der Serviceperson ist von herausragender Bedeutung. Die Serviceperson übernimmt ihre berufliche Rolle in einem pflegerischen Handlungsfeld. Die Persönlichkeitskompetenz prägt und durchdringt die Handlungen einer Person im Rahmen von Werten, Normen, Einstellungen und Haltungen in der beruflichen Tätigkeit. Die tarifliche Einstufung bzw. die Vergütung von Servicepersonal ist zu klären bzw. zu verhandeln. Hier sind die Unternehmensführungen und Tarifpartner aufgefordert zu handeln. Die Pflegeexperten sind weiterhin der Meinung, dass der Bedarf an Servicepersonal steigen wird. Umso dringlicher sollten die Rahmenbedingungen erörtert werden. Die Mitarbeiter/-innen des Pflegedienst auf den Stationen sind gefordert, die Servicepersonen und deren Tätigkeit zu akzeptieren und als Teil des Teams anzusehen (s. auch Zusammenarbeit). Die Tätigkeit als Serviceperson auf einer pflegerischen Station kann als Sprungbrett für eine grundständige Pflegeausbildung fungieren. Die pflegerische Arbeit auf den Stationen verändert sich, gemeint sind akademische Pflegepersonen, Pflegeexperten, Advanced Nursing Practise, mit erweiterten Aufgaben in Beratung und Patientenedukation, sowie eine pflegewissenschaftliche Fundierung der pflegerischen Tätigkeiten. Dem gefolgt ist die Weiterentwicklung der Pflege nicht nur in den Tätigkeiten sondern auch in berufspolitischer Hinsicht kann Pflege mehr Standing in der Öffentlichkeit beweisen. Für die Pflegeexperten scheint es auch wichtig, eine Bezeichnung für Servicepersonal auf pflegerischen Stationen zu haben. Alles in allem,



steht bei den Tätigkeiten die Wertschätzung und Gesundheit der Pflegeempfänger im Vordergrund.

### 5.3.6 Korrelation aller Items in den einzelnen ABEDL Kategorien.

Der Zusammenhang zwischen Durchführung und Lernbedarf zeigt sich in der Ausprägung des Korrelationskoeffizienten nach Pearson in einer Skala von -1 bis +1<sup>5.25</sup>.

Ein positiver Korrelationskoeffizient bestätigt einen positiven Zusammenhang zwischen Durchführung und Lernbedarf. Die Pflegeexperten fordern für Durchführung einer Tätigkeit in den ABEDL Kategorien einen Lernbedarf. Ein negativer Korrelationskoeffizient deutet auf einen negativen Zusammenhang, zwischen Durchführung und Lernbedarf einer Tätigkeit in den ABEDL Kategorien, hin. Die Pflegeexperten sehen keinen Lernbedarf, sie vermuten vorhandene Kompetenzen im Rahmen von Selbstpflege oder Laienpflege.

#### 5.3.6.1 Korrelationen zwischen Durchführung und Lernbedarf in ABEDL Teil 1 „Aktivitäten des Lebens realisieren und hierbei mit existenziellen Erfahrungen umgehen zu können“:

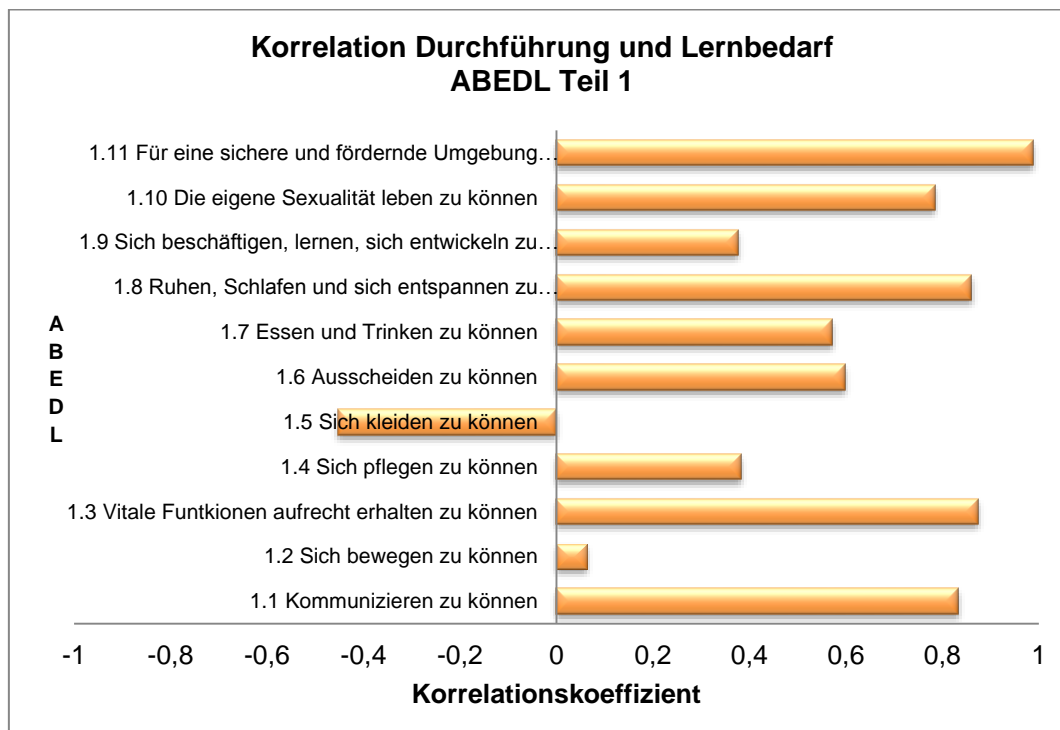


Abbildung 5.3.27: Zusammenhang zwischen Durchführung und Lernbedarf der ABEDL Kategorien Teil 1: „Aktivitäten des Lebens realisieren und hierbei mit existenziellen Erfahrungen umgehen zu können“

<sup>5.25</sup> (Jäger, 2013)

Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Durchführung und Lernbedarf in ABEDL Teil 1 „Aktivitäten des Lebens realisieren und hierbei mit existenziellen Erfahrungen umgehen zu können“ in zehn ABEDL-Kategorien (s. Abb. 5.3.27). Das heißt, die Durchführung von Tätigkeiten ist an einen Lernbedarf gebunden. Ein negativer Zusammenhang besteht, nach Meinung von Experten, in der ABEDL-Kategorie „Sich pflegen zu können“. Hier sehen die Pflegeexperten die Tätigkeiten im originären Aufgabenbereich der Pflegenden und keine Tendenzen der Allokation in den Aufgabenbereich von Servicepersonal.

### 5.3.6.2 Korrelationen zwischen Durchführung und Lernbedarf in ABEDL Teil 2 „Soziale Beziehungen sichern und gestalten und dabei mit existenziellen Erfahrungen umgehen zu können“

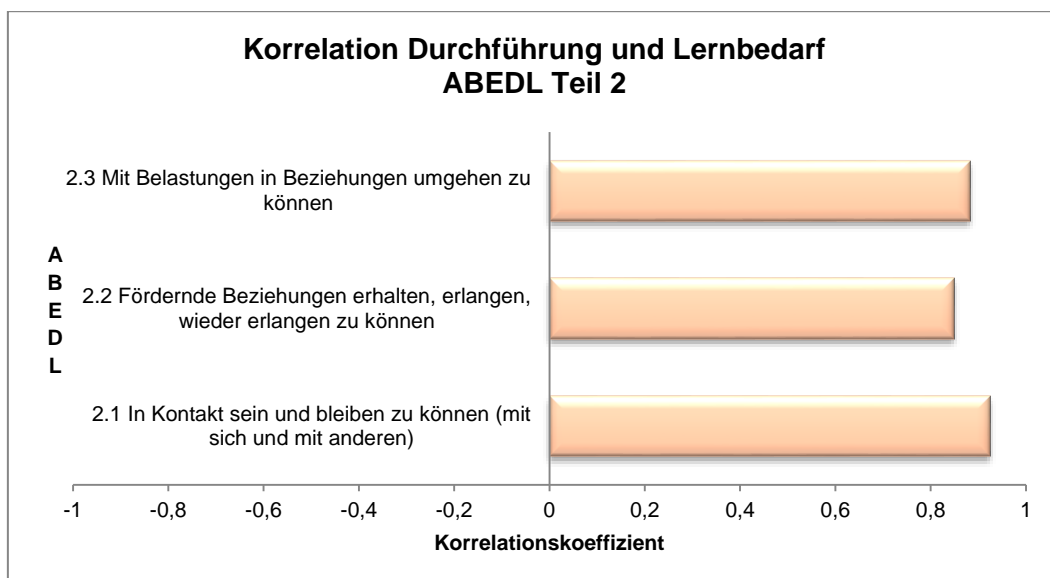


Abbildung 5.3.28: Zusammenhang zwischen Durchführung und Lernbedarf der ABEDL Kategorien Teil 2 „Soziale Beziehungen sichern und gestalten und dabei mit existenziellen Erfahrungen umgehen zu können“

Es besteht ein positiver Zusammenhang in ABEDL Teil 2, „Soziale Beziehungen sichern und gestalten und dabei mit existenziellen Erfahrungen umgehen zu können“ (s. Abb. 5.3.28). Dies bedeutet, die Durchführung von Tätigkeiten dieser Kategorie ist mit einem Lernbedarf verbunden.

### 5.3.6.3 Korrelationen zwischen Durchführung und Lernbedarf in ABEDL Teil 3 „Mit existenziellen Erfahrungen umgehen und sich dabei entwickeln zu können“:

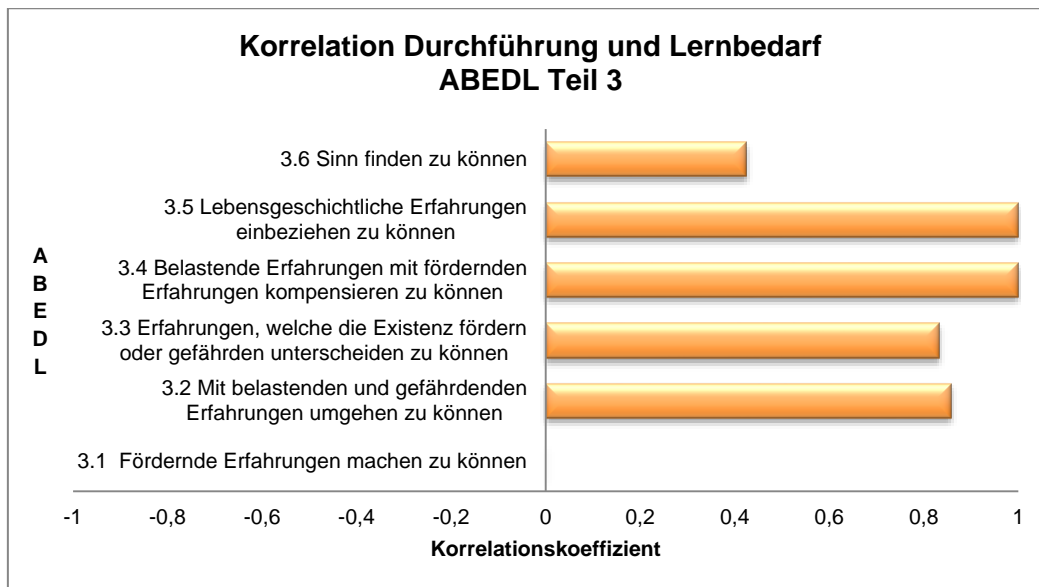


Abbildung 5.3.29: Zusammenhang zwischen Durchführung und Lernbedarf der ABEDL Kategorien Teil 3 „Mit existenziellen Erfahrungen umgehen und sich dabei entwickeln zu können“

Es besteht ein positiver Zusammenhang in ABEDL Teil 3, d. h. die Durchführung einer Tätigkeit ist mit einem Lernbedarf verbunden (s. Abb. 5.3.29). Für die ABEDL-Kategorie 3.4 „Belastende Erfahrungen mit fördernden Erfahrungen kompensieren zu können“ und 3.5 „Lebensgeschichtliche Erfahrungen mit einbeziehen zu können“, besteht ein positiver Zusammenhang mit einem hohen Ausprägungsgrad. In diesen beiden Kategorien ist keine Durchführung für Servicepersonal vorgesehen und demnach auch kein Lernbedarf erforderlich.

### 5.3.6.4 Korrelationen in einer Gesamtübersicht

Die Korrelationen zwischen Durchführung und Lernbedarf in sämtlichen ABEDL Kategorien von Teil 1, Teil 2 und Teil 3 zusammenfassend dargestellt (s. Abb. 5.3.30):

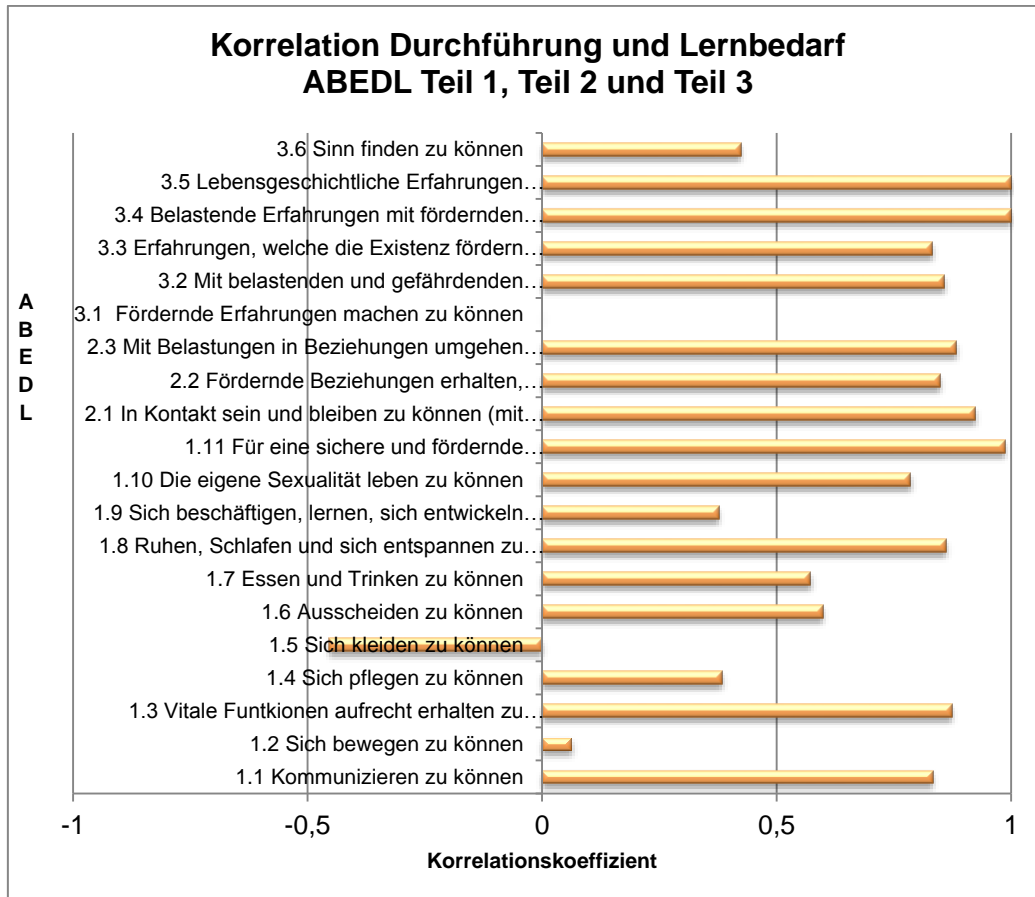


Abbildung 5.3.30: Zusammenhang zwischen Durchführung und Lernbedarf der ABEDL Kategorien in Teil 1, Teil 2 und Teil 3

### **5.3.7 Zusammenfassung**

Aus den Interviews nach dem ABEDL – Strukturmodell lassen sich definierte Tätigkeiten für Servicepersonal generieren. Hierbei besteht grundsätzlich ein Lernbedarf, außer bei der Kategorie „sich kleiden zu können“, eine Kompetenz, die als Phänomen der Selbstpflege und Laienpflege bei den Personen vorausgesetzt wird.

