

Zweitveröffentlichung/ Secondary Publication



Staats- und
Universitätsbibliothek
Bremen

<https://media.suub.uni-bremen.de>

Darmann-Finck, Ingrid ; Glissmann, Gerlinde

Kompetenzdiagnostik im Berufsfeld Pflege

Journal Article as: peer-reviewed accepted version (Postprint)

DOI of this document* (secondary publication): <https://doi.org/10.26092/elib/3286>

Publication date of this document: 06/09/2024

* for better findability or for reliable citation

Recommended Citation (primary publication/Version of Record) incl. DOI:

Kompetenzdiagnostik im Berufsfeld Pflege. Ingrid Darmann-Finck and Gerlinde Glissmann
Pflege 2011 24:3, 195-204. Hogrefe. DOI: <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000120>

Please note that the version of this document may differ from the final published version (Version of Record/primary publication) in terms of copy-editing, pagination, publication date and DOI. Please cite the version that you actually used. Before citing, you are also advised to check the publisher's website for any subsequent corrections or retractions (see also <https://retractionwatch.com/>).

Diese Artikelfassung entspricht nicht vollständig dem in der Zeitschrift Pflege veröffentlichten Artikel unter <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000120>. Dies ist nicht die Originalversion des Artikels und kann daher nicht zur Zitierung herangezogen werden.

This document is made available with all rights reserved.

Take down policy

If you believe that this document or any material on this site infringes copyright, please contact publizieren@suub.uni-bremen.de with full details and we will remove access to the material.

Kompetenzdiagnostik im Berufsfeld Pflege

- **Was ist (zu dieser Thematik) schon bekannt?**

Die Messung von Pflegekompetenz als Outcome von innovativen Bildungsprogrammen erfolgt derzeit überwiegend in Form von subjektiven Selbst- und Fremdeinschätzungen.

- **Was ist neu?**

National wie international gibt es eine erhebliche Forschungslücke in der systematischen, theoretisch und empirisch fundierten Entwicklung von Instrumenten zur Messung von Pflegekompetenz.

- **Welche Konsequenzen haben die Ergebnisse für die Pflegepraxis?**

Es besteht ein Entwicklungsbedarf für Kompetenzmessverfahren, die unterschiedliche Methoden kombinieren und auf einem theoretisch und empirisch begründeten Kompetenzmodell beruhen.

Effizienz und Effektivität von Bildungsprogrammen im Berufsfeld Pflege lassen sich letztlich nur durch die Messung der erreichten Lernergebnisse überprüfen und vergleichen. Auf der Suche nach einem geeigneten diagnostischen Instrumentarium wurde eine umfassende Literaturrecherche zum gegenwärtigen Stand der Kompetenzdiagnostik im Berufsfeld Pflege im deutschsprachigen Raum vorgenommen. Eine ebensolche Recherche wurde in einschlägigen internationalen Fachzeitschriften durchgeführt. Die Recherchen führten zu dem Ergebnis, dass es national wie international bislang eine erhebliche Forschungslücke in der systematischen, theoretisch und empirisch fundierten Entwicklung von Instrumenten zur Diagnostik von Pflegekompetenz gibt. Abschließend werden Schlussfolgerungen für die Entwicklung von Instrumenten der Kompetenzdiagnostik gezogen.

Hintergrund

In den letzten Jahren wurden in der Bundesrepublik zahlreiche Modellprojekte initiiert und abgeschlossen, mit denen Strukturreformen der Pflegeausbildung erprobt wurden. Hierbei lassen sich integrierte, integrative und generalistische Ausbildungsprogramme auf Berufsfachschulniveau von (dualen) Bachelorstudiengängen an Fachhochschulen oder Universitäten unterscheiden. Um die Effektivität dieser Reformen überprüfen und die verschiedenen Modelle weiterentwickeln zu können, sind Erkenntnisse hinsichtlich der von den Lernenden erzielten Lernergebnisse vonnöten. Im Erwerb von beruflicher Handlungskompetenz bestehen sowohl das Ziel als auch das Ergebnis von pflegebezogenen Bildungsprozessen. Erpenbeck und von Rosenstiehl (2003: XI) verstehen unter Kompetenzen «Dispositionen selbstorganisierten Handelns», das heißt, mit Kompetenz ist zumindest im deutschsprachigen Raum das Potenzial eines Subjekts gemeint, in immer neuen Situationen adäquate Handlungen hervorbringen. Mit dem Begriff der Performanz dagegen werden die tatsächlich erbrachten und beobachtbaren Leistungen bezeichnet. Kompetenzen beziehen sich stets auf die spezifischen Anforderungsbereiche und Situatio-

nen einer bestimmten Domäne. Im Unterschied zu Qualifikationen, die durch Training erworben werden können, steht die Aneignung von Kompetenzen in engem Zusammenhang mit der Persönlichkeitsentwicklung eines Lernenden, und sie führt außerdem zu Fähigkeiten, die sich aus Bildungszielen ergeben. Während Weinert (2001) in einem für die OECD erstellten Gutachten Kompetenz ausschließlich auf kognitive Dispositionen beschränkt, wird für die Berufsbildung ein erweiterter Kompetenzbegriff zugrunde gelegt, der auch die Entwicklung beruflicher Identität und des darauf gründenden beruflichen Engagements (Rauner, Heinemann & Haasler, 2009: 11) beziehungsweise affektive und psychomotorische Dimensionen sowie die entsprechenden Persönlichkeitseigenschaften (Achtenhagen & Baethge, 2007: 55) beinhaltet. In welchem Ausmaß Kompetenzen durch (Aus-)Bildung entwickelt werden, kann anhand von Verfahren der Kompetenzdiagnostik ermittelt werden.

Ergebnisse der Kompetenzdiagnostik erlauben Rückschlüsse auf die Wirkungen und die Wirksamkeit von (Aus-) Bildungsangeboten auf unterschiedlichen Ebenen (Hartig & Jude, 2007: 17):

- Auf individueller Ebene dient die Kompetenzdiagnostik der Ermittlung der Lernvoraussetzungen und des spezifischen Förderbedarfs von Lernenden, bei Abschlussprüfungen der Feststellung des Zielerreichungsgrads der Ausbildung. Bei erfahrenen Pflegekräften können formell und informell erworbene Kompetenzen nachgewiesen und anschließend beispielweise in einen Qualifikationsrahmen, wie dem Europäischen oder Deutschen Qualifikationsrahmen, eingeordnet werden. Diese Qualifikationsrahmen formulieren Lernergebnisse auf bestimmten Qualifikationsniveaus, sie stellen aber selbst keine Messinstrumente dar (Sloane, 2008:17).
- Auf der Ebene der Institutionen, also der einzelnen Schulen, können an-

- hand einer Überprüfung der erreichten Kompetenzen Curricula sowie die praktizierten didaktischen und methodischen Ansätze evaluiert werden.
- Auf der Ebene des Pflegeberufsbildungssystems in der Bundesrepublik kann durch die Messung von Kompetenzen der Absolventen die Effektivität von Strukturreformen der Pflegebildung überprüft werden. Auf internationaler oder EU-Ebene können anhand von vergleichenden Kompetenzmessungen, wie zum Beispiel der Internationalen Leistungsvergleichsuntersuchung PISA, Anhaltspunkte für die Weiterentwicklung von Bildungssystemen gewonnen werden (zur Machbarkeitsstudie Berufsbildungs-PISA: Baethge, Achtenhagen, Arends, Babic, Baethge-Kinsky & Weber, 2006).
 - Auf der Ebene der Forschung sind Instrumente zur Kompetenzdiagnostik erforderlich, um die Kompetenzentwicklung in einem beruflichen Feld und die Wirkung verschiedener Einflussfaktoren sowie die Wechselwirkungen zwischen den individuellen, institutionellen und systemischen Faktoren untersuchen zu können.

