Institut für Sozialforschung
und Sozialwirtschaft e.V.
Saarbrücken

iso-Report Nr. 2
Berichte aus Forschung und Praxis

Evaluation der Programme „Internationales Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit“ und „Internationales Studien- und Fortbildungsprogramm Demenz“

Lukas Nock
Sabine Kirchen-Peters
unter Mitarbeit von Judith Bauer, Dorothea Herz-Silvestrini und Niklas Richter

September 2014 | ISSN 2199-5834

Reihe: *iso*-Report. Berichte aus Forschung und Praxis
Nr. 2, September 2014
ISSN 2199-5834

Impressum
Herausgeber:
Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (*iso*) e.V.
Trillerweg 68
66117 Saarbrücken

Vereinsregister
Das Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. ist im Vereinsregister des Amtsgerichts Saarbrücken unter der Registernummer 17 VR 3017 als gemeinnütziger Verein eingetragen. Vorsitzender des Vereins ist Prof. Dr. Daniel Bieber

Vertreter
Das Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. wird gesetzlich vertreten durch den Geschäftsführer Prof. Dr. Daniel Bieber

Umsatzsteuer-Identifikationsnummer
Umsatzsteuer-Identifikationsnummer gemäß §27a Umsatzsteuergesetz: DE138118160

Inhalt

Inhalt **3**

Tabellenverzeichnis **5**

Vorwort **7**

1. Einleitung **9**

2. Fragestellungen und methodisches Konzept **11**

2.1 Interviewbefragung 12

2.1.1 Erhebungs- und Auswertungsmethode 13

2.1.2 Stichprobenbeschreibung 14

2.2 Dokumentenanalyse 16

2.2.1 Auswertungsmethode 16

2.2.2 Datenbeschreibung 17

2.3 Standardisierte Befragung 19

2.3.1 Erhebungs- und Auswertungsmethode 19

2.3.2 Stichprobenbeschreibung 20

3. Ergebnisse der Interviewbefragung **24**

3.1 Hinweise auf Wirkungen der Programme 24

3.1.1 Persönliches Lernen 24

3.1.2 (Über-)Institutionelles Lernen 29

3.2 Fördernde und hemmende Faktoren für Lernen und Transfer 31

3.2.1 Teilnehmerbezogene Faktoren: Intentionen und Ziele der Hospitant/innen 31

3.2.2 Organisationale Faktoren: Unterstützungsbereitschaft, Zielkongruenz und betriebliche Position der Hospitant/innen 33

3.2.3 Programmbezogene Faktoren: Programmgestaltung und Unterstützung durch g-plus 35

4. Ergebnisse der Dokumentenanalyse **39**

5. Ergebnisse der schriftlichen Befragung **40**

5.1 Persönliches Lernen 41

5.1.1 Personale Kompetenz 41

5.1.2 Sozialkompetenz 42
5.1.3 Fachkompetenz 43
5.1.4 Interkulturelle Kompetenz 44
5.2 (Über-)Institutionelles Lernen 44
5.2.1 Institutionelles Lernen 45
5.2.2 Überinstitutionelles Lernen: Netzwerkbildung und Wissenstransfer 46
5.3 Teilnehmermotivation 48
5.4 Probleme beim Ergebnistransfer 49
5.5 Rahmenbedingungen 50
5.5.1 Betriebliche Unterstützung 50
5.5.2 Programmgestaltung und Unterstützung durch g-plus 52
5.5.3 Unterstützung durch die Hospitationseinrichtung 55
5.6 Gesamtbewertung der Teilnehmer/innen 56
5.7 Änderungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der Programme durch die Teilnehmer/innen 56
5.8 Zusammenhangsanalyse von Rahmenbedingungen, Lern- bzw. Transfererfolgen 57
5.8.1 Zusammenhänge zwischen Teilnehmerintention und Lern- bzw. Transfererfolg 58
5.8.2 Zusammenhänge zwischen Hospitationsdauer und Lern- bzw. Transfererfolg 59
5.8.3 Zusammenhänge zwischen Transferzeit und Lern- bzw. Transfererfolg 59
5.8.4 Zusammenhänge zwischen betrieblicher Stellung und Lern- bzw. Transfererfolg 59
5.8.5 Zusammenhänge zwischen Rahmenbedingungen und Lern- bzw. Transfererfolg 60

6. Zusammenfassung und Fazit 61

7. Literatur 62

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Interviewsample – Interviewverteilung nach Programmen 14