Die, der Untersuchung vorangestellten Hypothesen, sind in 18 ABEDL-kategorien bestätigt. 50% der befragten Pflegeexperten (n = 16, Mittelwert = 8) sind der Meinung, dass bestimmte Tätigkeiten innerhalb der ABEDL-Kategorien von Servicepersonal durchführbar sind. In zwei ABEDL-Kategorien sind 50% der Pflegeexperten der Meinung, dass bestimmte Tätigkeiten nicht von Servicepersonal durchgeführt werden sollen.

Für die durchführbaren Tätigkeiten besteht, trotz etwaiger beruflicher Erfahrungen im Hotel- und Gastronomiewesen oder als medizinische Fachangestellte, ein signifikanter Lernbedarf für Servicepersonal auf pflegerischen Stationen im Krankenhaus. Das Handlungsfeld für die Tätigkeiten hat sich geändert.

Die durchführbaren Tätigkeiten, welche einen weniger signifikanten Lernbedarf für Servicepersonal erfordern, sind durch das Phänomen der Laienpflege als Kompetenz vorauszusetzen. So werden bestimmte Kompetenzen, insbesondere im Rahmen der ABEDL 1,5 „Sich kleiden zu können“, bereits vorausgesetzt.

Die Pflegeexperten sehen eine Unterstützung der Pflegenden in den ABEDL-Bereichen in unterschiedlicher Ausprägung. Einige pflegefachspezifische Tätigkeiten, insbesondere in der ABEDL Kategorien 1.4 „Sich pflegen zu können“, 3.4 „Belastende Erfahrungen mit fördernden Erfahrungen kompensieren zu können“ und 3.5 „Lebensgeschichtliche Erfahrungen mit einbeziehen zu können“, bleiben den professionell Pflegenden vorbehalten.

### **5.4 Ausblicke der Untersuchung Delphi 1 und Delphi 2**

Ausgehend von den „Kompetenzen“ der pflegebedürftigen Personen im Modell nach Krohwinkel<sup>5,26</sup>, ist es nach Meinung der Pflegeexperten möglich, dass Servicepersonal bestimmte Tätigkeiten durchführt, um

---

<sup>5,26</sup> (Krohwinkel M. , 2010; Krohwinkel, 2008)

Fähigkeiten und Ressourcen der Menschen, die sie **nicht selbst einsetzen können**, zu kompensieren.

Servicepersonal ist in der Lage, Pflegepersonal durch definierte Tätigkeiten zu unterstützen.

Ein Lernbedarf kann durch eine Schulungsmaßnahme für Servicepersonal in der stationären Pflege gedeckt werden.

Die Entwicklung eines situativen, tätigkeitsbezogenen Anforderungsprofils (STAP) bildet die Grundlage für eine derartige Schulungsmaßnahme.

Die Betriebspädagogen in den Unternehmen, hier in Krankenhäusern, begleiten auf der Basis eines STAP eine Schulungsmaßnahme für Servicepersonal.

Die Forschungsfrage: **„Inwieweit ist nach Meinung von Experten in der stationären Pflege ein Einsatz von Servicepersonal notwendig, das in der Lage ist, durch definierte Tätigkeiten und Anforderungen Pflegepersonal zu unterstützen?“** ist damit beantwortet.

---

## **6. Situatives, tätigkeitsbezogenes Anforderungsprofil für Servicepersonal in der stationären Pflege**

Nach den Ergebnissen der Delphi Befragung meinen Pflegeexperten, daß bestimmte Tätigkeiten aus dem ursprünglichen Tätigkeitsfeld von Pflegepersonen auf Servicepersonal übertragbar sind.

Die Tätigkeiten von Servicepersonal erfordern Handlungskompetenzen und spezielle Anforderungen im Setting der stationären Pflege. In der alltäglichen Lebenswirklichkeit von Servicepersonal ergeben sich Situationen, die problematisch sein können und Fragen aufwerfen. Ein Anforderungsprofil setzt mit Fragen bei den tatsächlichen Tätigkeiten von Servicepersonal an. Innerhalb der vier Kompetenzen werden für jede Tätigkeit Fragen formuliert. Dabei sollen beim Servicepersonal tiefgreifende, ganzheitliche Lernprozesse ausgelöst und Handlungskompetenzen verinnerlicht werden. Die Betroffenen erhalten eine Vorgabe, indem sie Antworten zu den Fragen finden, die wiederum zeigen, über welche Kompetenzen eine Serviceperson zur Ausübung der Tätigkeiten in der stationären Pflege verfügen muss. Das Anforderungsprofil bildet eine Grundlage für eine Schulungsmaßnahme für Servicepersonal, um den Lernbedarf zu decken. Das ABEDL – Strukturmodell dient als ein Leitfaden, um ein Anforderungsprofil in Verbindung mit einem Handlungskompetenzmodell zu entwickeln.

Die Tätigkeiten sind nach der ABEDL Struktur gegliedert. In 18 ABEDL-Kategorien sind 50% der befragten Pflegeexperten, (n = 16, Mittelwert = 8), der Meinung, dass bestimmte Tätigkeiten innerhalb der ABEDL-Kategorien von Servicepersonal durchführbar sind. In zwei ABEDL-Kategorien sind 50% der Pflegeexperten der Meinung, dass bestimmte Tätigkeiten nicht von Servicepersonal durchgeführt werden sollen.

Die Befragung zeigte, daß der ABEDL Teil 1, Aktivitäten des Lebens realisieren und hierbei mit existenziellen Erfahrungen umgehen zu können, vorwiegend die Tätigkeiten der Zielgruppe betrifft. Hier ist jede einzelne Kategorie durch Anforderungen gekennzeichnet. Der ABEDL Teil 2, soziale Bereiche sichern und gestalten und dabei mit existenziellen Erfahrungen umgehen zu können, ist ebenfalls in jeder einzelnen

Kategorie ausgearbeitet. In ABEDL Teil 3, mit existenziellen Erfahrungen umgehen und sich dabei entwickeln zu können, fehlen die Kategorien 3.4 „Belastende Erfahrungen mit fördernden Erfahrungen kompensieren zu können“ und 3.5 „Lebensgeschichtliche Erfahrungen mit einbeziehen zu können“. Sie stellen kein Tätigkeitsfeld für Servicepersonal dar.

Es ergeben sich demnach 18 Tätigkeiten, (s. Abb. 6.1), für Servicepersonal, welche in Form von Fragen in einem situativen, tätigkeitsbezogenem Anforderungsprofil, verbunden mit dem Handlungskompetenzmodell, beschrieben werden. ABEDL Teil 2 und ABEDL Teil 3 sind dabei zusammengefasst im Anforderungsprofil dargestellt.

<b>Aktivitäten, Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des Lebens (ABEDL)</b>
<b>ABEDL Teil 1</b> <b>Aktivitäten des Lebens zu realisieren und hierbei mit existenziellen Erfahrungen umgehen zu können</b> 1.1 Kommunizieren zu können 1.2 Sich bewegen können 1.3 Vitale Funktionen aufrecht erhalten zu können 1.4 Sich pflegen zu können 1.5 Sich kleiden zu können 1.6 Ausscheiden zu können 1.7 Essen und Trinken zu können 1.8 Ruhen schlafen und sich entspannen zu können 1.9 Sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln zu können 1.10 Die eigene Sexualität leben zu können 1.11 Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen zu können
<b>ABEDL Teil 2</b> <b>Soziale Kontakte, Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten und dabei mit existenziellen Erfahrungen umgehen zu können:</b> 2.1 Im Kontakt sein und bleiben zu können (mit sich und anderen) 2.2 Fördernde Beziehungen erhalten, erlangen, wieder erlangen zu können 2.3 Mit Belastungen in Beziehungen umgehen zu können
<b>ABEDL Teil 3</b> <b>Mit existenziellen Erfahrungen umgehen und sich hierbei entwickeln zu können:</b> 3.1 Fördernde Erfahrungen machen zu können 3.2 Mit belastenden und gefährdenden Erfahrungen umgehen zu können 3.3 Erfahrungen, welche die Existenz fördern oder gefährden unterscheiden zu können 3.6 Sinn finden zu können

Abbildung 6.1: 18 Tätigkeiten des Anforderungsprofils für Servicepersonal in der stationären Pflege nach dem ABEDL-Strukturmodell von Krohwinkel



6.1 ABEDL Teil 1			
6.1.1 Der Mensch benötigt Fähigkeiten und Ressourcen um kommunizieren zu können.			
Anforderungen an eine Servicekraft in der stationären Pflege in den Kompetenzbereichen um pflegebedürftige Menschen bei der Tätigkeit <b>kommunizieren zu können</b> , zu unterstützen.			
Persönliche Kompetenz	Soziale Kompetenz	Methodenkompetenz	Fachkompetenz
Inwieweit bin ich davon überzeugt, dass kommunizieren zu können eine Aktivität des täglichen Lebens ist?	Wie finde ich heraus, welche Kommunikationstechniken die Patienten und das kollegiale Team nutzen?	Wie gehe ich vor, um mit Patienten und dem kollegialen Team zu kommunizieren zu können?	Welche theoretischen Konzepte von Kommunikation gibt es um in meinem Tätigkeitsfeld kommunizieren zu können?
Inwieweit bestimmen Kommunikationsregeln und Wertschätzung gegenüber den Personen in meinem Tätigkeitsfeld?	Wie kommuniziere ich mit den Personen in meinem Tätigkeitsfeld regelgeleitet und wertschätzend?	Wie gestalte ich die Kommunikation und den Informationsaustausch mit Patienten und kollegialem Team?	Welche Formen der Kommunikation und des Informationsaustausches kommen im Rahmen meiner Tätigkeit vor?
Inwieweit unterstütze ich die Patienten vorbildlich, um sich in Raum und Zeit orientieren zu können?	Wie finde ich heraus, welche Unterstützung Patienten benötigen, um sich in Raum und Zeit orientierten zu können?	Wie unterstütze ich Patienten, um sich in Raum und Zeit orientieren zu können?	Welches Wissen über Orientierung in Raum und Zeit ist erforderlich, um Patienten unterstützen zu können?
Inwieweit bestimmt meine Identifikation mit dem kollegialen Team mein kommunikatives Handeln?	Wie erkenne ich Kommunikationsstörungen im kollegialen Team?	Wie gehe vor, wenn Kommunikationsstörungen im kollegialem Team auftreten?	Welche Kommunikationsstörungen können im kollegialen Team vorkommen?
Inwieweit leitet ein professionelles Pflegeverständnis mein kommunikatives Handeln mit den Patienten?	Wie erkenne ich Kommunikationsstörungen bei Patienten im Rahmen einer Gesundheitsstörung?	Wie gehe ich vor, um mit Patienten gemäß ihrer individuellen Gesundheitsstörung kommunizieren zu können?	Welches Wissen über Kommunikationsstörungen bei gesundheitlichen Einschränkungen ist erforderlich um mit Patienten kommunizieren zu können?

6.1 ABEDL Teil 1			
6.1.2 Der Mensch benötigt Fähigkeiten und Ressourcen sowie eine sichere und fördernde Umgebung um sich bewegen zu können.			
Anforderungen an eine Servicekraft in der stationären Pflege in den Kompetenzbereichen um pflegebedürftige Menschen bei der Tätigkeit <b>sich bewegen zu können</b> , zu unterstützen.			
Persönliche Kompetenz	Soziale Kompetenz	Methodenkompetenz	Fachkompetenz
Inwieweit bin ich mir bewusst, dass eine sichere Umgebung bzw. hindernisfreie Umgebung die Voraussetzung dafür ist, dass der Mensch sich keine Verletzungen zuführt und dadurch der Genesungserfolg verzögert wird?	Wie finde ich heraus, welche Faktoren eine sichere Bewegung des Patienten gewährleisten?	Wie gestalte ich eine sichere und hindernisfreie Umgebung für den bewegungseingeschränkten Patienten?	Welches theoretische Wissen über Bewegung und Bewegungseinschränkungen ist für mein Tätigkeitsfeld erforderlich?
Inwieweit ist mir bewusst, dass Bewegung für Menschen Unabhängigkeit und Freiheit bedeutet?	Wie motiviere ich Menschen zu einem gesundheitsfördernden Bewegungsverhalten?	Wie unterstütze ich die individuellen Bewegungsmöglichkeiten der Patienten?	Welches Wissen über die Verbesserung und Stabilisierung der Beweglichkeit ist für mein Tätigkeitsfeld erforderlich?
Inwieweit bin ich mir bewusst, dass mein eigenes, sicheres Bewegungsverhalten für Sicherheit des Patienten beeinflusst?	Wie vermittele ich durch mein Verhalten eine sichere Bewegung für die Patienten?	Wie gehe ich vor, um Patienten zu einer sicheren Bewegung anzuleiten?	Welches Wissen über Risiken von Bewegungseinschränkungen ist für mein Tätigkeitsfeld erforderlich?