Geht es wie bei den Strukturreformen der Pflegebildung um die Ebene des Berufsbildungssystems, müssen sogenannte Large-Scale-Assessments entwickelt werden, also Methoden, die es erlauben, größere Samples zu erfassen. Einerseits müssen die dabei verwendeten Methoden – um Vergleichbarkeit zu gewährleisten – einen höheren Grad an Standardisierung aufweisen als beispielsweise bei der individuellen Diagnostik des Lehrers; dies darf aber auf der anderen Seite nicht dazu führen, dass nur noch solche Kompetenzen in den Fokus kommen, die messtechnisch effektiv erfasst werden können. Zwar werden in der Pflegeausbildung schon jetzt strukturelle Reformen evaluiert, dies bislang aber mit methodisch un-

zureichenden diagnostischen Instrumenten, so dass die Aussagekraft der Evaluationsergebnisse als eher gering einzuschätzen ist. Ausgangspunkt des vorliegenden Beitrags war zunächst die Fragestellung, welcher Zugewinn hinsichtlich der Kompetenzen durch eine akademische oder duale Pflegeerausbildung festzustellen ist. Die sich an diese Fragestellung anschließende explorative Studie führte zu der Erkenntnis, dass erst einmal Fortschritte in der Entwicklung von Verfahren zur Kompetenzdiagnostik im Berufsfeld Pflege erforderlich sind. Auf der Suche nach einem geeigneten Verfahren wurde eine umfassende Literaturrecherche im deutschsprachigen und im internationalen Raum durchgeführt. Mit dieser Literaturrecherche sollte die Frage beantwortet werden, welche Ansätze zur Kompetenzmessung sich national und international im Berufsfeld Pflege identifizieren lassen.

Bei der nationalen Literaturrecherche wurden vor allem größere Modellvorhaben fokussiert, die extern durch wissenschaftliche Institute evaluiert worden sind. Hierzu wurden neben einer Internetrecherche die Jahrgänge 2004 bis 2010 der Zeitschrift «Pflegewissenschaft» durchsucht, außerdem wurde in einigen Fällen Kontakt zu den evaluierenden Instituten aufgenommen, um auch nicht veröffentlichte Ergebnisberichte einzubeziehen. Die internationale Literaturrecherche erfolgte in der Datenbank Pubmed anhand der Suchbegriffe «nurse competence», «clinical competence», «clinical performance» in Kombination mit den Begriffen «evaluation», «measurement» sowie «assessment». Die Suche wurde begrenzt auf englischsprachige Literaturreviews, erschienen in Pflegezeitschriften der letzten zehn Jahre. Für die Auswertung wurden nur diejenigen Arbeiten eingeschlossen, in denen Verfahren der Kompetenzmessung bei professionell Pflegenden untersucht

wurden und die nicht auf spezielle Handlungsfelder bezogen waren. Der Schwerpunkt dieses Beitrags liegt in der strukturierten Darstellung der Ergebnisse der nationalen und internationalen Recherche. Abschließend werden einige Schlussfolgerungen für die Entwicklung eines Verfahrens zur Kompetenzdiagnostik in der Pflege gezogen. Der Artikel beginnt mit einem Einblick in die zunächst durchgeführte Pilotstudie zur Überprüfung der durch eine akademische Erstausbildung erworbenen Kompetenzen.

Eine Pilotstudie zur Überprüfung der durch eine akademische Erstausbildung erworbenen Kompetenzen

Mit der Forschungsfrage, welcher Zugewinn durch eine Akademisierung der Pflegeerausbildung in Bezug auf die daraus resultierenden Kompetenzen bei den Pflegenden zu erwarten ist, wurde im Frühjahr 2009 eine kleine Pilotstudie initiiert. Die Studie war außerdem als Vorstudie zur Entwicklung einer fachdidaktisch begründeten Testkonzeption für das Berufsfeld Pflege gedacht. Für die Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein exploratives Studiendesign gewählt. Die Kompetenzerhebung erfolgte anhand von zwei etwa 90-minütigen Gruppendiskussionen (Berufsfachschüler n = 5, Fachhochschulstudierende n = 3) auf der Basis eines komplexen Fallbeispiels zu einem älteren, an Krebs erkrankten Patienten mit ausgeprägter Schmerzsymptomatik, dessen Schmerzen bislang nur unzureichend therapiert wurden. Die Teilnehmer sollten die Diskussion anhand von Leitfragen selbst strukturieren. Sowohl die Berufsfachschüler als auch die Fachhochschulstudierenden befanden sich im sechsten Semester ihrer Ausbildung kurz vor dem Examen. Das Fallbeispiel lässt sich der Interaktionistischen Pflegedidaktik (Darmann-Finck, 2009) zufolge als pflegeberufliches Schlüsselproblem

kennzeichnen, das heißt, dass anhand der Fallsituation nicht nur Regelwissen, sondern auch die Kompetenzen zur Deutung des Falls aus unterschiedlichen Perspektiven und zur kritischen Reflexion gesellschaftlicher Widersprüche erfasst werden können. Auch die Aufgabenstellungen zielten auf diese verschiedenen Dimensionen ab. Die Methode der Gruppendiskussion wurde eingesetzt, weil die Lernenden sich in der Gruppe wechselseitig Impulse geben können und dadurch möglicherweise ein größeres Spektrum an inhaltlichen Beiträgen generieren als beispielsweise in Einzelinterviews. Aus den Diskussionsbeiträgen sollten dann Kategorien für Folgestudien gewonnen werden. Die beiden Gruppendiskussionen wurden digital aufgezeichnet und transkribiert. Für die Kompetenzmessung wurde ein selbst entwickeltes halbstandardisiertes Instrument zugrunde gelegt, mit dem kognitive Leistungen erfasst wurden. Auch bei der Entwicklung des Messinstruments flossen fachdidaktische Gesichtspunkte ein, indem das von Metzger, Waibel, Henning, Hodel und Luzi (1993, zit. nach Hofmeister, 2005) weiterentwickelte und reduzierte Bloomsche Kategoriensystem, das die Dimensionen «Reproduzieren», «Synthetisieren/Analysieren» und «Reflektieren/Bewerten» unterscheidet, um die Kategorien «Urteilsbildung und Verständigung in Pflegesituationen» und «Kritische Reflexion gesellschaftlicher Widersprüche» erweitert wurde. Diese beiden Kategorien könnten zwar auch als Unterkategorien der drei anderen Kategorien betrachtet werden, sie wurden aber wegen ihrer Bedeutsamkeit für die Pflege differenziert. In den verschiedenen Kategorien wurde nach positiven (korrekten) und negativen (zum Beispiel falschen, pauschalisierenden beziehungsweise auf Meinungen anstelle von Wissen gründenden) Antworten unterschieden.

Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass die Fachhochschulstudierenden pro Teilnehmer mehr positive kognitive Leistungen generierten als die Berufsfachschüler. Allerdings sind die Forschungsergebnisse vor allem aufgrund der geringen Teilnehmerzahl und der mangelnden Objektivität, Reliabilität und Validität des verwendeten Messinstrumentes methodisch nicht belastbar. Aus dieser Vorstudie wurde daher der Schluss gezogen, dass die Forschungsfrage erst beantwortet werden kann, wenn ein geeignetes diagnostisches Verfahren für Pflegekompetenz vorliegt. Dabei ist sowohl zu klären, anhand welcher Arrangements die Erhebung von Kompetenzen erfolgen als auch mit welchen Instrumenten die Auswertung der gezeigten Leistungen vorgenommen werden könnte.

Kompetenzdiagnostik in der Pflege in Deutschland

Viele der in den letzten Jahren durchgeführten Modellprojekte zur Erprobung von Strukturreformen in der Pflegeausbildung wurden wissenschaftlich begleitet beziehungsweise evaluiert, zum Teil auf der Basis eines feldexperimentellen Studiendesigns mit Modell- und Vergleichsgruppe. Die im Rahmen der Evaluationen eingesetzten Methoden zur Diagnostik der in den unterschiedlichen Ausbildungsprogrammen erworbenen pflegerischen Kompetenzen sind vielfältig. Nachfolgend werden die unterschiedlichen Ansätze zur Kompetenzdiagnostik systematisiert und anhand ausgewählter Beispiele illustriert. Ziel hierbei ist, den derzeitigen Stand der Kompetenzdiagnostik in der Pflegeausbildung strukturiert darzustellen und kritisch zu diskutieren, um Ansatzpunkte für deren Weiterentwicklung zu gewinnen. Die in den Modellprojekten eingesetzten beziehungsweise erprobten Verfahren zur Kompetenzdiagnostik lassen sich unterscheiden in Hinblick auf die *Erhebungsmethoden* und

hinsichtlich der *Kompetenzmessinstrumente/-modelle*, also der Auswertungsinstrumente.

Erhebungsmethoden

Hinsichtlich der Erhebung von Daten für die Einschätzung von Kompetenzen ist zu unterscheiden zwischen Studien, in denen eine subjektive Einschätzung von Kompetenzen auf der Basis alltäglicher Beobachtungen der Befragten erfolgt, und Studien, in denen Kompetenzen direkt erhoben und ausgewertet werden. Nur bei letzteren handelt es sich im engeren Sinne um Ansätze zur Kompetenzdiagnostik. Dennoch stehen subjektive Verfahren der Kompetenzeinschätzung bei der Evaluation von Modellprojekten an erster Stelle, sie werden zumeist jedoch durch andere Erhebungsverfahren ergänzt (unter anderem Görres, Krippner, Stöver & Bohns, 2006; Görres, Stöver, Bomball, Stolle & Mazzola, 2007; Görres, Bomball, Schoska, Scheunpflug & Stanat, 2008b; Görres, Bomball, Schmitt, Schoska & Stöver, 2008a; Klaes, Schüler, Reiche, Raven, Weidner, Rottländer et al., 2008; Panke-Kochinke, 2008; Kooperationsverbund niedersächsischer Krankenpflegeschulen, 2009). Unter *subjektiven Einschätzungen* sind sowohl die *Selbsteinschätzungen* der Auszubildenden angesichts ihrer pflegerischen Handlungskompetenzen zu verstehen als auch die diesbezüglichen *Fremdeinschätzungen* beispielsweise der Lehrenden, Praxisanleitenden, Pflegedirektoren beziehungsweise Stations- und Wohnbereichsleitungen. Um die Selbsteinschätzungen der Auszubildenden zu erheben, wurden in den Modellprojekten zumeist Fragebögen, zum Teil auch Gruppendiskussionen verwendet. Fremdeinschätzungen wurden neben Fragebögen und Gruppendiskussionen auch mittels Expertenbefragung sowie Telefoninterviews eingeholt. Exemplarisch sei an dieser Stelle auf das Mo-

dellprojekt «Integrierte Pflegeausbildung in Bremen» verwiesen (Görres et al., 2006). In diesem wurden unter anderem Selbsteinschätzungen der Auszubildenden als auch Fremdeinschätzungen der Praxisanleitenden und Lehrenden anhand standardisierter Fragebögen sowie mündlicher Befragungen erhoben (Geiß, 2006: 166 – 194). Die eingesetzten Instrumente bezogen sich vorwiegend auf die in der Berufspädagogik verbreitete Unterteilung beruflicher Handlungskompetenz in die vier Dimensionen Fachkompetenz, Methodenkompetenz, personale Kompetenz sowie sozial-kommunikative Kompetenz. Darüber hinaus wurden in die Selbsteinschätzungsbögen Items zur Erfassung internaler Kontrollüberzeugungen sowie des Selbstkonzeptes eigener Fähigkeiten eingebaut (Geiß, 2006: 166 – 194). Dass in den Modellprojekten häufig auf Selbst- oder Fremdeinschätzungen zurückgegriffen wird, um Kompetenzen zu diagnostizieren, dürfte vor allem darauf zurückzuführen sein, dass diese Methode relativ einfach und kostengünstig zu bewerkstelligen ist, was angesichts der in den Modellprojekten häufig nur in sehr begrenztem Umfang zur Verfügung stehenden finanziellen sowie personellen Ressourcen nachvollziehbar ist. Ein objektives Ergebnis ist auf der Basis dieser Methode aber nicht zu erwarten; letztlich kann auf diese Weise lediglich die Zufriedenheit der Akteure mit dem Ausbildungsprogramm untersucht werden.

Bei den zur Kompetenzdiagnostik eingesetzten Verfahren lassen sich schriftliche, mündliche und praktische Formen der Datenerhebung unterscheiden. In den Modellprojekten erfolgt die *schriftliche Datenerhebung* beispielsweise mittels Klausuren, Fachwissenstests, Praxisaufträgen, Reflexionsaufgaben, offener Lerntagebücher, schriftlicher Examensprüfungen sowie Pflegeplanungen im Rahmen von Examensprü-

fungen. Bei der schriftlichen Kompetenzerhebung mittels Klausuren beziehungsweise Tests können je nach Art des Aufgabenformats unterschiedliche kognitive Kompetenzen erfasst werden. Das Spektrum reicht von einem reproduktionsbezogenen Multiple-Choice-Test bis hin zu einer auf komplexen typischen Fallsituationen basierenden Klausur mit Aufgaben, welche neben der begründeten Darstellung von Fachwissen unterschiedlichster Disziplinen beispielsweise auch auf Problemlösung, Entscheidungsfindung, Urteilsbildung sowie kritisches Hinterfragen unter anderem von Handlungsrouninen zielen. Aber auch wenn komplexe kognitive Kompetenzen abgeprüft werden, ist mit der schriftlichen Erhebung die Einschränkung verbunden, dass die Ergebnisse keine Rückschlüsse auf die Handlungskompetenz in der pflegerischen Praxis zulassen. Ebenso bleibt die Frage offen, ob die ausgewählten Fallsituationen/Arbeitsaufgaben die für die Pflege zentralen beziehungsweise relevanten kognitiven Kompetenzen widerspiegeln und wie repräsentative Arbeitsaufgaben gefunden werden können, mit denen diese Kompetenzen valide gemessen werden können. Die Evaluationsberichte der Modellprojekte geben nur unzureichend Informationen über das jeweilige Format der eingesetzten Klausuren oder Tests. Exemplarisch sei auf zwei Projekte hingewiesen:

Erstens das Projekt «Integrative Pflegeausbildung – Das Stuttgarter Modell©» (Görres et al., 2007; Stöver, Schmitt & Görres, 2008), bei dem für die schriftliche Kompetenzerhebung auf Praxisaufträge, Klausuren, schriftliche Examensprüfungen sowie Pflegeplanungen zurückgegriffen wurde (Görres, Stöver, Schmitt, Bomball, Schoska & Schwanke, 2008c: 43f.). Die Klausuren basierten auf jeweils einer Pflegesituation und entstammten dem ersten, zweiten und dritten Ausbildungsjahr (ebd.: 49ff.).