Tabelle 2: Interviewsample – Stichprobenziehung 14

Tabelle 3: Interviewsample DEMENZ – Merkmale der Teilnehmer/innen 15

Tabelle 4: Interviewsample IHOP – Merkmale der Teilnehmer/innen 15

Tabelle 5: Verteilung der Hospitationsberichte nach Programmen und Phasen 17

Tabelle 6: Dokumentensample – Verteilung der Teilnehmerberichte nach Gastländern, Programmen und Phasen 18

Tabelle 7: Programmteilnahme 20

Tabelle 8: Geschlechterverteilung nach Programmen 20

Tabelle 9: Alter 20

Tabelle 10: Höchster Schulabschluss 21

Tabelle 11: Höchster beruflicher Abschluss 21

Tabelle 12: Berufsausbildung vor dem Studium 21

Tabelle 13: Beruf zum Zeitpunkt der Hospitation 21

Tabelle 14: Heimateinrichtung zum Zeitpunkt der Hospitation 22

Tabelle 15: Betriebliche Stellung zum Zeitpunkt der Hospitation 22

Tabelle 16: Durchschnittliche Hospitationsdauer (in Tagen) 23

Tabelle 17: Hospitationsdauer (in Wochen) 23

Tabelle 18: Vergangene Zeit seit der Hospitation (in Jahren) 23

Tabelle 19: Hospitationsländer 23

Tabelle 20: Einzel- oder Gruppenhospitation 24

Tabelle 21: Zusammenhang zwischen Transfererfolgen, organisationaler Unterstützung und Zielkongruenz 34

Tabelle 22: Persönliches Lernen (Anzahl Nennungen) 39

Tabelle 23: (Über-)Institutionelles Lernen und Wissenstransfer (Anzahl Nennungen) 40

Tabelle 24: Netzwerkbildung (Anzahl Nennungen) 40

Tabelle 25: Personale Kompetenz (Mittelwerte Einzelitems) 42

Tabelle 26: Personale Kompetenz (Skalenmittelwerte) 42

Tabelle 27: Sozialkompetenz (Mittelwerte Einzelitems) 42

Tabelle 28: Sozialkompetenz (Skalenmittelwerte) 43

Tabelle 29: Fachkompetenz (Mittelwerte Einzelitems) 43

Tabelle 30: Interkulturelle Kompetenz (Skalenmittelwerte) 44
Tabelle 31: Interkulturelle Kompetenz (Mittelwerte Einzelitems) 44
Tabelle 32: Institutionelles Lernen 1 (Mittelwerte Einzelitems) 45
Tabelle 33: Institutionelles Lernen 2 (Mittelwerte Einzelitems) 46
Tabelle 34: Institutionelles Lernen (Skalenmittelwerte) 46
Tabelle 35: Überinstitutionelles Lernen (Mittelwerte Einzelitems) 47
Tabelle 36: Wissenstransfer (Häufigkeiten, Mittelwerte) 48
Tabelle 37: Teilnehmermotivation (Mittelwerte Einzelitems) 49
Tabelle 38: Transferbarrieren (Häufigkeiten in Prozent) 49
Tabelle 39: Betriebliche Unterstützung 1 (Mittelwerte Einzelitems) 51
Tabelle 40: Betriebliche Unterstützung 2 (Mittelwerte Einzelitems) 52
Tabelle 41: Betriebliche Unterstützung (Skalenmittelwerte) 52
Tabelle 42: Programmgestaltung und Unterstützung durch g-plus 1 (Mittelwerte Einzelitems) 53
Tabelle 43: Programmgestaltung und Unterstützung durch g-plus 2 (Mittelwerte Einzelitems) 54
Tabelle 44: Programmgestaltung und Unterstützung durch g-plus 3 (Mittelwerte Einzelitems) 54
Tabelle 45: Unterstützung durch g-plus (Skalenmittelwerte) 55
Tabelle 46: Unterstützung durch die Hospitationseinrichtung (Skalenmittelwerte) 55
Tabelle 47: Unterstützung durch die Hospitationseinrichtung (Mittelwerte Einzelitems) 55
Tabelle 48: Gesamtbewertung (Mittelwerte Einzelitems) 56
Tabelle 49: Zusammenhänge zwischen Teilnehmerintention und Lern- bzw. Transfererfolg 58
Tabelle 50: Zusammenhänge zwischen Hospitationsdauer und Lern- bzw. Transfererfolg 59
Tabelle 51: Zusammenhänge zwischen Transferzeit und Lern- bzw. Transfererfolg 59
Tabelle 52: Zusammenhänge zwischen betrieblicher Stellung und Lern- bzw. Transfererfolg 60
Tabelle 53: Zusammenhänge zwischen Rahmenbedingungen und Lern- bzw. Transfererfolg 60