6.1 ABEDL Teil 1			
6.1.3 Der Mensch benötigt Fähigkeiten und Ressourcen sowie eine sichere und fördernde Umgebung um vitale Funktionen aufrecht erhalten zu können			
Anforderungen an eine Servicekraft in der stationären Pflege in den Kompetenzbereichen um pflegebedürftige Menschen bei der Tätigkeit <b>vitale Funktionen aufrechterhalten zu können</b> , zu unterstützen.			
Persönliche Kompetenz	Soziale Kompetenz	Methodenkompetenz	Fachkompetenz
Inwieweit bin ich mir über die lebensbedrohliche Situation eines Menschen bewusst?	Wie nehme ich eine lebensbedrohliche Situation eines Menschen wahr?	Wie stelle ich eine lebensbedrohliche Situation fest?	Welches theoretische Wissen über vitale Funktionen ist in mein Tätigkeitsfeld erforderlich?
Welche Bedeutung hat die Rettung eines Menschenlebens für mich?	Wie kommuniziere ich mit Menschen in einer bedrohlichen Situation?	Wie erhebe ich die Messwerte der vitalen Funktionen und wie wende ich die Messgeräte sicher an?	Welche Messwerte werden erfasst, wie unterscheide ich Normwerte und lebensbedrohliche Abweichungen der vitalen Funktionen?
Bin ich mir darüber im Klaren, daß eine exakte Informationsweitergabe zum Erfolg von Wiederbelebensmaßnahmen beiträgt?	Wie leite ich erforderlichen Informationen über den Notfall an das Team weiter?	Wie setze ich eine Notfallalarmierung um?	Welche Informationen muss eine Notfallalarmierung beinhalten?
Welche Bedeutung hat eine erfolglose Wiederbelebung für mich, für den betroffenen Menschen und das beteiligte Team?	Wie kommuniziere ich innerhalb des Behandlungsteams um einen Misserfolg sachlich und emotional professionell zu verarbeiten?	Wie gehe ich vor, um die Situation darzustellen und verarbeiten zu können?	Welches Wissen ist für die Reflektion einer Misserfolgssituation erforderlich?
Welche Leitlinien bestimmen mein Handeln in Notfallsituationen?	Wie unterstütze ich das Notfallteam in einer Wiederbelebungssituation?	Wie wende ich die Wiederbelebensmaßnahmen gemäß den Leitlinien korrekt an?	Welches theoretische und praktische Wissen über die Wiederbelebensmaßnahmen ist erforderlich?

6.1 ABEDL Teil 1			
6.1.4 Der Mensch benötigt Fähigkeiten und Ressourcen sowie eine sichere und fördernde Umgebung um sich pflegen zu können			
Anforderungen an eine Servicekraft in der stationären Pflege in den Kompetenzbereichen um pflegebedürftige Menschen bei der Tätigkeit <b>um sich pflegen zu können</b> , zu unterstützen.			
Persönliche Kompetenz	Soziale Kompetenz	Methodenkompetenz	Fachkompetenz
Inwieweit bin ich davon überzeugt dass eine gesunde Körperpflege zum Wohlbefinden des Menschen beiträgt?	Wie kommuniziere ich mit den Menschen über gesundes Körperpflegeverhalten?	Wie unterstütze ich Menschen bei verschiedenen Arten der Körperpflege?	Welches theoretische und praktische Wissen über Körperpflege ist erforderlich?
Welche Bedeutung hat Körperpflege für mich und bestimmt meine Lebensführung?	Wie motiviere ich die Patienten zu einer angemessenen Körperpflege?	Wie erhalte ich die gesunde Funktion von Haut, Haaren und Nägel?	Welches Wissen über die Funktionen von intakter Haut, Haare und Nägel ist erforderlich?
Inwieweit bin ich mir der Bedeutung eigener Hilfsmittel/Pflegemittel für die Ressourcenförderung bewusst?	Wie finde ich heraus, welche Gewohnheiten die Person bezüglich ihrer Körperpflege hat?	Wie wende ich Hilfsmittel/Pflegemittel entsprechend der individuellen Hautbeschaffenheit bzw. Hautveränderungen an?	Welche Hautveränderungen können vorkommen und wie wirken diese sich auf die Körperpflege aus?
Welche Bedeutung hat für mich die Intimsphäre bei der Körperpflege?	Wie finde ich heraus, durch welches Verhalten die Intimsphäre einer Person gestört wird?	Wie gestalte ich eine angemessene Atmosphäre bei der Körperpflege, um Intimsphäre zu berücksichtigen?	Welche eigenen und fremden Emotionen können bei der Körperpflege eine Rolle spielen?
Inwieweit ist mir bewusst, dass mein hygienisches Verhalten im Rahmen der Körperpflege eine Vorbildfunktion darstellt?	Wie vermittele ich hygienisches Verhalten bei der Körperpflege?	Wie unterstütze die Personen ich bei Körperpflege hygienisch korrekt?	Welche hygienischen Anforderungen sind bei der Körperpflege maßgeblich?

6.1 ABEDL Teil 1			
6.1.5 Der Mensch benötigt Fähigkeiten und Ressourcen sowie eine sichere und fördernde Umgebung um sich kleiden zu können			
Anforderungen an eine Servicekraft in der stationären Pflege in den Kompetenzbereichen um pflegebedürftige Menschen bei der Tätigkeit <b>sich kleiden zu können</b> , zu unterstützen.			
Persönliche Kompetenz	Soziale Kompetenz	Methodenkompetenz	Fachkompetenz
Inwieweit bin ich davon überzeugt, dass angemessene Kleidung mein eigenes Erscheinungsbild und das Erscheinungsbild des zu Pflegenden prägt?	Wie vermittele ich den zu pflegenden Personen und Bezugspersonen, welche Kleidung im Krankenhaus angemessen ist?	Wie unterstütze ich die zu pflegenden Personen beim Ankleiden und Auskleiden?	Welche Art und welcher Bedarf an Kleidung sind in einem Krankenhaus angemessen?
Inwieweit bin ich bereit, verbindliche Kleiderregeln für Mitarbeiter im Krankenhaus einzuhalten?	Wie vermittele ich Mitarbeitern, die Kleiderregeln im Krankenhaus einzuhalten?	Wie setze ich die Einhaltung von Kleiderregeln bei Mitarbeitern um?	Welche Kleiderregeln bestehen für Mitarbeiter?
Inwieweit bin ich davon überzeugt, dass personenbezogene Kleidung in das Krankenhaus mitgebracht werden kann?	Wie erläutere ich die Aufbewahrungsmöglichkeiten von personenbezogener Kleidung im Krankenzimmer?	Wie wird personenbezogene Kleidung im Krankenzimmer aufbewahrt?	Welche Möglichkeiten gibt es, um personenbezogene Kleidung aufzubewahren?
Inwieweit bin ich mir bewusst, dass saubere, Kleidung einen Beitrag zur Hygiene im Krankenhaus darstellt?	Wie vermittele ich zu pflegenden Personen und ihren Bezugspersonen, dass verunreinigte Kleidung einer Reinigung zuzuführen ist?	Wie gehe ich hygienisch korrekt mit verunreinigter Wäsche/Kleidung um?	Welche Möglichkeiten stehen mir im hygienischen Umgang mit verunreinigter Wäsche/Kleidung zur Verfügung?

6.1 ABEDL Teil 1			
6.1.6 Der Mensch benötigt Fähigkeiten und Ressourcen sowie eine sichere und fördernde Umgebung um ausscheiden zu können			
Anforderungen an eine Servicekraft in der stationären Pflege in den Kompetenzbereichen um pflegebedürftige Menschen bei der Tätigkeit <b>ausscheiden zu können</b> , zu unterstützen.			
Persönliche Kompetenz	Soziale Kompetenz	Methodenkompetenz	Fachkompetenz
Welche Bedeutung hat eine regelmäßige und normal funktionierende Ausscheidung für die Menschen?	Wie kommuniziere ich angemessen über Ausscheidungsvorgänge der Patienten?	Wie erkenne ich normale Ausscheidungen?	Welche Ausscheidungsvorgänge sind relevant für die Patienten Klientel der Station?
Inwieweit ist eine abweichende Ausscheidung eine Belastung für die Menschen?	Wie teile ich abweichende Ausscheidungen dem Pflegepersonal mit?	Wie unterscheide ich abweichende von normalen Ausscheidungen?	Was zählt zu den normalen Ausscheidungen und welche Abweichungen der normalen Ausscheidung kommen vor?
Inwieweit ist mir bewusst, was die Anwendung von Hilfsmitteln zur Ausscheidung für die Patienten bedeuten kann?	Wie informiere ich über die Hilfsmittel?	Wie wende ich die zur Verfügung stehenden Hilfsmittel an?	Welche Hilfsmittel zur Ausscheidung stehen der Patienten Klientel der Station zur Verfügung?
Welche Bedeutung hat eine ausreichende Bestückung mit Hilfsmitteln für eine optimale Patientenversorgung?	Wie kommuniziere ich einen Bedarf von Hilfsmitteln zur Ausscheidung?	Wie und in welcher Anzahl werden die Inkontinenzhilfsmittel bevorratet?	Welche Auswahl von Hilfsmitteln werden bevorratet und wie erfolgt die Bestellung?

<b>6.1 ABEDL Teil 1</b>			
6.1.6 Der Mensch benötigt Fähigkeiten und Ressourcen sowie eine sichere und fördernde Umgebung um ausscheiden zu können			
Anforderungen an eine Servicekraft in der stationären Pflege in den Kompetenzbereichen um pflegebedürftige Menschen bei der Tätigkeit <b>ausscheiden zu können</b> , zu unterstützen.			
Persönliche Kompetenz	Soziale Kompetenz	Methodenkompetenz	Fachkompetenz
Inwieweit bin ich mir bewusst, dass ein hygienischer Umgang mit Ausscheidungen und die dazugehörigen Schutzmaßnahmen das Bedürfnis nach Sauberkeit und Wohlbefinden von Patienten und Personal positiv beeinflusst?	Wie vermittele ich die Anwendung von hygienischen Standards und Schutzmaßnahmen?	Wie gehe ich bei der Entsorgung von Ausscheidungen nach hygienischen Standards und Schutzmaßnahmen vor?	Welche hygienischen Standards und Schutzmaßnahmen gelten für das Personal?
Welche Bedeutung haben Ekelgefühle und Schamgefühle für mich selbst, Mitarbeiter und Patienten?	Wie kommuniziere ich Ekelgefühle und Schamgefühle verbal und nonverbal gegenüber den Personen angemessen?	Wie gehe ich mit Ekelgefühl und Schamgefühl um?	Was verstehe ich unter Ekelgefühl und Schamgefühl?

6.1 ABEDL Teil 1			
6.1.7 Der Mensch benötigt Fähigkeiten und Ressourcen sowie eine sichere und fördernde Umgebung um essen und trinken zu können			
Anforderungen an eine Servicekraft in der stationären Pflege in den Kompetenzbereichen um pflegebedürftige Menschen bei der Tätigkeit <b>essen und trinken zu können</b> , zu unterstützen.			
Persönliche Kompetenz	Soziale Kompetenz	Methodenkompetenz	Fachkompetenz
Inwieweit ist mir bewusst, dass Essen und Trinken ein Grundbedürfnis der Menschen darstellt?	Wie finde ich heraus, welche Gewohnheiten bei den Patienten vorliegen?	Wie können Gewohnheiten der Patienten erfasst werden?	Welche Gewohnheiten beim Essen und Trinken können bei Personen differenziert werden?
Inwieweit bin ich mir bewusst, dass Speiserversorgung im Krankenhaus ein Qualitätsmerkmal darstellt?	Wie kommuniziere ich mit den Patienten über das Angebot der Kostformen und Speisen?	Wie finde ich heraus, welche Kostformen angeboten werden?	Welche Kostformen und Speisen werden im Krankenhaus angeboten?
Welche Bedeutung hat eine physiologische Nahrungsaufnahme für mich und für die Patienten?	Wie finde ich heraus welche Bedeutung eine physiologische Nahrungsaufnahme für den Patienten hat?	Wie kann eine physiologische Aufnahme von Speisen und Getränken erfolgen?	Welches theoretische Wissen über die Nahrungsaufnahme ist für meine Tätigkeit relevant?
Welche Bedeutung hat eine Störung der Nahrungsaufnahme für mich und für die Patienten?	Wie finde ich heraus, welche Störungen der Nahrungsaufnahme bei den Patienten vorliegt?	Wie gehe ich vor, wenn eine Störung der Nahrungsaufnahme bei den Patienten vorliegt?	Welches theoretische Wissen über Störungen der Nahrungsaufnahme ist für meine Tätigkeit relevant?
Welche Bedeutung hat eine reibungslose Speiserversorgung für den Arbeitsablauf der Station und für den Patienten?	Wie kommuniziere ich im Rahmen der Bestellung der Speisen mit den Patienten und Mitarbeitern?		Wie erfolgt das Bestellen, Servieren und Abservieren der Speisen?



6.1 ABEDL Teil 1			
6.1.7 Der Mensch benötigt Fähigkeiten und Ressourcen sowie eine sichere und fördernde Umgebung um essen und trinken zu können			
Anforderungen an eine Servicekraft in der stationären Pflege in den Kompetenzbereichen um pflegebedürftige Menschen bei der Tätigkeit <b>essen und trinken zu können</b> , zu unterstützen.			
Persönliche Kompetenz	Soziale Kompetenz	Methodenkompetenz	Fachkompetenz
Inwieweit bin ich davon überzeugt, dass ein angemessenes Servieren und Anreichen der Speisen und Getränke das Wohlbefinden fördert?	Wie kommuniziere ich beim Servieren und Anreichen der Speisen mit den Patienten?	Wie gestalte ich das Servieren und Anreichen der Speisen?	Welche Arten des Servierens und Anreichens von Speisen sind im Krankenhaus möglich?
Inwieweit ist mir bewusst, dass eine selbständige Versorgung mit Essen und Trinken eine Unterstützung und Wiederherstellung der Selbstpflege bedeutet?	Wie kommuniziere ich mit den Patienten und Bezugspersonen über das Angebot der Selbstbedienung im Aufenthaltsraum der Station?	Wie präsentiere ich das Selbstbedienungsangebot im Aufenthaltsraum der Station?	Welche Speisen und Getränke stehen zur Selbstbedienung im Aufenthaltsraum der Station zur Verfügung?
Inwieweit beziehe ich hygienische Regeln im Umgang mit Lebensmitteln in meine Tätigkeit mit ein?	Wie vermittele ich den hygienischen Umgang mit Lebensmitteln?	Wie gehe ich vor, um die Lebensmittelhygiene einzuhalten?	Welche Kenntnisse über Lebensmittelhygiene sind für meine Tätigkeit erforderlich?