Zweitens das Modellprojekt «Generalistische Pflegeausbildung am Klinikum Nürnberg» (Görres et al., 2008b), in dem Fachkompetenzen (Fachwissen) unter anderem durch einen Multiple-Choice-Test erfasst wurden (ebd.: 40 – 48). Der Test umfasste 100 Fragen zu den Bereichen «allgemeine Pflege», «Dekubitus», «psychiatrische Pflege», «Altenpflege», «Hygienestandards» sowie «Rechtsvorschriften und standespolitische Aspekte» (ebd.: 40 – 43).

Eine *mündliche Kompetenzerhebung* wurde in nur wenigen Modellprojekten praktiziert. Das bekannteste Beispiel ist das Modellvorhaben «Pflegeausbildung in Bewegung», in dem Auszubildende gefordert waren, pflegerische Fallstudien in Gruppen zu bearbeiten. Das Modellvorhaben umfasste acht unterschiedliche Modellprojekte für integriert beziehungsweise generalistisch ausgerichtete Pflegeausbildungen. Um die pflegerischen Handlungskompetenzen der Auszubildenden in den acht Modellprojekten zu erfassen, wurde das Verfahren «Kasseler Kompetenz-Raster (KKR)», das ursprünglich für betriebliche real-existierende Arbeitsgruppen entwickelt wurde (Kauffeld, Grote & Frieling, 2003), für die Pflegeausbildung adaptiert («KKR plus Pflege»; Klaes et al., 2008: 9, 34 – 36, 163; Kauffeld, 2007). Beim «KKR plus Pflege» werden die Kompetenzen der Auszubildenden durch Gruppendiskussionen zu pflegerischen Fallstudien erhoben, bei denen Haupt- und Nebenprobleme identifiziert und Lösungswege eruiert werden sollen. Diese Gruppendiskussionen wurden per Video aufgezeichnet und von Ratern mittels eines standardisierten Kodierschemas analysiert. Wie bei der schriftlichen Kompetenzerhebung steht dabei die Erfassung kognitiver Kompetenzen im Vordergrund. Die mündliche Kompetenzerhebung mittels Gruppendiskussionen hat gegenüber der schriftlichen jedoch den Vorteil, dass auch Teile der

sozialen Kompetenzen der Diskutanten untersucht werden können. Die Grenzen der mündlichen Kompetenzerhebung liegen wie bei der schriftlichen darin, dass die Bearbeitung von Fallstudien in Gruppen nur einen kleinen Ausschnitt der Berufswirklichkeit, in der pflegerische Handlungskompetenzen gefordert sind, darstellt. Hinzu kommt, dass «Handlungsexperten [...] nicht zwingend Verbalisierungsexperten» (ebd.) sein müssen. Folglich liegt dem Verfahren eine reduzierte Operationalisierung des Konstrukts «pflegerische Handlungskompetenz» zugrunde (Kauffeld, 2007: 28). Ein Rückschluss von den mittels des Verfahrens «KKR plus Pflege» erhobenen Kompetenzen auf Handlungskompetenzen im realen Feld ist daher nicht möglich (ebd.). Hinsichtlich der gezeigten sozialen Kompetenz ist außerdem zu berücksichtigen, dass sich die Kommunikationssituation während einer Gruppendiskussion erheblich von einer realen Kommunikationssituation zum Beispiel zwischen Pflegenden und Patienten unterscheidet. Während erstere handlungsentlastet zwischen gleichberechtigten Auszubildenden einer Berufsgruppe stattfindet, ist die letztere in der Regel gekennzeichnet durch Handlungsdruck und ein unterschiedliches Machtniveau zwischen den Gesprächspartnern. Schließlich können mit diesem Verfahren die Kompetenzen Einzelner nur unzureichend ermittelt werden, da sie durch die Gruppensituation beeinflusst und unter Umständen sogar verdeckt werden können. Das Verfahren ist daher zur Kompetenzmessung nicht geeignet, das Einsatzgebiet liegt vielmehr im Bereich der Personal- und Organisationsentwicklung (Kauffeld et al., 2003).

Eine direkte Erhebung der *praktischen Kompetenzen* von Auszubildenden oder Absolventen erfolgt in den Modellprojekten unter anderem mittels Beobachtungen im Rahmen der praktischen

Examensprüfungen beziehungsweise in pflegepraktischen Alltagssituationen oder mittels videogestützter und strukturierter Beobachtungen der Auszubildenden in einer Fallsimulation durch einen «standardisierten Patienten». Die praktische Kompetenzmessung weist im Vergleich zur schriftlichen oder mündlichen die größte Nähe zwischen der Situation der Leistungserbringung und der realen Arbeitssituation von Pflegenden auf und ermöglicht so die Einschätzung von Kompetenzen zur Ausführung komplexer pflegerischer Tätigkeiten oder Handlungen auf der Grundlage von realem Tun beziehungsweise Arbeitshandeln. Bei der Beobachtung im Feld können pflegerische Handlungskompetenzen in dem Kontext, in dem sie tagtäglich erbracht werden, erhoben werden. Während sich pflegerische Situationen im Feld aber kaum standardisieren und kontrollieren lassen, ist dies durch praktische Prüfungen – oder noch besser: durch die Simulation von Pflegesituationen – eher möglich. Eine wesentliche Begrenzung der praktischen Kompetenzerhebung ist darin zu sehen, dass nur beobachtbares Verhalten erfasst wird und zentrale Aspekte beruflicher Kompetenz, wie beispielsweise berufliche Identität, Arbeitsmoral, berufliches und betriebliches Engagement (Rauner et al., 2009: 29ff.), gesellschaftliche Teilhabe (Achtenhagen & Baethge, 2007) sowie implizites und explizites Begründungswissen (Watson, 2002) ausgeblendet werden. Ferner ist der hohe Zeitaufwand zur Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der Beobachtungen zu nennen. Nachfolgend werden zwei Beispiele für die Erhebung praktischer Kompetenzen skizziert.

Im Rahmen des «Stuttgarter Modells©» wurden unter anderem Kompetenzen durch nicht-teilnehmende Beobachtungen im Rahmen der praktischen Examensprüfungen (Görres et

al., 2007: 62–68) beziehungsweise in pflegerischen Alltagssituationen erfasst (Görres et al., 2008c: 11–15). Sowohl die Vergleichbarkeit der in den Examensprüfungen (Görres et al., 2007: 62) als auch der in den pflegepraktischen Alltagssituationen beobachteten Kompetenzen war allerdings kaum gegeben (Görres et al., 2008c: 27–41).