Vorwort

Die öffentliche Gesundheitspflege ist nach dem Vermächtnis von Robert Bosch eines der zentralen Themen der Robert Bosch Stiftung. Die Gesundheitsberufe in Deutschland haben in den vergangenen zwei Jahrzehnten zahlreiche Umbrüche im Selbstverständnis und den Rahmenbedingungen sowie eine rasante Entwicklung der Professionalisierung erfahren. Gesellschaftliche Trends, wie der demografische Wandel und soziale Ungleichheiten sowie finanzielle und personelle Engpässe im Gesundheitswesen sowie der Anstieg von altersbedingten und chronischen Krankheiten, bringen stetig neue Herausforderungen an die Gesundheitsversorgung mit sich und lassen die Anforderungen an die Gesundheitsberufe und an ihr Aus- und Weiterbildungssystem steigen. Die Qualifizierung und Förderung von Fachkräften und des Berufsnachwuchses im Gesundheitsbereich nahmen und nehmen daher in unserer Fördertätigkeit eine wichtige Rolle ein.

Mit unseren Programmen und geförderten Projekten wollen wir einen Beitrag zur Stärkung der beruflichen Kompetenz und der internationalen Wettbewerbstätigkeit der deutschen Fachkräfte im Gesundheitswesen leisten.

Vor zwölf Jahren hat die Robert Bosch Stiftung das „Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit“ und vor neun Jahren das „Internationale Studien- und Fortbildungsprogramm Demenz“ ins Leben gerufen. Mit diesen bis heute in Deutschland einzigartigen Qualifizierungsangeboten wurden zunächst für Leitungskräfte aus der Pflege und später für weitere Fachkräfte im Gesundheitswesen Möglichkeiten geboten, sich durch Auslandshospitationen und begleitenden Erfahrungsaustausch persönlich und fachlich weiterzubilden. Die Nachfrage, die sich in den Jahren erfreulich positiv entwickelt hat und die Rückmeldungen der Teilnehmer haben uns in der Idee „vom Ausland lernen“ bestärkt und bestätigt, dass solche Hospitations- und Fortbildungsprogramme in Zeiten gravierender Umbrüche und gesetzlicher Neuregelungen im Gesundheitswesen sinnvoll und notwendig sind.

Gemeinsam mit dem g-plus – Zentrum im internationalen Gesundheitswesen haben wir diese Qualifizierungsangebote stetig weiter entwickelt und vorangetrieben. Viele Fragen haben uns im Laufe der Jahre beschäftigt, allen voran die Frage nach der Wirksamkeit der beiden Programme. Wie kann es am besten gelingen, einen möglichst niederschwelligen Zugang zu neuem Fachwissen in anderen Ländern zu schaffen und das neue Wissen als Impuls in die Berufspraxis hier in Deutschland umzusetzen? Wie können sich die Teilnehmer auf ihre Auslandsaufenthalte am besten vorbereiten, und welche Hilfe benötigen sie dazu? Sind die angebotenen Vor- und Nachbereitungstreffen ausreichend? Wie können wir die Teilnehmer bei der Umsetzung der neuen Erkenntnisse in ihren Heimateinrichtungen unterstützen? Wie können wir das erworbene Wissen und die Erfahrungen der Teilnehmer für ein breiteres Publikum zugänglich machen? Wie erreichen und unterstützen wir eine aktive Vernetzung der Teilnehmer? Und ist es uns gelungen, eine breite Entfaltung der beiden Programme zu erreichen?

Wir sind fest davon überzeugt, dass der internationale Anschluss und Austausch für die Weiterentwicklung der allermeisten Berufe unerlässlich sind.

Deswegen haben wir mit den beiden Programmen von Anfang an zahlreiche Erwartungen verbunden: Steigerung von persönlichen und fachlichen Kompetenzen sowie Horizonterweiterung der Fachkräfte im Gesundheitsbereich, Erwerb und Implementierung neuer erfolgreicher Ansätze und letztendlich auch die Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Deutschland.

In der letzten Förderphase wurde eine umfassende Evaluation der beiden Programme in Auftrag gegeben, die vom iso-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. durchgeführt wurde. Der vorliegende Evaluationsbericht lie-

fert Erkenntnisse zur Wirksamkeit der Qualifizierungsprogramme „Internationales Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit“ und „Internationales Studien- und Fortbildungsprogramm Demenz“ und gibt neue Impulse für die Entwicklung zukünftiger Fördermaßnahmen.