6.1 ABEDL Teil 1			
Der Mensch benötigt Fähigkeiten und Ressourcen sowie eine sichere und fördernde Umgebung um ruhen; schlafen und sich entspannen zu können			
Anforderungen an eine Servicekraft in der stationären Pflege in den Kompetenzbereichen um pflegebedürftige Menschen bei der Tätigkeit <b>ruhen; schlafen und sich entspannen zu können</b> , zu unterstützen.			
Persönliche Kompetenz	Soziale Kompetenz	Methodenkompetenz	Fachkompetenz
Inwieweit bin ich davon überzeugt, dass das Krankenhausbett bedeutsam für Patienten ist, um ruhen, schlafen und sich entspannen zu können?	Wie finde ich heraus, welche Bedienungsmöglichkeiten ein Krankenhausbett beinhaltet?	Wie schaffe ich es, ein Krankenhausbett patientenorientiert zu bedienen?	Welche Funktionen hat ein Krankenhausbett?
Inwieweit ist mir bewusst, dass Kissen, Decken, Wäsche das Wohlbefinden des Patienten fördern?	Wie finde ich den Bedarf für den Patienten heraus und kommuniziere die Bestellung von Kissen, Decken und Wäsche?	Wie gehe ich bei der Bereitstellung von Kissen, Decken und Wäsche vor?	Welche Arten von Kissen, Decken und Wäsche stehen in einem Krankenhaus zur Verfügung und welche Funktionen erfüllen sie?
Inwieweit beziehe ich die Ressourcen der Patienten vor, während und nach dem Wäschewechsel ein?	Wie kommuniziere ich mit dem Pflegepersonal und dem Patienten vor, während und nach einem Wäschewechsel?	Wie gestalte ich gemeinsam mit dem Pflegepersonal den Wäschewechsel des Bettes?	Welches theoretische Wissen über Wäschewechsel in einem Krankenhausbett ist für meine Tätigkeit erforderlich?
Inwieweit ist es für mich von herausragender Bedeutung, dass jeder Patient ein gereinigtes, frischbezogenes Bett bekommt?	Wie kommuniziere ich mit Mitarbeitern und Patienten über diesen hygienischen Kommittenten?	Wie erfolgt die hygienische Aufbereitung des Bettes?	Welches Hygienewissen ist für meine Tätigkeit erforderlich?

6.1 ABEDL Teil 1			
Der Mensch benötigt Fähigkeiten und Ressourcen sowie eine sichere und fördernde Umgebung um ruhen; schlafen und sich entspannen zu können			
Anforderungen an eine Servicekraft in der stationären Pflege in den Kompetenzbereichen um pflegebedürftige Menschen bei der Tätigkeit <b>ruhen; schlafen und sich entspannen zu können</b> , zu unterstützen.			
Persönliche Kompetenz	Soziale Kompetenz	Methodenkompetenz	Fachkompetenz
Inwieweit bin ich mir darüber im Klaren, dass die Wäschesortierung für die Logistik der Großwäscherei eine Unterstützung darstellt?	Wie vermittele ich den Mitarbeitern die Sortierung und den Wechsel der Behälter?	Wie setze ich die Wäschesortierung für die Wäscherei, der Wechsel der Wäschebehälter um?	Welcher Möglichkeit gibt es, um die Wäsche zu sortieren und Wäschebehälter zu wechseln?
Inwieweit bin ich davon überzeugt, dass für jeden Patient bei der Aufnahme ein Bett bereitgestellt wird?	Wie informiere ich mich im Team über eine Patientenaufnahme?	Wie erfolgt die Bereitstellung des Bettes bei einer Patientenaufnahme?	Welches Bett muss zu einer Patientenaufnahme bereitgestellt werden?
Welche Bedeutung hat für mich der hygienische Umgang mit gebrauchter/verschmutzter Bettwäsche für die Minderung des Infektionsrisikos?	Wie verhalte ich mich im Umgang mit gebrauchter/verschmutzter Wäsche einwandfrei?	Wie erfolgt der hygienische Umgang mit gebrauchter/verschmutzter Wäsche?	Welche speziellen hygienischen Standards bestimmen den Umgang mit gebrauchter/verschmutzter Wäsche?

6.1 ABEDL Teil 1			
6.1.9 Der Mensch benötigt Fähigkeiten und Ressourcen sowie eine sichere und fördernde Umgebung um sich beschäftigen; lernen; sich entwickeln zu können			
Anforderungen an eine Servicekraft in der stationären Pflege in den Kompetenzbereichen um pflegebedürftige Menschen bei der Tätigkeit <b>beschäftigen; lernen, sich entwickeln zu können</b> , zu unterstützen.			
Persönliche Kompetenz	Soziale Kompetenz	Methodenkompetenz	Fachkompetenz
Inwieweit bin ich davon überzeugt, dass sich Patienten durch beschäftigen und lernen in ihrer Krankheitssituation positiv entwickeln und somit Wohlbefinden erzielen können?	Wie unterstütze ich die Motivation der Patienten zur Nutzung des jeweiligen Angebots?	Wie begleite ich den Patienten in dem jeweiligen Angebot?	Welche Beschäftigungs- und Lernangebote stehen dem Patienten im Krankenhaus zur Verfügung?
Inwieweit ist mir bewusst, dass Bezugspersonen eine wesentliche Ressource für den Patienten darstellen?	Wie kommuniziere ich und verhalte mich angemessen gegenüber Bezugspersonen und Berufsgruppen?	Wie finde ich heraus, welche Personen in einer Beziehung (therapeutisch oder privat) zum Patienten stehen?	Welches Wissen über Berufsgruppen, Angehörige und weitere Personen, die einen Bezug zum Patienten haben ist relevant?

6.1 ABEDL Teil 1			
6.1.10 Der Mensch benötigt Fähigkeiten und Ressourcen sowie eine sichere und fördernde Umgebung um die eigene Sexualität leben zu können			
Anforderungen an eine Servicekraft in der stationären Pflege in den Kompetenzbereichen um pflegebedürftige Menschen bei der Tätigkeit <b>die eigene Sexualität leben zu können</b> , zu unterstützen.			
Persönliche Kompetenz	Soziale Kompetenz	Methodenkompetenz	Fachkompetenz
Inwieweit ist für mich selbst ein angemessenes Verhältnis von Nähe und Distanz bedeutsam?	Wie kommuniziere und verhalte mich angemessen bezüglich der Nähe und Distanz mit den Patienten?	Wie gehe ich vor, um eine angemessene Nähe und Distanz bei den einzelnen Patienten zeigen zu können?	Welche theoretischen Konzepte von Nähe und Distanz sind für meine Tätigkeit relevant?
Inwieweit bin ich mir darüber im Klaren, dass im Krankenhaus Distanzzonen oft unberücksichtigt bleiben?	Wie äußere ich mich zu Situationen, in denen Nähe und Distanz gestört sind?	Wie erkenne ich Situationen, in denen Nähe und Distanz gestört sind?	In welchen Situationen werden Distanzzonen bei den Patienten unterschritten?
Inwieweit ist mir bewusst, dass Beziehungen zwischen Personen akzeptiert und respektiert werden sollen?	Wie kommuniziere und verhalte mich angemessen bezüglich der Nähe und Distanz bei den Bezugspersonen?	Wie finde ich heraus, welche Personen eine nahe oder distanzierte Beziehung zu dem Patienten leben?	Welche Arten von Beziehungen können sich zwischen dem Patienten und Mitpatienten, Bewohnern und anderen Bezugspersonen entwickeln?

<b>6.1 ABEDL Teil 1</b>			
6.1.11 Der Mensch benötigt Fähigkeiten und Ressourcen sowie eine sichere und fördernde Umgebung um für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen zu können			
Anforderungen an eine Servicekraft in der stationären Pflege in den Kompetenzbereichen um pflegebedürftige Menschen bei der Tätigkeit <b>für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen zu können</b> , zu unterstützen.			
Persönliche Kompetenz	Soziale Kompetenz	Methodenkompetenz	Fachkompetenz
Inwieweit ist mir bewusst, dass die Einhaltung des Hygieneplans den Patienten und mich selbst vor Risiken schützt?	Wie motiviere ich zu korrektem Verhalten gemäß den Hygieneplan im Krankenhaus?	Wie setze ich den Hygieneplan um?	Welches Wissen über Hygienepläne im Krankenhaus ist für meine Tätigkeit erforderlich?
Inwieweit bin ich davon überzeugt, dass Sicherheitsbestimmungen und rechtliche Rahmenbedingungen den Patienten in seiner Persönlichkeit schützen und respektieren?	Wie kommuniziere ich mit anderen über die relevanten Sicherheitsbestimmungen und rechtlichen Rahmenbedingungen?	Wie gestalte ich die Vorgehensweise nach den geltenden Sicherheitsbestimmungen und rechtlichen Rahmenbedingungen?	Welche Sicherheitsbestimmungen und rechtliche Rahmenbedingungen sind für meine Arbeit im Krankenhaus relevant?
Inwieweit bin ich mir darüber im Klaren, dass ein Sturz die Krankheitssituation negativ beeinflusst?	Wie kommuniziere ich mit anderen über mögliche Sturzrisiken der einzelnen Patienten?	Wie finde ich heraus, welche Sturzrisiken für Patienten im Krankenhaus vorliegen?	Welches theoretische Wissen über Sturzrisiken für Patienten im Krankenhaus gibt es?
Inwieweit bin ich davon überzeugt, dass ein strukturierter Tagesablauf für den Patienten eine Orientierungshilfe darstellt?	Wie kommuniziere ich mit dem Patienten über einen strukturierten Tagesablauf?	Wie gestalte ich mit anderen einen strukturierten Tagesablauf der einzelnen Patienten hat?	Welches Wissen über einen strukturierten Tagesablauf ist für meine Tätigkeit relevant?

<b>6.1 ABEDL Teil 1</b>			
6.1.11 Der Mensch benötigt Fähigkeiten und Ressourcen sowie eine sichere und fördernde Umgebung um für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen zu können			
Anforderungen an eine Servicekraft in der stationären Pflege in den Kompetenzbereichen um pflegebedürftige Menschen bei der Tätigkeit <b>für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen zu können</b> , zu unterstützen.			
<b>Persönliche Kompetenz</b>	<b>Soziale Kompetenz</b>	<b>Methodenkompetenz</b>	<b>Fachkompetenz</b>
Inwieweit bin ich davon überzeugt, dass die räumliche Ausstattung eines Krankenhauses eine Orientierungshilfe für den Patienten darstellt?	Wie kommuniziere ich mit dem Patienten über die räumliche Ausstattung als Orientierungshilfe im Krankenhaus?	Wie gestalte ich räumliche Ausstattung als Orientierungshilfe für den Patienten in einem Krankenhaus?	Welches Raumkonzept gibt es in einem Krankenhaus?

6.2 ABEDL Teil 2			
Der Mensch benötigt Fähigkeiten und Ressourcen sowie eine sichere und fördernde Umgebung um: In Kontakt sein und bleiben zu können (mit sich und mit anderen) Fördernde Beziehungen erhalten, erlangen, wiedererlangen zu können Mit Belastungen in Beziehungen umgehen zu können			
Anforderungen an eine Servicekraft in der stationären Pflege in den Kompetenzbereichen um pflegebedürftige Menschen bei der Tätigkeit <b>soziale Beziehungen sichern und gestalten und dabei mit existenziellen Erfahrungen umgehen zu können</b> , zu unterstützen.			
Persönliche Kompetenz	Soziale Kompetenz	Methodenkompetenz	Fachkompetenz
Inwieweit ist mir die Bedeutung von Kontakten des Patienten für sein Wohlbefinden und den Erhalt von sozialen Beziehungen bewusst?	Wie nehme ich Kontakt mit den entsprechenden Personen auf?	Wie finde ich heraus, welche Kontaktpersonen zu dem Patienten kommen?	Welches Wissen über die Kontaktpersonen der Patienten ist für meine Tätigkeit erforderlich?
Wie wertvoll ist eine Willkommenskultur für die Kontaktpersonen der Patienten?	Wie kommuniziere ich mit Kontaktpersonen der Patienten, damit diese sich willkommen fühlen?	Wie gestalte ich eine Willkommenskultur für die Kontaktpersonen?	Welches theoretische Wissen über eine Willkommenskultur ist für meine Tätigkeit relevant?
Inwieweit bin ich von der Wirkung einer Informationen über den Aufenthalt im Krankenhaus, zur Orientierung für Patienten und Kontaktpersonen, überzeugt?	Wie vermittele ich den Mitarbeitern die Notwendigkeit, die Informationen über den Aufenthalt im Krankenhaus für Patienten und Kontaktpersonen?	Auf welche Weise können Patienten und Kontaktpersonen Informationen erhalten?	Welche Informationen benötigen Patienten und Kontaktpersonen für den Aufenthalt im Krankenhaus?