Als zweites Beispiel ist das Modellprojekt «Generalistische Pflegeausbildung am Klinikum Nürnberg» anzuführen (Görres et al., 2008b), bei dem neben anderen Methoden videogestützte, nicht-teilnehmende, strukturierte Beobachtungen anhand einer Fallsimulation durch einen «standardisierten Patienten» (ebd.: 19) zum Einsatz kamen (ebd.: 14). Die Simulation umfasste die Interaktion der Auszubildenden mit einem neu aufgenommenen, dekubitusgefährdeten älteren Patienten und erstreckte sich jeweils über zehn Minuten. Die Auswertung der Videosequenzen erfolgte mithilfe von Kompetenzplänen durch zwei unabhängige Kodierer. Die Ergebnisse der strukturierten Beobachtungen sind laut dem Evaluationsteam unter anderem aus dem im folgenden Zitat beschriebenen Grund «nur bedingt belastbar» (ebd.: 54): «Obwohl Items, bei denen die Übereinstimmung zwischen den Kodierern besonders gering war, ausgeschlossen werden, ist der Anteil derjenigen Items, bei denen die Kodierer nicht zum gleichen Schluss kamen, immer noch relativ hoch. Dies lässt vermuten, dass es entweder im Bereich der Pflege auf der Mikroebene keinen hinreichenden Konsens darüber gibt, was «Pflegekompetenz» ausmacht oder dass die Kodieranweisungen nicht hinreichend genau sind» (ebd.).

Resümierend lässt sich festhalten, dass die Evaluation der Strukturreformen der Pflegeausbildung bislang primär auf Basis von Zufriedenheitsbefragungen der beteiligten Akteure erfolgte (zu den zusammengefassten Ergebnissen

der bundesweiten 42 Reformprojekte vgl. Görres, Stöver, Schmitt, Bomball & Schwanke, 2010). Zwar wurden auch zahlreiche Methoden der Kompetenzerhebung erprobt, eine systematische und theoretisch fundierte Entwicklung von diagnostischen Instrumenten erfolgte bisher aber nicht. Während mit den beschriebenen schriftlichen und mündlichen Erhebungen in erster Linie kognitive Kompetenzen erfasst werden können, erlauben Beobachtungen der praktischen Leistungserbringung die Erhebung der Fähigkeit zum angemessenen Handeln im Feld (Spöttl & Musekamp, 2009). Beide Erhebungsverfahren sind mit Begrenzungen verbunden. Werden in Testsituationen kognitive Kompetenzen erhoben, so kann aus dem Vorhandensein der Kompetenzen nicht automatisch auf berufliche Handlungsfähigkeit geschlossen werden. Wird die Performanz der Pflegenden erhoben, dann können daraus nur mit Einschränkungen Vermutungen über die zugrunde liegenden Kompetenzen als Dispositionen abgeleitet werden. Eine systematische Reflexion der verwendeten Instrumente unter diesen Fragen steht in Deutschland noch aus; auch wird bislang die Auswahl der Assessmentsituationen noch zu wenig reflektiert.

Kompetenzmessinstrumente/-modelle

Dem überwiegenden Teil der Modellprojekte, und damit auch der Kompetenzdiagnostik im Rahmen der Evaluationen, lag als Kompetenzmodell die in der Berufspädagogik verbreitete Unterteilung beruflicher Handlungskompetenz mit den Dimensionen Fachkompetenz, Methodenkompetenz, personale Kompetenz sowie sozial-kommunikative Kompetenz und deren weitergehende Operationalisierung durch Arbeitsgruppen der jeweiligen Modellprojekte zugrunde. Eine Ausnahme bildete das Projekt «Integrative Pflegeausbildung – Das Stuttgarter Modell©», das auf ei-

nem theoretisch begründeten Kompetenzmodell mit den sieben Kompetenzbereichen «Analytisch-reflexive Begründungskompetenz», «Praktisch-technische Kompetenz», «Interaktive Kompetenz», «Ethisch-moralische Kompetenz», «Planungs- und Steuerungskompetenz», «Gesellschafts- und berufspolitische Kompetenz» sowie «Organisations-/systembezogene Kompetenz» basiert (Görres et al., 2007: 19). Dieses Kompetenzmodell wurde im Rahmen der Ausbildungskonzeption entwickelt und «ist an den von Weidner (1995: 122) beschriebenen konstitutiven Kompetenzen professionellen Pflegehandelns angelehnt, die zum einen (pflege-)wissenschaftliche Begründungskompetenz und zum anderen Entscheidungs- und Handlungskompetenz umfassen» (Görres et al., 2007: 50). Jeder der sieben Kompetenzbereiche wurde in Hinblick auf dessen zugehörige Performanz durch konkrete Verhaltensweisen operationalisiert. In Deutschland basieren die Messinstrumente folglich auf theoretisch entwickelten Kompetenzmodellen, bei denen allgemeine Modelle durch Plausibilitätsüberlegungen auf den pflegerischen Gegenstandsbereich übertragen werden. Damit ist nicht gewährleistet, dass die Kompetenzen die Voraussetzungen für kompetentes Pflegehandeln tatsächlich abdecken, das bedeutet, die Validität des Instruments ist infrage gestellt. Es fehlt ein empirisch und fachdidaktisch fundiertes Kompetenzmodell, das pflegerische Handlungskompetenz umfassend und wirklichkeitsnah abbildet und auf dessen Grundlage Kompetenzmessinstrumente entwickelt werden können, die in der Lage sind, Pflegekompetenz valide zu erfassen. Darüber hinaus existiert bislang kein Messinstrument, das den Anspruch erhebt, über Inter- und Intrarater Reliabilität hinaus weitere testtheoretische Gütekriterien zu erfüllen.

Kompetenzmessung in der Pflege international

International lässt sich die Diskussion um ein Assessment der Kompetenzen von Pflegenden bis in die 1970er-Jahre zurückverfolgen (Watson, Stimpson, Topping & Porock, 2002: 428). Durch den in den letzten zehn Jahren erfolgten Wandel bei der Curriculumkonstruktion hin zu outcome- und kompetenzorientierten Curricula steht die Frage, wie die Zielerreichung überprüft werden kann, erneut ganz oben auf der Agenda.