6.2 ABEDL Teil 2			
Der Mensch benötigt Fähigkeiten und Ressourcen sowie eine sichere und fördernde Umgebung um: In Kontakt sein und bleiben zu können (mit sich und mit anderen) Fördernde Beziehungen erhalten, erlangen, wiedererlangen zu können Mit Belastungen in Beziehungen umgehen zu können			
Anforderungen an eine Servicekraft in der stationären Pflege in den Kompetenzbereichen um pflegebedürftige Menschen bei der Tätigkeit <b>soziale Beziehungen sichern und gestalten und dabei mit existenziellen Erfahrungen umgehen zu können</b> , zu unterstützen.			
Persönliche Kompetenz	Soziale Kompetenz	Methodenkompetenz	Fachkompetenz
Inwieweit bin ich in der Lage, Personen anderer Kulturen zu achten und zu respektieren?	Wie kommuniziere ich respektvoll und angemessen mit Patienten und Kontaktpersonen?	Wie gehe ich vor, um mit fremdsprachigen Patienten und Kontaktpersonen kommunizieren zu können?	Welches theoretische Wissen über andere Kulturen und welche sprachliche Kenntnisse sind notwendig, damit ich mich mit Patienten und Kontaktpersonen aus anderen Kulturkreisen verständigen kann?
Inwieweit bin ich davon überzeugt, dass belastende Situationen der Patienten und Kontaktpersonen den weiteren Verlauf der Behandlung negativ beeinflussen können?	Wie finde ich heraus, welche Situationen die Patienten und Kontaktpersonen als belastend empfinden?	Wie unterstütze ich Patienten und Kontaktpersonen in belastenden Situationen?	Welche theoretischen Konzepte belastender Situationen gibt es?
Inwieweit identifiziere ich mich mit meiner Tätigkeit als Servicekraft im Krankenhaus?	Wie kommuniziere ich als Servicekraft mit den Mitarbeitern der Station?	Wie gehe ich vor, um mit den Mitarbeitern der Station in Kontakt zu sein und bleiben zu können?	Welche Beziehungen zu den Mitarbeitern der Station kennzeichnen meine Tätigkeit als Servicekraft?

<b>6.3 ABEDL Teil 3</b>			
<p>Der Mensch benötigt Fähigkeiten und Ressourcen sowie eine sichere und fördernde Umgebung um mit existenziellen Erfahrungen umgehen und sich dabei entwickeln zu können um:</p> <p>3.1 Fördernde Erfahrungen machen zu können</p> <p>3.2 Mit belastenden und gefährdenden Erfahrungen umgehen zu können</p> <p>3.3 Erfahrungen, welche die Existenz fördern oder gefährden unterscheiden zu können</p> <p>3.6 Sinn finden zu können</p>			
<p>Anforderungen an eine Servicekraft in der stationären Pflege in den Kompetenzbereichen um pflegebedürftige Menschen bei der Tätigkeit <b>mit existenziellen Erfahrungen umgehen und sich dabei entwickeln zu können</b>, zu unterstützen.</p>			
Persönliche Kompetenz	Soziale Kompetenz	Methodenkompetenz	Fachkompetenz
Inwieweit bestimmen die Werte Unabhängigkeit und Sicherheit für die beteiligten Personen meine Tätigkeit als Servicekraft?	Wie kommuniziere ich vertrauensvoll mit Patienten, Kontaktpersonen und dem therapeutischen Team?	Wie schaffe ich günstige Rahmenbedingungen für Patienten, Kontaktpersonen und das therapeutische Team um Unabhängigkeit und Sicherheit gestalten zu können?	Welche theoretischen Konzepte von Unabhängigkeit und Sicherheit gibt es?
Inwieweit ist mit bewusst, dass Missempfinden der beteiligten Personen eine gefährdende Erfahrung darstellen kann?	Wie kommuniziere ich mit den beteiligten Personen über Missempfinden als gefährdende Erfahrung?	Wie begleite ich die beteiligten Personen in einer gefährdenden Erfahrung durch Missempfinden?	Welches Fachwissen brauche ich für meine Tätigkeit, um Missempfinden als gefährdende Erfahrung einschätzen zu können?
Inwieweit bin ich davon überzeugt, dass fördernde und gefährdende Erfahrungen die beteiligten Personen beeinflussen können?	Wie motiviere ich die beteiligten Personen nach einer gefährdenden Erfahrung, damit sie daraus lernen können und gestärkt werden?	Wie gestalte ich eine motivierende Situation für die beteiligten Personen?	Welche theoretischen Konzepte von Erfahrungslernen und Motivation gibt es?

<b>6.3 ABEDL Teil 3</b>			
<p>Der Mensch benötigt Fähigkeiten und Ressourcen sowie eine sichere und fördernde Umgebung um mit existenziellen Erfahrungen umgehen und sich dabei entwickeln zu können um:</p> <p>3.1 Fördernde Erfahrungen machen zu können</p> <p>3.2 Mit belastenden und gefährdenden Erfahrungen umgehen zu können</p> <p>3.3 Erfahrungen, welche die Existenz fördern oder gefährden unterscheiden zu können</p> <p>3.6 Sinn finden zu können</p>			
<p>Anforderungen an eine Servicekraft in der stationären Pflege in den Kompetenzbereichen um pflegebedürftige Menschen bei der Tätigkeit <b>mit existenziellen Erfahrungen umgehen und sich dabei entwickeln zu können</b>, zu unterstützen.</p>			
Persönliche Kompetenz	Soziale Kompetenz	Methodenkompetenz	Fachkompetenz
Inwieweit bin ich davon überzeugt, dass Weltanschauungen und Religion für die Sinnfindung im Leben von Bedeutung sind?	Wie kommuniziere ich mit beteiligten Personen über Weltanschauungen und Religion?	Wie begleite ich die beteiligten Personen unter Berücksichtigung ihrer Weltanschauung oder Religion?	Welches Wissen über Weltanschauungen und Religion ist für meine Tätigkeit erforderlich?
Inwieweit identifiziere ich mich mit einer Religion, die für mich als sinnstiftend für Leben, Sterben und Tod gilt?	Wie kommuniziere ich mit betroffenen Personen angemessen über Religion und Auffassungen von Leben, Sterben und Tod?	Wie begleite ich betroffene Personen in ihrer Sinnfindung im Leben, Sterben und Tod?	Welche theoretischen Konzepte von Religion, Leben, Sterben und Tod gibt es?
Inwieweit bin ich in der Lage, unterschiedliche Weltanschauungen, Religionen, Auffassungen von Leben, Sterben und Tod zu tolerieren?	Wie kommuniziere ich angemessen mit Patienten, Kontaktpersonen unterschiedlicher Weltanschauung, Religion, sowie mit dem therapeutischen Team in der Situation der Endphase des Lebens?	Wie schaffe ich günstige Rahmenbedingungen für Patienten, Kontaktpersonen und das therapeutische Team um kulturelle und religiöse Bräuche in der Endphase des Lebens berücksichtigen zu können?	Welches Wissen über kulturelle oder religiöse Bräuche in der Endphase des Lebens ist für meine Tätigkeit erforderlich?

## **7. Künftiger Einsatz von Servicepersonal –Ausblick**

Ausgehend von den Erkenntnissen dieser Arbeit stelle ich folgendes fest:

### **Servicepersonal und aktuelle Einflussfaktoren der Pflege**

Hauptsächlich hat der demographische Wandel Auswirkungen auf die Anzahl der Pflegebedürftigen und die Anzahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen. Ebenso wirken sich die veränderte Pflegebildung und Pflegeausbildung auf zukünftige, innovative Aufgabenprofile für professionell Pflegende aus.

Für die Dienstleistungsunternehmen bedeutet eine, nach außen gerichtete Kundenorientierung, das auch innerhalb, durch Mitarbeiterorientierung und Personalentwicklung, ausbalanciert werden muss, insbesondere betrifft dies Pflege- und Servicepersonal. Um Servicestandards zu erfüllen, entscheiden sich Unternehmen dafür, entsprechendes Personal einzustellen oder diesen Personalschlüssel zu erweitern.

Der künftige Einsatz von Servicepersonal trägt dazu bei, die genannten aktuellen Einflussfaktoren auf die Pflege zu mildern und damit einen Beitrag für die künftige pflegerische Versorgung von Menschen aller Altersgruppen zu leisten.

### **Servicepersonal und Organisation:**

Pflegerische Stationen in Krankenhäusern stellen ein anderes Setting dar, als in Hotel- und Gaststättenbetrieben. Servicepersonal obliegt der organisatorischen Verantwortung der professionell Pflegenden auf den Stationen. Professionell Pflegende und Servicepersonen arbeiten partnerschaftlich zusammen. Beide Berufsgruppen handeln, indem sie Dienstleistungen an Menschen erbringen. Dienstleistungen an Menschen in der stationären Pflege umfassen Pflegeleistungen und Serviceleistungen, letztere als Teil von Pflegeleistungen.

Professionelle Pflege basiert, durch eine berufliche Ausbildung, auf theoretischem Wissen der Forschung und festgelegten Standards für Pflegehandlungen. Professionell Pflegende arbeiten nach einem Pflegeprozessmodell. Durch die Abgabe von pflegerischen Leistungen an Servicepersonal, ist diese Leistung dennoch Anteil des Pflegeprozesses.

### **Servicepersonal und professionelle Pflege:**

Professionell Pflegende werden künftig, aufgrund der Veränderungen in der Pflegebildung, neue, erweiterte Aufgaben erfüllen. Auf der anderen Seite geben sie definierte Aufgaben an Servicepersonal ab. Diese Aufgaben sind ursprünglich pflegerische Aufgaben. Servicepersonal unterstützt durch seine Handlungen die Aktivitäten und Bedürfnisse des täglichen Lebens von zu pflegenden Personen. Darüber hinaus unterstützt Servicepersonal die professionell Pflegenden in deren Aufgabenbereichen.

Aus professionstheoretischer Perspektive gelingt es, einerseits durch die Phänomene Selbstpflege und Laienpflege, Servicepersonal auf pflegerischen Stationen zu beschäftigen, andererseits lassen sich Auffassungen unterschiedlicher Pflgetheorien auf Servicepersonen übertragen.

So bietet Martha Rogers' Ansicht über Einzigartigkeit, Individualität und Harmoniebestreben des Menschen eine umfassende Grundlage. Ihre Forderung nach einer professionellen Ausbildung ist übertragbar auf die Anforderungen an eine Servicekraft in den Kompetenzbereichen, Fachkompetenz, Sozialkompetenz, Methodenkompetenz und persönliche Kompetenz.

Hildegard Peplau's Modell der psychodynamischen Pflege kann für Servicepersonal in den Bereichen der persönlichen und sozialen Kompetenz angewandt werden. Die Phasen der Beziehung, im Sinne von professioneller Gesprächsführung im situativen Kontext. Servicepersonen sind in der Lage, ihre Rolle in der Beziehung zum Patienten einzunehmen. Dorothea Orem's Modell bietet für Servicepersonal die Chance, im Rahmen von Selbstpflege, Laienpflege bzw. Dependenzpflege tätig zu sein. Diese Kenntnisse bringt jeder, durch erlebte Erziehung und persönliche Erfahrung, in unterschiedlicher Ausprägung mit. Die professionellen Methoden des Helfens bieten einen Handlungsrahmen für Servicepersonal. In den Pflegesystemen der vollständigen und teilweisen Kompensation, unterstützen Servicepersonen durch definierte Tätigkeiten die professionell Pflegenden.

Diese definierten Tätigkeiten der professionellen Pflege erlernen Servicepersonen in einer Bildungsmaßnahme.

Monika Krohwinkel bietet in dieser Arbeit mit ihrem Rahmenmodell eine Grundlage für den Einsatz von Servicepersonal. Mit dem Grundsatz „Person und Umgebung in Unabhängigkeit und Wohlbefinden im Rahmen der ABEDL:s“ zu fördern, wirkt Servicepersonal mit. Die ABEDL sind in Form von Kompetenzen beschrieben. Personen, die gesundheitlich eingeschränkt sind, können diese Kompetenzen ganz oder teilweise nicht mehr ausüben. Andere Personen, wie Pflegepersonen oder Servicepersonen, gleichen diese Kompetenzen aus. Mit Hilfe des ABEDL-Strukturmodells werden Tätigkeiten bestimmt, welche Servicepersonal durchführen kann und ob ein Lernbedarf für diese Tätigkeiten besteht. Die befragten Pflegeexperten halten in 18 von 20 ABEDL-Kategorien, Tätigkeiten von Servicepersonal durchführbar.

Krohwinkel beschreibt in ihrem Managementmodell Hauptaufgaben und Verantwortungsbereiche von Pflegenden. Sie schreibt die Gesamtverantwortung den professionell Pflegenden zu. Da Serviceleistungen ausgegliederte Dienstleistungen der Pflege darstellen, sind Servicepersonen der Pflege zuzuordnen und unter deren Gesamtverantwortung zu stellen. Die befragten Pflegeexperten sind mehrheitlich dieser Meinung. Aufgaben der Servicepersonen können dem Ressourcenmanagement und dem Organisationsmanagement zugeordnet werden. Das Management der direkten Pflege ist und bleibt bei den professionell Pflegenden. Dem Servicepersonal obliegen hier lediglich Mitwirkungsaufgaben.

### **Servicepersonal und Kompetenzen**

Servicepersonal ist aufgrund von Kompetenzen in Selbstpflege und Laienpflege in der Lage, bestimmte Tätigkeiten auf pflegerischen Stationen auszuüben. Die Fähigkeiten von Servicepersonal können in die pflegerische Aufgabenstellung integriert werden.

Um diese Tätigkeiten professionell ausüben zu können, bringen Servicepersonen Kompetenzen aus einer Berufsausbildung, meistens im Hotel- und Gaststättenwesen, mit.

### **Servicepersonal und Kompetenzentwicklung**

Die Entwicklung von Handlungskompetenz für Servicepersonal in der stationären Pflege umfasst Fähigkeiten des Wissens und Handelns. Der Aufbau einer Handlung setzt Wissen voraus, wiederum wird durch Handeln neues Wissen hinzugewonnen. Das Fundament, eine Tätigkeit handlungskompetent auszuführen zu können, ist die eigene Persönlichkeit, mit ihrem Willen, Können und Dürfen Handlungen auszuüben. Die Auffassungen von Heckhausen, Anderson, Roth, White, Bandura, Habermas sowie Oevermann's Subjektmodell können für die Berufspraxis von Servicepersonal folgendes bedeuten:

Kompetent und autonom handelnde Servicepersonen entscheiden, begründen und bewerten selbstreflexiv ihr Handeln. Dabei finden individuelle Lernprozesse statt, indem Servicepersonen in Systemen des deklarativen und prozeduralen Wissens, dieses speichern, verarbeiten, abrufen und wiederum das deklarative Wissen optimieren, indem sie Fertigkeiten ständig verbessern. Die Serviceperson generiert Wissen aus Erfahrung und Einsicht. Diese Basiskompetenzen gewinnen sie durch Lernen und Erfahrung. In unserem Zusammenhang sind dies Kompetenzen der Selbstpflege und Laienpflege. Diese fließen in das berufliche Setting der stationären Pflege ein.

In der beruflichen Ausbildung von Pflegepersonal und Servicepersonal ist die Entwicklung von Handlungskompetenz ein erklärtes Ziel. Im Einzelnen sind dies Fachkompetenz, Sozialkompetenz, Methodenkompetenz und personale Kompetenz. Die Kompetenzklassen verstehen sich als idealtypisch.

Servicepersonal verfügt über Potenziale, die es zu entwickeln gilt. Die Lebenswirklichkeit von Servicepersonal, im Kontext der stationären Pflege, wirft Fragen auf.

Die Fragen sind in einem situativen, tätigkeitsbezogenen Anforderungsprofil (STAP) zu den Kompetenzklassen formuliert. Mit den Antworten auf die Fragen erreicht der Mensch Wissen, Know-how, Balance, Entspannung und Kompetenz.

Die Antworten auf die Fragen eines situativen, tätigkeitsbezogenen Anforderungsprofils erreicht Servicepersonal durch eine Bildungsmaßnahme, initiiert von Betriebspädagogen in Krankenhäusern.

Die Bildungsmaßnahme ist gekennzeichnet durch die Urformen des Lernens, Gespräch, Spiel, Arbeit und Feier, sowie durch Lernen anhand eines situativen, tätigkeitsbezogenen Anforderungsprofils für Servicepersonal in der stationären Pflege. Servicepersonal lernt dadurch ganzheitlich, indem es sich im Setting der stationären Pflege, in Gemeinschaft mit anderen Menschen, beruflich und persönlich weiterentwickelt.

Durch ein situatives, tätigkeitsbezogenes Anforderungsprofil (STAP) wird der Betrieb zu einem Ort, indem ganzheitliches Lernen, im Sinne von Handlungskompetenzentwicklung, möglich wird.

Handlungskompetente Servicekräfte unterstützen die Pflegekräfte und damit indirekt den Patienten oder Kunden. Somit erreichen Servicekräfte und Pflegekräfte gemeinsam das Ziel, den Patienten im Lernen, fördern und erhalten von Handlungskompetenzen zu unterstützen.

### **Servicepersonal und ihre Tätigkeiten**

Unterschiedliche Qualifikationen von bereits beschäftigten Servicepersonal, führen zu unterschiedlichen Tätigkeitsprofilen in den einzelnen Unternehmen. Ein STAP, als Ausgangssituation für eine Bildungsmaßnahme, kann diese Unterschiede ausgleichen und künftig ein Qualitätsmerkmal eines Krankenhausbetriebes darstellen.

Die befragten Pflegeexperten wünschen sich ein Tätigkeits- bzw. Anforderungsprofil für Servicepersonal als einheitlichen Standard.

Die Tätigkeiten von Servicepersonal sind den ABEDL's von Krohwinkel zugeordnet. Die Pflegeexperten sprechen sich für eine Durchführung in 18 von 20 ABEDL-Kategorien aus.

Die Durchführung von Tätigkeiten ist an einen Lernbedarf für Servicepersonal gebunden, außer in ABEDL-Kategorie „sich kleiden zu können“, welche als Kompetenz vorausgesetzt wird.

Servicepersonal, welches Pflegepersonal zukünftig handlungskompetent unterstützen soll, nimmt an dieser Bildungsmaßnahme teil. Die befragten Pflegeexperten formulierten Schulungsthemen, welche in bisher in



Schulungen unterschiedlicher Dauer und Umfangs vermittelt wurden. Umso deutlicher wird es notwendig, eine standardisierte Bildungsmaßnahme in den Krankenhausbetrieben anzubieten. Wie bereits erwähnt, bietet ein STAP die Grundlage hierfür.

### **Herausforderungen für den Einsatz von Servicepersonal**

Eine Herausforderung für den Einsatz von Servicepersonal, ist die Integration in das pflegerische Team. Alleine eine organisatorische Zuordnung zu Pflege reicht nicht aus. Betriebspädagogen und Personalentwickler sind in der Lage, diese Prozesse zu begleiten. Meines Erachtens ist es erforderlich, eine Ist-Analyse von Arbeitsplatz und Arbeitsabläufen zu erheben, um eine Ausgangssituation für den Einsatz von Servicepersonal zu erhalten. Das Führungspersonal der Stationen benötigt hierbei vermutlich Unterstützung durch spezielle Bildungsmaßnahmen, wie Kommunikation, Konfliktmanagement und Organisationsentwicklung. Der Betrieb wird dadurch zum Lernort. Die, sich gegenseitig bedingende Trias, Unternehmensentwicklung, Personalentwicklung und Organisationsentwicklung wird hier deutlich. Sie steht in engem Zusammenhang mit ganzheitlichem Lernen im Betrieb. Das Unternehmen entwickelt sich durch ein Angebot von Servicestandards, welche eine externe Kundenorientierung darstellen. Organisatorisch sind die Servicetätigkeiten in die Arbeitsabläufe der Stationen zu integrieren und die Personalentwicklung dient, als Instrument der internen Kundenorientierung, dem Mitarbeiter, in unserem Kontext vor allem Servicepersonal und Pflegepersonal.

Die Kostenträger sind gefordert, eine angemessene tarifliche Vergütung zu gewährleisten. Die Servicepersonen aus dem Hotel- und Gaststättenwesen unterliegen bisher einem anderen Tarifrecht. Außerdem müssen sie im Krankenhaus auf Trinkgelder verzichten.

Eine einheitliche, berufliche Bezeichnung für Servicepersonal gilt es zu finden. Sie wirkt sich vermutlich positiv auf die Identifikation mit der Tätigkeit aus.

Diese künftigen Herausforderungen zu bewältigen, ist Auftrag für Unternehmen, Kostenträger, politische Gremien, Berufsverbände und Berufskammern.

**Schlusswort:**

Pflegexperten sind der Meinung, dass ein Einsatz von Servicepersonal, das in der Lage ist, durch definierte Tätigkeiten und Anforderungen Pflegepersonal zu unterstützen, notwendig ist. Die definierten Tätigkeiten des Anforderungsprofils sind aus der Profession „Pflege“ generiert und gehören, trotz einer Abgabe von Tätigkeiten, zur professionellen Pflege. Die Erkenntnisse dieser Arbeit, tragen einen Teil dazu bei, den gegenwärtigen und künftigen Herausforderungen in der Pflege gewachsen zu sein.

Letztendlich ist die Persönlichkeit der Servicekraft, mit Ihrem Wollen, Können und Dürfen, sowie mit ihren Wertvorstellungen, Einstellungen und Haltungen ausschlaggebend, ob sie sich für diese Tätigkeit, einer Dienstleistung am Menschen, eignet. Mit Hilfe einer Bildungsmaßnahme, auf der Basis eines STAP, können diese Potenziale entdeckt und die Kompetenzen entwickelt werden.

---

## Literaturverzeichnis

- Arets, Obex, Vaessen, & Wagner. (1996). *Professionelle Pflege; Theoretische und Praktische Grundlagen* (Bd. I). Bocholt: Eicanos.
- Bandura, A. (1976). *Lernen am Modell: Ansätze zu einer sozialkognitiven Lerntheorie*. Stuttgart: Klett.
- Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus. (19. Mai 1988). Berufsfachschulordnung Pflegeberufe (BFSO Pflege). *zuletzt geändert V. v. 27. Juli 2012, GVBI S 422*. (B. Staatsregierung, Hrsg.) München, Bayern, Deutschland: Gesetzes und Verordnungsblatt, GVBI S 422.
- Benedikt, X. (2006). *Deus Caritas est*. (Deutsche Bischofskonferenz, Hrsg.) Augsburg: Weltbild GmbH.
- Bentz, P., Blume, R., & Röthlein, C. (2013). *Theorien und Modelle in den Arbeitsfeldern der Pflege - eine empirische Untersuchung in hessischen Kliniken*. Abgerufen am 16. Juni 2014 von [http://www.pflegescan.de/resources/W0.0\\_\\_Pflegetheorien\\_Kurzdarstellung.pdf](http://www.pflegescan.de/resources/W0.0__Pflegetheorien_Kurzdarstellung.pdf)
- Blum, K., Isfort, M., Schilz, P., & Weidner, F. (2006). *Pflegeausbildung im Umbruch - Pflegeausbildungsstudie PABiS*. Düsseldorf: Deutsche Krankenhausgesellschaft.
- bmj.bund.de. (1. März 2012). *Eckpunkte zur Vorbereitung eines neuen Pflegeberufegesetzes*. Abgerufen am 12. Juni 2014 von [www.bmj.bund.de/.../20120301\\_Endfassung\\_Eckpunktepapier](http://www.bmj.bund.de/.../20120301_Endfassung_Eckpunktepapier)
- Bortz, J., & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Heidelberg, Deutschland: Springer.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Botschaffer, P., & Moers, M. (1. August 1991). Pflegemodelle in der Praxis, 8. Folge: Dorothea E. Orem, Die Selbstfürsorge-Defizit-Konzeption der Pflege. *Die Schwester/Der Pfleger*, S. 701-707.
- Botschaffer, P., & Moers, M. (1. Februar 1992). Pflegemodelle in der Praxis; 11. Folge: Martha Rogers - Pflege als Wissenschaft vom einheitlichen Menschen. *Die Schwester/Der Pfleger*, 112-121.
- Brandenburg, H., Schoolmann, S., & Weidner, F. (2012). *Pflegetheorien, Pflegewissenschaft und Pflegeforschung*. In S. Schewior-Popp, & L. Ullrich (Hrsg.), *Thiem's Pflege* (12. Ausg.). Stuttgart: Thieme.
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (20. 12 1998). *Sozialgesetzbuch fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung*. (2. BGBl i S.2477, & z. g. 4382, Herausgeber) Abgerufen am 19. 1 2014 von [www.juris.de: Http://www.gesetz-im-internet.de/bundesrecht/sgb\\_5](http://www.juris.de: Http://www.gesetz-im-internet.de/bundesrecht/sgb_5)
- Bundesministerium für Gesundheit. (13. November 2003). *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV)*. Berlin, Deutschland: Bundesgesetzblatt.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (1996). *Pflegetheorie: Konzepte - Kontext - Kritik*. Berlin: Ullstein Mosby.
- Comack, D., & Reynolds, W. (1992). Criteria for evaluating the clinical an practical using of models uses by nurses. *Journal of Advances Nursing*(17), 1474-1478.
- DBfK - Deutscher Berufsverband für Krankenpflege. (2005). *2013, International Council of Nursing*. Abgerufen am 2013. Juni 2013 von [Ethic Codes of Nursing german - 2005: http://www.icn.ch](http://www.icn.ch)
- DBfK - Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.v. (2013). *Advanced Nursing Practise Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung*. (DBfK, Hrsg.) Abgerufen am 21. November 2013 von <http://www.dbfk.de>
- DBfK - Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, e.V. (2012). *Pflegebildung verstehen - eine kurze Einführung*. (DBfK, Hrsg.) Berlin.

- DBfK-Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege im Krankenhaus. (Dezember 2011). *Auf den Zuschnitt kommt es an*. (DBfK, Hrsg.) Abgerufen am 13. Juni 2014 von [www.dbfk.de: www.dbfk.de/download/Auf-den-Zuschnitt-kommt-es-an.pdf](http://www.dbfk.de/download/Auf-den-Zuschnitt-kommt-es-an.pdf)
- DBR - Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe und DPR - Deutscher Pflegerat. (1. 3 2012). *Stellungnahme zum Eckpunktepapier zur Vorbereitung eines neuen Pflegeberufegesetzes*. Abgerufen am 12. Juni 2014 von <http://www.deutscher-bildungsrat-pflege.de>
- DBR - Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe. (2007). *Pflegebildung offensiv - Das Bildungskonzept des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe*. München: Elsevier, Urban und Fischer.
- DBR - Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe. (2009). *Es geht voran - ein neuer Pflegeberuf kommt*. Berlin: Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe.
- DBR - Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe. (2009). *Pflegebildung Offensiv Weiterqualifizierung*. Abgerufen am 5. Januar 2014 von [Http://www.bildungsrat-pflege.de](http://www.bildungsrat-pflege.de)
- de Nursia, B. (1995). *Die Regel des hl. Benedikt*. (S. Äbtekonzferenz, Hrsg.) Beuron: Beuronischer Kunstverlag.
- deloitte & touche, Wirtschaftsprüfungsgesellschaft. (September 2010). *Krankenzimmer deluxe - Patientenhotels in Deutschland*. Abgerufen am 13. Juni 2014 von <http://www.deloitte.com>
- Dennis, C. M. (2001). *Dorothea Orem, Selbstopflege- und Selbstpflegedefizit Theorie*. Bern: Hans Buber.
- Dewe, B. (1993, 2001). *Professionelles Soziales Handeln - Soziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis*. Weinheim: Juventa.
- Dielmann, G. (2013). *Krankenpflegegesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege*. Frankfurt: Mabuse Verlag GmbH.
- Dilger, B., & Sloane, P. F. (April 2012). Kompetenzorientierung an der Berufsschule. *BiBB-BWG*, S. 32-35.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2014). *Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen*. Bern: Hans Huber.
- Dörner, D. (1985; 1988). Verhalten und Handeln. In D. Dörner (Hrsg.), *Psychologie* (S. 73-86). Stuttgart: Kohlhammer.
- DPR - Deutscher Pflegerat e. V. (18. Mai 2004). *Rahmenberufsordnung*. Abgerufen am 21. November 2013 von <http://www.deutscher-pflegerat.de>
- DPV - Deutscher Pflegeverband. (2013). *Pflegemodell nach Orem*. Neuwied: [www.dpv-online.de](http://www.dpv-online.de).
- Drerup, E. (1993). Martha E. Rogers: Eine Einführung in die theoretischen Grundlagen der Krankenpflege. In E. Drerup, *Modelle der Krankenpflege* (2. Auflage Ausg., S. 65-72). Freiburg: Lambertus.
- Drerup, E. (1998). Martha Roger's Theorie vom unitären Menschen. In E. Drerup, *Pflege-theorien: Handbuch für den Pflegeunterricht* (S. 88-97). Freiburg: Lambertus.
- Duden. (2013). *Duden online*. (Bibliographisches Institut) Abgerufen am 13. August 2014 von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Interview>
- Duden, K. (2013). *online Duden*. Abgerufen am 30. Dezember 2013 von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Pflege>
- Duden, K. (2013). *online Duden*. Abgerufen am 2. Juli 2013 von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Personal>
- Eisler, R. (1930). *Kant Lexikon*. Abgerufen am 11. Juni 2014 von Nachschlagewerk zu Immanuel Kant: <http://www.textlog.de/32808.html>
- Erpenbeck, J., & Rosenstiel, L. (2007). Einführung. In J. Erpenbeck, & L. Rosenstiel (Hrsg.), *Handbuch Kompetenzmessung - Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis* (S. IX-XL). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