In Hinblick auf die Evaluation der (klinischen) Kompetenzen scheiden sich die Auffassungen in der internationalen Literatur dahingehend, wie der Begriff Kompetenz zu konzeptualisieren ist (Murrells, Robinson & Griffiths, 2009; Cowan, Norman & Coopamah, 2005; Watson et al., 2002). Der erste, als behavioristisch gekennzeichnete Ansatz fokussiert Tätigkeiten und Fertigkeiten und stützt sich beim Assessment der Kompetenz auf die direkte Beobachtung der Performanz (Watson et al., 2002). Dieser Ansatz wird deswegen kritisiert, weil er zu stark auf beobachtbares Verhalten fokussiert, nicht die dahinterliegenden Begründungen und Fähigkeiten berücksichtigt und auf das Training von Idealverhalten abzielt. Der zweite Ansatz, der eher dem in Deutschland vorherrschenden Verständnis entspricht, zielt auf die allgemeinen, in der Person liegenden und übergreifenden Voraussetzungen kompetenter Performanz wie Wissen und die Fähigkeit des *critical thinking* (ebd.). In der Literatur wird diskutiert, dass vor allem auf Seiten der Praxiseinrichtungen ein großes Interesse an der Durchsetzung von Kompetenzstandards im Sinne von klinischer Performanz besteht, während die Bildungseinrichtungen stärkeren Wert auf die Förderung von Kompetenzen als Dispositionen legen, wobei die zwei Lager als theoriebasiert (*theory-based*) und

praxisbasiert (*practice-based*) gekennzeichnet werden können (ebd.). Zu einer integrativen Sichtweise gelangen beispielsweise Cowan und Kollegen (2005: 361), wenn sie vorschlagen, die genannte Dichotomie zu überwinden und die beiden Ansätze zu einer holistischen (*holistic*) Konzeption zusammenzuführen, so dass Kompetenz eine Vielfalt an Attributen wie Wissen, Haltungen, Werte und Fertigkeiten umfasst, anhand derer den Erfordernissen unterschiedlicher Praxissituationen begegnet werden kann. Insgesamt lässt sich für die angloamerikanische Literatur festhalten, dass die Begriffe *competence* und *competency* sowie *competence* und *performance* nicht immer trennscharf und auch nicht einheitlich verwendet werden (Watson et al., 2002). Da häufig von Kompetenz gesprochen, aber Performanz in der beruflichen Praxis gemeint ist, wird im Folgenden der Terminus «klinische Kompetenz» verwendet.

Bei einem Großteil der Ansätze zur Bewertung klinischer Kompetenz handelt es sich um Instrumente, die auf Selbst- und Fremdeinschätzung beruhen (Meroja & Leino-Kilpi, 2001), also ebenso wie in Deutschland um Zufriedenheitsbefragungen. Daneben existiert aber auch eine breite Palette an Literatur zu Instrumenten, in denen Kompetenz unmittelbar erfasst wird. Miller (1990, zit. nach Mitchell, Henderson, Groves, Dalton & Nulty, 2009) unterscheidet in einem Rahmenkonzept vier Ebenen, auf denen Kompetenzen eingeschätzt werden können. Auf den ersten beiden Ebenen wird deklaratives Wissen (*knows/factual recall*) beziehungsweise prozedurales und konditionales Wissen (*know how/context-based assessment*) erhoben, wobei Multiple-Choice-Fragen, mündliche Tests und Essayfragen als Erhebungsinstrumente infrage kommen. Auf der dritten Ebene erfolgt eine Einschätzung der Performanz spezifischer Fähigkeiten in ei-

nem kontrollierten Setting anhand von Simulationen beziehungsweise einer klinischen Prüfung unter simulierten Bedingungen (sog. *objective structured clinical examination* = OSCE). Die Beobachtung und Einschätzung der Performanz im realen Setting ist auf der vierten Ebene angesiedelt. Während auf den ersten beiden Ebenen eher Kompetenz als Disposition im Mittelpunkt steht, sind die dritte und vierte Ebene auf Kompetenz als Performanz ausgerichtet. Bei der OSCE handelt es sich um ein System von Stationen, in denen klinische Situationen simuliert werden. An jeder Station muss der Prüfling eine bestimmte Qualifikation, beispielsweise die körperliche Untersuchung eines Patienten, Diagnosestellung, klinische Entscheidungsfindung, Patientenedukation oder bestimmte technische Prozeduren, unter Beweis stellen. Die Einschätzung der Kompetenz erfolgt anhand von Checklisten, die von Pflegeexperten entwickelt wurden (Walsh, Hill Bailey & Koren, 2009). Mit diesem Verfahren zur Evaluation klinischer Kompetenz ist insbesondere der Vorteil verknüpft, dass im Unterschied zur Beobachtung im realen Feld die Umgebungsfaktoren kontrolliert werden können und dadurch eine bessere Vergleichbarkeit und Objektivität gegeben ist. Außerdem können die Stationen sehr variantenreich gestaltet werden, so dass eine Vielzahl von Fähigkeiten, aber auch von Kenntnissen und Einstellungen erfasst werden können (ebd.). Grenzen des Verfahrens bestehen darin, dass aufgrund der «Laborhaftigkeit» der Situation kontextabhängige Kompetenzen nicht und komplexe Fähigkeiten wie *caring* nur bedingt überprüft werden können und dass eine umfassende Betrachtung eines Patienten aufgrund der Zerstückelung durch die einzelnen Stationen unterbleibt. Mitchell und Kollegen (2009) kommen daher zu dem Schluss, dass die Methode OSCE besonders ge-

eignet ist, um die Kompetenzen von *undergraduate students* zu evaluieren, bei denen regelgeleitetes Handeln im Vordergrund steht. Um klinische Kompetenz in ihrer Komplexität erfassen zu können, sollte den Autoren zufolge die gesamte Spannbreite an Assessment-Verfahren zur Anwendung kommen (ebd.). Hinsichtlich der Messung der gezeigten Kompetenzen stellen Walsh und Kollegen (2009) fest, dass die verwendeten Messinstrumente noch nicht ausgereift sind und insbesondere hinsichtlich Validität und Reliabilität erhebliche Defizite aufweisen.

Ausgangspunkt für die Entwicklung von Messinstrumenten für die klinische Performanz ist bei den meisten Studien eine Befragung von leitenden oder erfahrenen Pflegenden oder ähnlichen Personen hinsichtlich der Qualitäten, über die eine professionell Pflegende verfügen muss (Robb, Fleming & Dietert, 2002). Meistens wird zunächst eine Liste von Kompetenzen erstellt und in mehreren strukturierten Befragungsrunden validiert und gegebenenfalls modifiziert. Eher selten kommen qualitative Methoden zum Einsatz, wie die *critical incident technique* oder phänomenologische Ansätze (ebd.). Im Unterschied zu Deutschland wird also nicht auf theoretisch hergeleitete, sondern auf empirisch generierte Kompetenzmodelle zurückgegriffen. Die Ermittlung eines Kompetenzmodells auf Basis von Befragungen unterschiedlicher Stakeholder im Feld der Pflege dürfte jedoch stark von den Interessen der Befragten geprägt sein, die nicht unbedingt auf exzellente Pflege ausgerichtet sein müssen, was die Validität des Modells einschränkt. Außerdem werden normative (zum Beispiel fachdidaktische) Kriterien nicht in Anspruch gebracht, so dass bei diesem Verfahren ein Korrektiv fehlt, das dem Interesse der Pflegepraxis nach gut funktionierenden Pflegenden entgegengesetzt werden könnte (ähnlich

Watson, 2002). Ebenso wie in Deutschland können auch die international verwendeten Messinstrumente nicht die testtheoretischen Gütekriterien erfüllen (ebd.; Norman, Watson, Murrells, Calman & Redfern, 2002). Auch international lässt sich demzufolge eine erhebliche Forschungslücke in der systematischen und theoretisch fundierten Entwicklung von Instrumenten zur Kompetenzmessung im Berufsfeld Pflege feststellen.