- 
- Europäische Union. (2005). *Richtlinie 2005/36/EG*. Abgerufen am 11. 10 2013 von <http://eur-lex.europa.eu>
- Fawcett, J. (1996). Martha E. Rogers: Die Wissenschaft vom unitären Menschen. In J. Fawcett, *Konzeptuelle Modelle der Pflege im Überblick* (S. 88-97). Bern: Hans Huber.
- Fawcett, J. (1998). *Konzeptuelle Modelle der Pflege im Überblick*. Bern: Hans Huber.
- Fawcett, J. (1998). Martha E. Rogers: Die Wissenschaft vom unitären Menschen. In J. Fawcett, *Konzeptuelle Modelle der Pflege im Überblick* (2. Auflage Ausg., S. 366 ff). Bern: Hans Huber.
- Fiechter, V., & Meier, M. (1993). *Pflegeplanung - eine Anleitung für die Praxis*. Basel: Recom-Verlag.
- Fraunberger, P. (2008). Therapeutic Touch - berührende Pflege- eine ganzheitliche Pflegeintervention. (KCI, Hrsg.) *KCI Times*, 1-3.
- Frey, A. (1999). *Erzieherinenausbildung gestern - heute - morgen, Konzepte und Modelle zur Ausbildungs-evaluation*. Landau, Deutschland: Empirische Pädagogik.
- Frey, A. (2010). Kompetenzbegriffe und Kompetenzbilanzierung in der Schweiz und Europa. (A. Frey, Hrsg.) Mannheim.
- Frey, A., & Balzer, L. (2007). Beurteilungsbogen zu sozialen und methodischen Kompetenzen - smk72. In J. Erpenbeck, & L. v. Rosenstiel (Hrsg.), *Handbuch der Kompetenzmessung* (S. 349-359). Stuttgart: Schäffer-Pöschel.
- Frey, A., & Jung, C. (2011). Kompetenzmodelle. Standardmodelle und Professionsstandards in der Lehrerbildung: Stand und Perspektiven. *Lehrerbildung auf dem Prüfstand*. (A. Frey, & C. Jung, Hrsg.) Landau: Empirische Pädagogik.
- Friesacher, H. (1. November 2013). Studienmöglichkeiten in der Pflege. *Intensiv Fachzeitschrift für Intensivpflege und Anästhesie*(6), S. 314-324.
- Georges, K. (1998). *Ausführliches lateinisch-deutsches Handwörterbuch*. Abgerufen am 6. Oktober 2013 von [www.zeno.org/Georges-1913](http://www.zeno.org/Georges-1913): [http://www.zeno.org/Georges\\_2013](http://www.zeno.org/Georges_2013)
- Grimm, W., & Grimm, J. (1971). *Deutsches Wörterbuch*. (U. Trier, Hrsg.) Abgerufen am 6. Oktober 2013 von Trier Center for Digital Humanities: <http://dwb.uni-trier.de/de/>
- Habermas, J. (1986). *Theorie des kommunikativen Handelns*. (A. Honneth, & H. Joas, Hrsg.) Frankfurt: Suhrkamp.
- Häder, M. (2009). *Delphi Befragungen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hattinga-Verschure. (1981). *Het verschijnsel zorg*. Lochem, Niederlande: De Tijdstroom.
- Heckhausen, H. (1977). *Funkkolleg Pädagogische Psychologie* (Bd. 1. Entwicklung und Sozialisation). (H. Heckhausen, Hrsg.) Frankfurt am Main: Fischer Taschenbücher.
- Heckhausen, H. (1987). *Jenseits des Rubikon - Der Wille in den Humanwissenschaften*. (H. Heckhausen, Hrsg.) Berlin, Heidelberg, : Springer.
- Heckhausen, H. (1989). *Motivation und Handeln* (2. Ausg.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Henderson, V. (1977). *Grundregeln der Krankenpflege* (3. Ausg.). (ICN, Hrsg.) Genf.
- Hülshoff, T. (1996). Das Handlungskompetenzmodell. (AFP, Hrsg.) *WSB intern*(2), S. 37-41.
- Hülshoff, T. (2001). Entwicklung situativer, tätigkeitsbezogener Anforderungsprofile. *WSB Seminarunterlagen Baustein 124*. (AFP, Hrsg.) Landau.

- Hülshoff, T. (2001). Philosophie und Methoden des berufsbegleitenden Studierens. *WSB Seminarunterlagen Baustein 101*. (T. Hülshoff, Hrsg.) Landau.
- Hülshoff, T. (2010). Über den Zusammenhang von Lernen, Persönlichkeitsentwicklung und Führungskultur im betriebs- und führungspädagogischen Kontext. In C. Negri (Hrsg.), *Angewandte Psychologie für die Personalentwicklung* (S. 70-80). Berlin Heidelberg: Springer.
- Hülshoff, T. (2014). Der Mensch als fragendes Wesen. *nicht veröffentlicht*. Landau.
- ICN. (2012). *2013 International Council of Nursing*. Abgerufen am 22. Juni 2013 von ICN Code of Ethics in Nursing: <http://www.icn.ch>
- Institut der deutschen Wirtschaft. (2005). Voraussichtlicher Pflegebedarf. *Sozialpolitik*. (S. J. Bildung, Hrsg.) Wiesbaden, Hessen, Deutschland.
- Institut der deutschen Wirtschaft. (2. März 2009). Chancen des demografischen Wandels. *Immobilien Monitor*(1).
- Isfort, M. (2011). Professionelles Pflegehandeln. In N. Menche (Hrsg.), *Pflege heute* (5. Ausg., S. 20-40). München: Elsevier -Urban und Fischer.
- Isfort, M., & Weidner F., e. a. (2010). [www.dip.de](http://www.dip.de). Abgerufen am 5. 1 2014 von <http://dip/pflegethermometer/2009.de>
- Jäger, R. S. (2012). *Auswertungsstrategien*. (R. Jäger, Hrsg.) Landau.
- Jäger, R. S. (2013). *Auswertungsstrategien*. (R. S. Jäger, Hrsg.) Landau.
- Juchli, L. (1987). *Krankenpflege*. Stuttgart: Thieme.
- Juchli, L. (1987). *Was kranke Menschen brauchen*. Freiburg.
- Kant, I. (1986). *Kritik der Praktischen Vernunft*. (J. Kopper, Hrsg.) Reclam Philipp jun. GmbH.
- Käppeli, S. (1998). *Standortbestimmung von Pflegewissenschaft und Pflegeforschung im deutschsprachigen Raum unter Berücksichtigung der internationalen Entwicklung*. Universität Bielefeld, Fachbereich Pflegewissenschaft, IPW. Bielefeld: Veröffentlichungsreihe.
- König, E., & Zedler, P. (2002). Erziehungswissenschaft auf der Basis der Systemtheorie. In E. König, & P. Zedler, *Theorien der Erziehungswissenschaft* (S. 171-182). Weinheim: Beltz.
- König, R. (1967). *Handbuch der empirischen Sozialforschung*. (R. König, Hrsg.) Stuttgart: Enke.
- Krohwinkel. (2008). *Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexierkrankten; Fördernde Prozesspflege als System* (3. Auflage Ausg.). Bern: Hans Huber.
- Krohwinkel, M. (1. Oktober 2006). Fördernde Prozesspflege 1. Teil - nicht ohne pflegerische Bezugsperson 1. Teil. *Die Schwester Der Pfleger*.
- Krohwinkel, M. (1. November 2006). Fördernde Prozesspflege, 2. Teil - nicht ohne pflegerische Bezugsperson. *Die Schwester Der Pfleger*.
- Krohwinkel, M. (22./23.. April 2010). Fördernde Prozesspflege. *Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDL's - dann aber richtig*. Nürnberg, Bayern, Deutschland.
- Krohwinkel, M. (22./23.. April 2010). Fördernde Prozesspflege. *Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDL's - dann aber richtig*. Nürnberg.
- Krünitz, J. G. (1830). Ökonomie-technologische Enzyklopädie. In K. J. Georg, & U. Trier (Hrsg.), *Ökonomie-technologische Enzyklopädie* (Bd. 153, S. 366). Trier, Deutschland: elektronische Ausgabe der Universitätsbibliothek Trier <http://www.kruenitz.uni-trier.de/>.
- Krünitz, J. G. (1839). Ökonomie-technologische Enzyklopädie. In J. G. Krünitz, & U. Trier (Hrsg.), *Ökonomie-technologische Enzyklopädie* (Bd. 170, S. 140). Trier, Deutschland: elektronische Ausgabe der Universitätsbibliothek Trier <http://www.kruenitz.uni-trier.de/>.

- Kultusministerkonferenz. (2004). *Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz (KMK) für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe*. Kultusministerkonferenz (KMK).
- Kultusministerkonferenz. (2014). Rahmenlehrplan für die Berufsausbildung im Gastgewerbe. *Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 05.12.1997 i.d.F. vom 28.03.2014*, (S. 1-7). Berlin.
- Lauber, A. (2012). *Grundlagen beruflicher Pflege*. Stuttgart: Thieme.
- Lemke, A., Leupold, F., Pröbstl, A., Reinhart, M., Recken, H., & Hülsken-Giesler, M. (2014). *Arbeitsfelder akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen*. Berlin: Deutscher Pflegerat und Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft.
- Liebau, E. (1987). *Gesellschaftliches Subjekt und Erziehung*. Weinheim: Juventa.
- Lies, J. (2. Juli 2013). *Springer Gabler*. Von Gabler Wirtschaftslexikon: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/service.html> abgerufen
- Lissmann, U. (2006). Forschungsmethoden - Ein Überblick. In M. Wosnitza, & R. S. Jäger (Hrsg.), *Daten erfassen, auswerten und präsentieren - aber wie?* (S. 4-26). Landau: Empirische Pädagogik.
- Löffler, C. (25. Februar 2007). *Zeit.de online - Patientenhotels - Kranksein deluxe*. Abgerufen am 13. Juni 2014 von <http://www.zeit.de/online/2007/09/patientenhotels/>
- Luther, M. (1981). Von der Freiheit eines Christenmenschen. In M. Luther, *Luther, Der Reformator, Die Werke Martin Luthers in neuer Auswahl für die Gegenwart* (S. 270-271). Stuttgart: Ehrenfried Klotz.
- Manthey, M. (2005). *Primary Nursing*. Bern: Hans Huber.
- MASFG (Hrsg.). (2005). Rahmenlehrplan und Ausbildungsplan für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege des Landes Rheinland Pfalz. Mainz: Referat für Reden und Öffentlichkeitsarbeit.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- Meleis, A. I. (1999). *Pflegetheorie: Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven theoretischen Denkens in der Pflege*. Bern: Hans Huber.
- Mischo-Kelling, & Wittneben. (1995). *Pflegebildung und Pflegetheorien*. (Mischo-Kelling, Hrsg.) München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg.
- Moers, M., & Schaeffer, D. (2000; 2011; 2014). Pflegetheorien. In D. Schaeffer, & u.a (Hrsg.), *Handbuch Pflegewissenschaft* (S. 35-66). Weinheim: Juventa.
- Münch, J. (1995). *Personalentwicklung als Mittel und Aufgabe moderner Unternehmensführung*. Bielefeld: Bertelsmann.
- Negri, C., & Moser, B. (2010). Kompetenzen von Bildungsfachleuten. In C. Negri (Hrsg.), *Angewandte Psychologie für die Personalentwicklung* (S. 49-60). Berlin Heidelberg: Springer.
- Neumann-Ponesch, S. (2014). Das Modell von Martha Rogers. In S. Neumann-Ponesch, *Modelle und Theorien in der Pflege* (3. Ausg., S. 142-151). Wien: facultas.wuv.
- Neumann-Ponesch, S. (2014). Die Theorie von Hildegard Peplau. In S. Neumann-Ponesch, *Modelle und Theorien in der Pflege* (3. Ausg., S. 153-164). Wien: facultas.wuv.
- Neumann-Ponesch, S. (2014). *Modelle und Theorien in der Pflege* (3. Ausg.). Wien: facultas.wuv.
- Nightingale, F. (2012). *Notes on Nursing - What it is and what it is not*. Leipzig: Amazon Distribution.
- OECD. (2005). *DeSeCo (Definition and Selection of Competencies)*. Abgerufen am 6. Oktober 2013 von <http://www.oecd.org/dataoecd/36/56/35693281.pdf>

- Oevermann, U. (1993). Die objektiven Hermeneutik als unverzichtbare methodologische Grundlage für die Analyse von Subjektivität. In T. Jung, & S. Müller-Dohm (Hrsg.), *Wirklichkeit im Deutungsprozess*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Olbrich, C. (2010). *Pflegekompetenz*. Bern: Hans Huber.
- Orem, D. (1985). *Nursing Concepts of Practise* (3. Auflage Ausg.). New York: Mac Graw Hill.
- Orem, D. (1986). Case studies in nursing theory. (Winstead-Fry, & P., Hrsg.) *National Legue for Nursing*, 15(2152), 37-71.
- Orem, D. (1995). Die allgemeine Theorie der Pflege. In Mischo-Kelling, Wittneben, & Mischo-Kelling (Hrsg.), *Pflegebildung und Pflgetheorien* (S. 82 - 113). München; Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg.
- Orthgieß, A. (2012). Unterrichtseinheit zum Thema Pflegeprozess. *nicht veröffentlicht*. Murnau.
- Orthgieß, A. (5. April 2013). Pflegeanteile. Murnau.
- Peplau, H. E. (1997). Die Theorie zwischenmenschlicher Beziehungen in der Pflege. In H. E. Peplau, *Zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege, Ausgewählte Werke* (S. 21-75). Bern: Hans Huber.
- Pestalozzi, H. (1994). *Wie Gertrud ihre Kinder lehrt: Ein Versuch, den Müttern Anleitung zu geben, ihre Kinder selbst zu unterrichten, in Briefen*. (A. Reble, Hrsg.) Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hrsg.). (1967). *Das 3. Buch Mose/Levitikus*. (M. Luther, Übers.) Stuttgart: Deutsche Bibelgesellschaft.
- Rat der evangelischen Kirche in Deutschland (Hrsg.). (1967). *Die Bibel*. (M. Luther, Übers.) Stuttgart: Deutsche Bibelgesellschaft.
- Rehfus, Wulff D.; Hrsg. (2003). *Handwörterbuch Philiosophie*. Abgerufen am 2. April 2014 von Wörterbuch online: <http://www.philosophie-wörterbuch.de>
- Reinmann-Rothmeier, G., & Mandl, H. (1996). *Wissen und Handeln - Eine theoretische Standortbestimmung*. München: Institut für Pädagogische Psychologie und Empirische Pädagogik.
- Ritter, J., Gründer, K., & Gabriel, G. (2007). Historisches Wörterbuch der Philosophie. 7; S. 269 ff. (D. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Hrsg.) Basel, Schweiz: Schwabe AG, Verlag.
- Rogers, M. (1970). An Introduction to the theoretical Base of Nursing. In M. E. Rogers, *An Introduction to the theoretical Base of Nursing* (S. 30ff). Philadelphia: F:A.Davis.
- Rogers, M. (1995). *Theoretische Grundlagen der Pflege - Eine Einführung*. Freiburg: Lambertus.
- Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. (1987). *Die Elemente der Krankenpflege*. Basel: Recom.
- Roßbruch, R. (6. Februar 2015). Zum aktuellen Stand der Reform der Pflegeausbildung. Koblenz: Institut für Gesundheits- und Pflegerecht.
- Schäfer, J. (2010). *Ökumenisches Heiligenlexikon*. Abgerufen am 5. April 2013 von Ökumenisches Heiligenlexikon: [www.heiligenlexikon.de/BiographieM/Martin\\_von\\_Tours.htm](http://www.heiligenlexikon.de/BiographieM/Martin_von_Tours.htm)
- Schewior-Popp, S., & Ullrich, L. (2012). *Thiemes Pflege* (12. Ausg.). Stuttgart: Thieme.
- Schmidt, M. (14. November 2013). *zeit.de online - Der Bachelor kommt ans Bett*. Abgerufen am 21. November 2013 von <http://www.zeit.de/2013/47/pflege-bachelor-akademische-fachfräfte>
- Schmitte et.al. (1. Januar 2014). Die Pflege voran bringen. *Die Schwester/ Der Pfleger*, S. 18-22.
- Schröck, R. (1997). Bedeutung der Pflgetheorien für die Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland. *Psy. Pflege*(3), S. 167-174.
- Selinger, Y. (2011). Pflgetheorien und -modelle. In N. Menche (Hrsg.), *Pflege heute* (5. Ausg., S. 89-101). München: Elsevier- Urban und Fischer.



- Sonntag, K., & Schaper, N. (2006). Förderung beruflicher Handlungskompetenz. In K. Sonntag (Hrsg.), *Personalentwicklung in Organisationen* (S. 271). Göttingen: Hogrefe.
- Staatliches Institut für Schulqualität und Bildungsforschung (ISB). (2005). *Glossar - Begriffe im Kontext von Lehrplänen und Bildungsstandards*. Staatliches Institut für Schulqualität und Bildungsforschung (ISB), München.
- Staatliches Institut für Schulqualität und Bildungsforschung (ISB). (2005). *Glossar - Begriffe im Kontext von Lehrplänen und Bildungsstandards*. Staatliches Institut für Schulqualität und Bildungsforschung (ISB), München.
- Staatliches Institut für Schulqualität und Bildungsforschung (ISB). (April 2006). *Kompetenz- mehr als nur Wissen*. Abgerufen am 22. September 2013 von Staatliches Institut für Schulqualität und Bildungsforschung (ISB): <http://www.isb.bayern.de/downloads/infokompetenz.pdf>
- Staatliches Institut für Schulqualität und Bildungsforschung (ISB). (April 2006). *Staatliches Institut für Schulqualität und Bildungsforschung (ISB)*. Abgerufen am 22. September 2013 von Kompetenz- mehr als nur Wissen: <http://www.isb.bayern.de/downloads/infokompetenz.pdf>
- Stähling, E. (2012). Pflegetheorien. In L. Ullrich, & S. Schewior-Popp, *Thieme's Pflege* (S. 104-118). Stuttgart: Thieme.
- Statistisches Bundesamt . (2013). *Statistisches Jahrbuch 2013*. (B. Statistisches, Hrsg.) Wiesbaden, Hessen, Deutschland: Bonifatius GmbH.
- Statistisches Bundesamt. (2009). *Bevölkerung Deutschlands bis 2060*. Wiesbaden: destatis.
- Statistisches Bundesamt. (2013). *Gesundheit - Kostennachweis der Krankenhäuser 2012*. DESTATIS, Fachserie 12 Reihe 6.3. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (30. Dezember 2013). *Gesundheitsberichtserstattung des Bundes*. (S. Bundesamt, Hrsg.) Abgerufen am 30. Dezember 2013 von [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)
- Statistisches Bundesamt. (2014). *Statistisches Jahrbuch 2014*. (B. Statistisches, Hrsg.) Wiesbaden, Deutschland: Bonifatius GmbH.
- Stemmer, R. (2003). Pflegetheorien und Pflegeklassifikationen. *Pflege und Gesellschaft*(2), S. 51-58.
- Stemmer, R., & Böhme, H. (2008). Aufgabenverteilung im Krankenhaus der Zukunft. *Pflege und Gesellschaft*(3), S. 197-214.
- Steppe, H. (1. September 1990). Pflegemodelle in der Praxis: Hildegard Peplau - Psychodynamische Krankenpflege. *Die Schwester/Der Pfleger*, 768-773.
- Steppe, H. (2000). Zur Situierung und Bedeutung von Pflegetheorien in der Pflegewissenschaft. *Pflege*(13), S. 91-98.
- Teigeler, B. (1. Januar 2014). Mit Master am Patientenbett. *Die Schwester/Der Pfleger*, S. 12-16.
- von Kampen, N. (1997). Die zwei Paradigmen der Pflege - Zur Klassifikation amerikanischer Pflegemodelle. *Pflege und Gesellschaft, Heft 3*.
- Weidlich, U. (2011). Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. In *Pflege heute* (S. 65). München: ELSEVIER Urban & Fischer.
- Weinert, F. (1998). Vermittlung von Schlüsselqualifikationen. In D. Schade, & S. Matalik, *Entwicklung in Aus- und Weiterbildung. Anforderungen, Ziele, Konzepte* (S. 23-43). Baden Baden.
- Weinert, F. (2001). Vergleichende Leistungsmessung in Schulen - eine umstrittene Selbstverständlichkeit. In F. Weinert, *Leistungsmessung in Schulen* (S. 17-31). Weinheim: Beltz.
- Weltgesundheitsorganisation. (1948). *Weltgesundheitskonferenz*. Genf, New York.
- Weltgesundheitsorganisation. (12. September 1978). Erklärung von Alma Ata Art. I., (S. 1-3). Alma Ata.

- WHO. (30. Dezember 2013). *Gesundheitsberichtserstattung des Bundes*. (S. Bundesamt, Hrsg.) Abgerufen am 30. Dezember 2013 von [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)
- wissen.de. (2014). (Konradin Medien GmbH, Leinfelden-Echterdingen) Abgerufen am 13. August 2014 von <http://www.wissen.de/search?keyword=Interview>
- Wortbedeutung-info. (2. Juli 2013). *Wortbedeutung.info*. Von <http://www.wortbedeutung.info/Personal> abgerufen
- Wosnitza, M., & Jäger, R. (2006). *Daten erfassen, auswerten und präsentieren - aber wie? Eine elementare Einführung in sozialwissenschaftliche Forschungsmethoden, Statistik, computerunterstützte Datenanalyse und Ergebnispräsentation*. (M. Wosnitza, & J. R.S., Hrsg.) Landau: Empirische Pädagogik.
- Yura, H., & Walsh, M. (1988). *The nursing process: assessing, planning, implementing, evaluating*. (5. Ausg.). Norwalk, USA: Appleton & Lange.
- Zwierlein, E. (1997). Das Krankenhaus der Zukunft - die Zukunft des Krankenhauses - Auf dem Weg zum Magnetkrankenhaus. In E. Zwierlein, *Klinikmanagement* (S. 3-13). München: Urban und Schwarzenberg.

## **Eigenständigkeitserklärung**

Hiermit erkläre ich, daß die vorliegende Dissertation eigenständig und unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle aus fremden Quellen direkte oder indirekt übernommenen Stellen sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form weder einer Prüfungsbehörde vorgelegt noch veröffentlicht.

Murnau am Staffelsee, den 06. März 2016



Adelheid Orthgieß

## Lebenslauf

### **Adelheid Orthgieß**

geboren am 22. November 1958 in Neuburg an der Donau

### **Schulbildung und Berufsausbildung**

1975 Mittlere Reife  
1977 Fachhochschulreife  
1978 Hochschulreife  
1978 – 1981 Berufsfachschule für Krankenpflege, Kliniken St. Elisabeth,  
Neuburg an der Donau,  
Abschluss: Staatsexamen in der Krankenpflege

### **Berufstätigkeit**

#### **Kliniken St. Elisabeth, Neuburg an der Donau:**

1981 – 1982 Krankenschwester in der Anästhesieabteilung und der  
Intensivpflegestation

#### **Krankenhaus Hetzelstift, Neustadt an der Weinstraße:**

1982 – 1983 Krankenschwester auf der anästhesiologischen Intensivstation

#### **Klinikum Ingolstadt:**

1983 – 1986 Krankenschwester auf der anästhesiologischen  
Intensivpflegestation  
1986 – 1990 Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivpflege,  
anästhesiologische Intensivpflegestation, ab 1987 Gruppenleiterin  
Anästhesie und anästhesiologischen Intensivpflegestation

#### **Krankenhaus Hetzelstift ,Neustadt an der Weinstraße:**

1990 - 1992 Fachkrankenschwester Anästhesie und Intensivpflege auf der  
Intensivpflegestation  
1992 - 1997 Leiterin der Intensivpflegestation, Dozententätigkeit in der  
Ausbildung und Weiterbildung in Gesundheitsfachberufen sowie  
Praxisanleiterin  
1997 - 2000 stellvertretende Abteilungsleiterin Anästhesie und Intensivpflege,  
Dozentin und klinische Lehrkraft, Praxisanleiterin der

- Weiterbildungen Gesundheitsfachberufen Intensivpflege und Operative Funktionsbereiche
- 2001 – 2002 hauptamtliche klinische Lehrkraft, Kursleiterin und Dozentin der Weiterbildungen in Gesundheitsfachberufen Intensivpflege und Operative Funktionsbereiche
- 2002 – 2009 Leiterin am Bildungszentrum für Berufe im Gesundheitswesen  
Leiterin der OTA-Schule am Bildungszentrum für Pflegeberufe  
Kursleiterin der Weiterbildungen in Gesundheitsfachberufen Intensivpflege und Operative Funktionsbereiche  
Dozentin der Weiterbildung Praxisanleitung in Gesundheitsfachberufen
- 2004 - 2009 Leiterin der Schule für Gesundheits- und Pflegeberufe

**Klinikum Garmisch-Partenkirchen:**

- 2009 – 2012 Diplom Pädagogin an der Berufsfachschule Gesundheits- und Krankenpflege/Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
- 2010 bis 2012 Kommissarische Gesamtschulleiterin

**Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik, Murnau am Staffelsee:**

- Seit 2012 Leiterin der Berufsfachschule für Krankenpflege, stellvertretende Leiterin des Bildungszentrums für Pflegeberufe

**Weiterbildungen und Studium**

- 1977 – 1978 Studium Fachbereich Sozialwesen, Gesamthochschule Eichstätt, Abschluss mit Vorprüfungszeugnis mit Erlangung der Hochschulreife
- 1984 – 1986 Weiterbildung Fachkrankenpflege für Anästhesie und Intensivmedizin, Klinikum Ingolstadt
- 1991 – 1992 mehrere Didaktische Seminare, Krankenhaus Hetzelstift, Neustadt an der Weinstraße
- 1994 – 1996 Weiterbildung/Führungsseminar zur Leitung einer Pflege- oder Funktionseinheit im Gesundheitswesen Edith Stein Akademie, Neuwied
- 1998 – 2000 Führungstraining für Stationsleitungen, Edith Stein Akademie, Neuwied

- 2001 – 2003 Weiterbildender Studiengang „Betriebspädagogik“ Universität Koblenz Landau, Campus Landau, Abschluss Zertifikat Betriebspädagogik,  
Thema der Zertifikatsarbeit: „Entwicklung eines tätigkeitsbezogenen Anforderungsprofils für die Tätigkeiten einer Fachpflegekraft für Anästhesie“
- 2003 – 2005 Weiterbildender Studiengang „Führungspädagogik“ Universität Koblenz Landau, Campus Landau; Abschluss Zertifikat Führungspädagogik,  
Thema der Zertifikatsarbeit: „Systemtheorie und Führung. Bietet die Systemtheorie ein Strukturmodell des Führens? Ein Modell, dargestellt am Beispiel der komplexen Organisation eines Bildungszentrums“
- 2003 – 2006 Studium der Erziehungswissenschaften, Universität Koblenz Landau, Campus Landau, Abschluss Diplom Pädagogin,  
Thema der Diplomarbeit: „Qualitätsmanagement im Bildungswesen für Gesundheit am Beispiel der Weiterbildung in Gesundheitsfachberufen“
- 2010 – 2016 Doktorandin an der Universität Koblenz Landau, Fachbereich 5 Erziehungswissenschaften, Campus Landau
- 2016 Promotion an der Universität Koblenz Landau, Fachbereich 5 Erziehungswissenschaften, Campus Landau

## **Gremienarbeit**

- 1992 – 1995 Mitglied in der Arbeitsgemeinschaft zur Erarbeitung des Landesgesetzes über die Weiterbildung in Gesundheitsfachberufe, Rheinland Pfalz
- Seit 2012 Mitglied der Prüfungsfragenkommission in Oberbayern für das schriftliche Staatsexamen in der Krankenpflege, Prüfungstag 1
- Seit 2013 Zweite Vorstandsvorsitzende der Landesarbeitsgemeinschaft für Schulleitungen der Berufsfachschulen für Krankenpflege in Oberbayern (LAGB)

Murnau am Staffelsee, 1. November 2016



Adelheid Orthgieß