Schlussfolgerungen für die Entwicklung von Kompetenzmessverfahren in der Pflege

Welche Lehren lassen sich aus dem referierten Forschungsstand für die Entwicklung eines Kompetenzmessverfahrens ziehen? Zunächst lässt sich festhalten, dass im deutschen Sprachraum dringender Nachholbedarf hinsichtlich einer wissenschaftlichen Entwicklung und Diskussion von Verfahren der Kompetenzdiagnostik besteht. Ausgangspunkt für die Entwicklung eines Kompetenzmessverfahrens ist zunächst die Definition des Konzepts der Kompetenz. Während in Deutschland Kompetenz als Disposition verstanden wird, sind international beide Verständnisse gebräuchlich, also sowohl Kompetenz als Performanz als auch Kompetenz als Disposition. Aus unserer Sicht spricht einiges für eine integrative Sicht, da weder geklärt ist, ob Kompetenz als Disposition tatsächlich eine Voraussetzung für kompetentes Handeln (Performanz) ist, noch, ob kompetentes Handeln auch Rückschlüsse auf exzellente Begründungen und Reflexionen (Disposition) zulässt. Verfahren zur Kompetenzmessung sollten daher in der Lage sein, beide Seiten der Medaille zu erfassen. Für die Erhebung der Kompetenz bedeutet dies, dass das Instrument zur Datenerhebung die Spannweite an unterschiedlichen Methoden (schriftlich, mündlich, praktisch beziehungsweise

alle vier Ebenen nach Miller, 1990) ausschöpfen und sowohl stärker standardisierte als auch offene Erhebungsinstrumente kombinieren müsste. Das Mess-/Auswertungsinstrument sollte, um Validität zu erreichen, auf einem Kompetenzmodell basieren, das sich nicht nur auf theoretische Überlegungen stützt, sondern zudem empirisch fundiert ist. Allein eine Befragung von Praktikern ist hierfür allerdings nicht ausreichend, da auch – und gerade – Experten nur bedingt in der Lage sind, das ihrem Handeln zugrunde liegende Wissen und Können zu explizieren (Neuweg 2000, 200). Stattdessen kann auf die Methodologie der berufswissenschaftlichen Qualifikationsforschung zurückgegriffen werden, bei der die Dimensionen der Kompetenz durch eine Kombination unterschiedlicher Methoden im Arbeitsprozess selbst erforscht wird (Becker & Spöttl, 2008; methodische Vorschläge für eine empirische Analyse pflegerischer Kompetenzen macht auch Evers, 2009). Um mit dem Kompetenzmodell nicht einfach nur unter Umständen unzureichende oder ökonomisch verzerrte Praxis zu reproduzieren, müssen die empirischen Forschungsergebnisse außerdem einer fachdidaktischen Reflexion und Legitimation unterzogen werden. Dabei ist zunächst eine Beschränkung auf den deutschen Sprachraum, wenn nicht sogar auf die Bundesrepublik sinnvoll, da weitere Forschung erst erweisen müsste, ob es überhaupt möglich ist, ein international gültiges Kompetenzmodell zu entwickeln. Auf Basis eines empirisch und fachdidaktisch fundierten Kompetenzmodells könnte dann in einem weiteren Schritt mit der Entwicklung eines teilweise standardisierten Instrumentes zur Messung pflegerischer Handlungskompetenz begonnen werden. Insbesondere für den letzten Schritt ist eine enge Kooperation von Pflegewissenschaftlern, Pflegedidaktikern, Berufspädagogen und Psycholo-

gen mit dem Schwerpunkt Testtheorie und Testentwicklung erforderlich. Letztlich dürfen sich Pflegepädagogen (und damit auch Pflegewissenschaftler) aber nicht damit begnügen, Lerneffekte zu überprüfen. Vielmehr geht es in der Ausbildung auch darum, den Lernenden Möglichkeitsräume zu eröffnen, um durch intergenerationelle Kommunikation mit den Lehrenden ein eigenständiges «multidimensionales Selbst- und Weltverständnis» aufbauen zu können. Solche Bildungsprozesse jedoch verschließen sich durch ihre Ergebnisoffenheit einer quantifizierenden Messung.

Competence diagnostic in the field of nursing

The efficiency and effectiveness of educational programmes in the occupational field of nursing are only assessable through testing and comparing achieved learning results. In search of an appropriate diagnostic instrument, a comprehensive literature research in German-speaking countries concerning the current state of competence diagnostics in the occupational field of nursing had been conducted. Additionally, a similar research of international, professional journals had been done. The investigations lead to the result that a massive gap exists concerning national and international research of systematic, theoretically and empirically well-founded development of instruments measuring nursing competence. Finally, a conclusion for the development of instruments in nursing competence diagnostics is drawn.

Literatur

- Achtenhagen, F.; Baethge, M. (2007). Kompetenzdiagnostik als Large-Scale-Assessment im Bereich der beruflichen Aus- und Weiterbildung. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 10 (Sonderheft 8), 51 – 70.
- Baethge, M.; Achtenhagen, F.; Arends, L.; Babic, E.; Baethge-Kinsky, V.; Weber, S. (2006). *Berufsbildungs-PISA – Machbarkeitsstudie*. Stuttgart: Steiner.
- Becker, M.; Spöttl, G. (2008). *Berufswissenschaftliche Forschung. Ein Arbeitsbuch für Studium und Praxis*. Frankfurt/Main: Lang.
- Cowan, D. T.; Norman, I.; Coopamah, V. P. (2005). Competence in nursing practice: A controversial concept – A focused review of literature. *Nurse Education Today*, 25, 355 – 362.
- Darmann-Finck, I. (unter Mitarbeit von Sabine Muths) (2009). *Interaktionistische Pflegedidaktik*. In: Olbrich, C. (Hrsg.), *Modelle der Pflegedidaktik*. München: Elsevier.
- Erpenbeck, J.; von Rosenstiehl, L. (2003). Einführung. In: Dies, Erpenbeck, J.; von Rosenstiehl, L. (Hrsg.), *Handbuch Kompetenzmessung*. Stuttgart: Schäfer-Poeschel.
- Evers, T. (2009). Die empirische Analyse von Kompetenzen – Methoden für die berufliche Praxis. *Pflegewissenschaft*, 11 (6), 337 – 342.
- Geiß, J. (2006). Exkurs: Die Kompetenz erfassung im Modellprojekt. In: Görres, S.; Krippner, A.; Stöver, M.; Bohns, S. (Hrsg.), *Pflegeausbildung von morgen – Zukunftslösungen heute. Das Modellprojekt «Integrierte Pflegeausbildung in Bremen» im Diskurs – wissenschaftliche Beiträge und praktische Erfahrungen*. Lage: Jakobs-Verlag.
- Görres, S.; Bomball, J.; Schmitt, S.; Schoska, M.; Stöver, M. (2008a). Evaluation. *Berliner Modell – Generalistische Pflegeausbildung an der Wannsee-Schule e. V. Abschließender Projektbericht*. Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (ipp), Abteilung Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung (iap). Unveröffentlicht.
- Görres, S.; Bomball, J.; Schoska, M.; Scheunpflug, A.; Stanat, P. (2008b). Evaluation der «Generalistischen Pflegeausbildung am Klinikum Nürnberg». Bremen: iap expert GmbH. Unveröffentlichter Bericht.
- Görres, S.; Krippner, A.; Stöver, M.; Bohns, S. (Hrsg.) (2006). *Pflegeausbildung von morgen – Zukunftslösungen heute. Das Modellprojekt «Integrierte Pflegeausbildung in Bremen» im Diskurs – wissenschaftliche Beiträge und praktische Erfahrungen*. Lage: Jakobs-Verlag.
- Görres, S.; Stöver, M.; Bomball, J.; Stolle, C.; Mazzola, R. (2007). Evaluation «Integrative Pflegeausbildung: Das Stuttgarter Modell©» – Abschließender Projektbericht. http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/IPA_Abschlussbericht_Modellkurs_2002-2006.pdf [03.12.2009].
- Görres, S.; Stöver, M.; Schmitt, S.; Bomball, J.; Schoska, M.; Schwanke, A. (2008c). Evaluation des zweiten Modellkurses «Integrative Pflegeausbildung: Das Stuttgarter Modell©». Unveröffentlichter abschließender Ergebnisbericht. Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (ipp), Abteilung Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung (iap). Unveröffentlicht.
- Görres, S.; Stöver, M.; Schmitt, S.; Bomball, J.; Schwanke, A. (2010). *Qualitätskriterien für Best Practice in der Pflegeausbildung – Synopse evaluierter Modellprojekte – Abschließender Projektbericht*. Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (ipp), Abteilung Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung (iap). Unveröffentlicht.
- Hartig, J.; Jude, N. (2007). Empirische Erfassung von Kompetenzen und psychometrische Kompetenzmodelle. In: Hartig, J.; Klieme, E. (Hrsg.), *Möglichkeiten und Voraussetzungen technologiebasierter Kompetenzmodelle*. Band 20. Bonn: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF).
- Hofmeister, W. (2005). Erläuterung der Klassifikationsmatrix zum ULME-Kompetenzstufenmodell. http://www.bwpat.de/ausgabe8/hofmeister_bwpat8.pdf [18.02.2010]
- Kauffeld, S. (2007). Situationsanalyse. Kompetenzen messen durch Video-Aufzeichnung. *PADUA*, 4 (September), 23 – 28.
- Kauffeld, S.; Grote, S.; Frieling, E. (2003). Das Kasseler-Kompetenz-Raster (KKR). In: Erpenbeck, J.; von Rosenstiehl, L. (Hrsg.), *Handbuch Kompetenzmessung*. Stuttgart: Schäfer-Poeschel.
- Klaes, L.; Schüler, G.; Reiche, R.; Raven, U.; Weidner, F.; Rottländer, R.; Schwager, S.; Isfort, M. (2008). *Pflegeausbildung in Bewegung. Ein Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe. Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung*. Hrsg. vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationsliste,did=117688.html> [08.12.2009].
- Kooperationsverbund niedersächsischer Krankenpflegeschulen (Hrsg.) (2009). *Das Curriculum für den Lernstandort Praxis. Lern- und Arbeitsaufgaben als reflexionsfördernde Instrumente des Theorie-Praxis-Transfers*. Frankfurt/Main: Mabuse.
- Meretoja, R.; Leino-Kilpi, H. (2001). *Instruments for Evaluating Nurse*

- competence. *JONA*, 31 (7/8), 346–352.
- Metzger, C.; Waibel, R.; Hening, C.; Hodel, M.; Luzi, R. (1993). Anspruchsniveau von Lernzielen und Prüfungen im kognitiven Bereich. St. Gallen: IWP. [zit. nach Hofmeister, 2005].
- Miller, G. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*, 65 (Suppl. 9), 63–67. [zit. nach Mitchell, Henderson, Groves, Dalton & Nulty, 2009].
- Mitchell, M. L.; Henderson, A.; Groves, M.; Dalton, M.; Nulty, D. (2009). The objective structures clinical examination (OSCE): Optimising its value in the undergraduate nursing curricula. *Nurse Education Today*, 29, 398–404.
- Murrells, T.; Robinson, S.; Griffiths, P. (2009). Assessing competence in nursing. *Nursing Management*, 16 (4), 18–19.
- Neuweg, G. H. (2000). Mehr lernen, als man sagen kann: Konzepte und didaktische Perspektiven impliziten Lernens. In: *Unterrichtswissenschaft*, 20 (2), 197–217.
- Norman, I. J.; Watson, R.; Murrells, T.; Calman, L.; Redfern, S. (2002). The validity and reliability of methods to assess the competence to practise of pre-registration nursing and midwifery students. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 133–145.
- Panke-Kochinke, B. (2008). Der Erwerb beruflicher Handlungskompetenz. Erste Ergebnisse der Evaluation des Curriculums des Kooperationsverbundes niedersächsischer Krankenpflegesschulen. *Pflegewissenschaft*, 11 (9), 471–484.
- Rauner, F.; Haasler, B.; Heinemann, L.; Grollmann, Ph. (2009). Messen beruflicher Kompetenzen. Grundlagen und Konzeption des KOMET-Projektes. Münster: LIT.
- Rauner, F.; Heinemann, L.; Haasler, B. (2009). Messen beruflicher Kompetenz und beruflichen Engagements. A + B Forschungsberichte Nr. 2/2009. Bremen, Heidelberg, Karlsruhe: A + B Forschungsnetzwerk. http://www.ibp.uni-karlsruhe.de/download/AB_02_09.pdf?PHPSESSID=450a9cd0bd1f5dcc30e347a1d41e8103 [10.10.2009].
- Robb, Y.; Fleming, V.; Dietert, C. (2002). Measurement of clinical performance of nurses: a literature review. *Nurse Education Today*, 22, 293–300.
- Sloane, P. F. E. (2008). Zu den Grundlagen eines Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR). Konzeptionen, Kategorien, Konstruktionsprinzipien. Bielefeld: Bertelsmann.
- Spöttl, G.; Musekamp, F. (2009). Berufsstrukturen und Messen beruflicher Kompetenz. *Berufsbildung*, 63 (119), 20–23.
- Stöver, M.; Schmitt, S.; Görres, S. (2008). Relevanz und Tragweite der Integrativen Pflegeausbildung: Das Stuttgarter Modell©. Ergebnisse der externen Evaluation. *Pflegewissenschaft*, 10 (6), 325–331.
- Walsh, M.; Hill Bailey, P.; Koren, I. (2009). Objective structures evaluation of clinical competence: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (8), 1584–1595.
- Watson, R. (2002). Clinical competence: Starship Enterprise or Straitjacket? *Nurse Education Today*, 22, 476–480.
- Watson, R.; Stimpson, A.; Topping A.; Porock, D. (2002). Clinical competence assessment in nursing: A systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 39 (5), 421–431.
- Weidner, F. (1995). Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung: Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege. Frankfurt/Main: Mabuse.
- Weinert, F. E. (2001). Concept of Competence: A Conceptual Clarification. In: Rychen, D. S.; Salganik, L. H. (Eds.), *Defining and Selecting Key Competencies*. Göttingen: Hogrefe.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck
 Universität Bremen
 Fachbereich Human-
 und Gesundheitswissenschaften
 Grazer Str. 4, Raum A 2120
 DE-28359 Bremen
 (Postfach 33 04 40, DE-28334 Bremen)

E-Mail: darmann@uni-bremen.de