Wir sind von dem Ansatz, Möglichkeiten der „grenzüberschreitenden“ Weiterqualifizierung für im Beruf stehende Gesundheitsfachkräfte zu schaffen und von den positiven Auswirkungen des Lernens von anderen Gesundheitssystemen, überzeugt. Deswegen werden wir auch in Zukunft Qualifizierungsprogramme anbieten und hoffen, dass die Erkenntnisse der vorliegenden Evaluation und die Erfahrungen aus den durchgeführten Hospitationen möglichst viele Gesundheitsinstitutionen ermutigen, ihre Mitarbeiter für Lernaufenthalte im Ausland freizustellen und die darin liegenden Entwicklungsperspektiven zu nutzen.

Robert Bosch Stiftung

1. Einleitung

Gesellschaftliche Veränderungen stellen das Gesundheits- und Pflegesystem in Deutschland vor zunehmende Herausforderungen. Der demografische Wandel führt einerseits zu einem höheren Anteil älterer Patientinnen und Patienten und damit verbunden zu einem Anstieg von altersbedingten somatischen und psychischen Erkrankungen. Andererseits zeichnet sich – neben dem Rückgang familiärer Pflegeressourcen – ein Fachkräftemangel in den ärztlichen und pflegerischen Berufen ab. Bereits im Jahr 2025 sollen nach einer Modellrechnung des Statistischen Bundesamtes rund 152.000 Beschäftigte in Pflegeberufen fehlen (Afentakis & Maier 2010). Auch die Bundesagentur für Arbeit hat einen Fachkräftemangel in den Gesundheits- und Pflegeberufen konstatiert und macht diesen an der Veränderung der Vakanzzeit von Stellenangeboten fest. Demnach sind Stellen für Humanmediziner bereits heute durchschnittlich 155 Tage vakant, für die Pflegeberufe liegt die Vakanzzeit bei durchschnittlich 105 Tagen (Bundesagentur für Arbeit 2011).

Der Handlungsbedarf, der aus diesen Zahlen abgeleitet werden kann, verstärkt sich durch Qualitätsprobleme, die quer durch alle Versorgungssegmente immer noch bestehen. Beispiele dafür sind die Probleme, die im Rahmen von Krankenhausaufenthalten Demenzkranker entstehen, der mangelnde Quartiersbezug von Hilfen sowie deren ungenügende Vernetzung oder die bisher unterentwickelten Ansätze für eine kultursensible Ausrichtung von Pflege- und Gesundheitsangeboten. Die sich zuspitzende Lage erfordert eine Vielzahl entsprechender Anpassungen des Gesundheits- und Pflegesystems, seiner Konzepte, Strukturen und Prozesse. Es geht darum, qualitativ hochwertige und auf wissenschaftlichen Erkenntnissen aufbauende Lösungen zu entwickeln, die gleichzeitig ressourcenschonend gestaltet sind und die ohnehin belasteten Beschäftigten im Pflege- und Gesundheitssektor nicht überfordern.

Mit dem Ziel, neue Ideen für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in Deutschland zu befördern, rief die Robert Bosch Stiftung im Jahr 2002 das *„Internationale Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit“* ins Leben. Im Jahr 2007 wurde es durch das *„Internationale Studien- und Fortbildungsprogramm Demenz“* ergänzt, das speziell auf die Verbesserung der Versorgung und Betreuung von Menschen mit Demenz fokussiert. In beiden Programmen, deren Koordination das Institut g-plus – Zentrum im internationalen Gesundheitswesen übernommen hat, werden berufsbezogene Praxis- oder Bildungsaufenthalte im Ausland durch finanzielle Zuschüsse und inhaltliche sowie organisatorische Leistungen unterstützt.

Das *„Internationale Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit“* (kurz: IHOP) richtet sich an Fachkräfte aus der Pflege und an andere nichtärztliche Gesundheitsberufe, die in ihrer Einrichtung eine Leitungsfunktion innehaben oder Projektverantwortung tragen. Die Teilnehmenden erhalten die Möglichkeit, von den Erfahrungen von Kolleginnen und Kollegen aus dem Ausland zu profitieren und Einblick in innovative Konzepte und Projekte zu gewinnen. Diese Erfahrungen sollen nutzbringend in die Entwicklung von Lösungen für bestehende Problemfelder in Deutschland eingebracht werden.

Zu den Zielen des Programms gehören:

- Stärkung und Erweiterung der persönlichen, fachlichen und interkulturellen Kompetenzen,
- Erleichterung der Einbindung von internationalen Leitlinien und Standards sowie des Aufbaus von internationalen Netzwerken,
- Förderung von internationaler Mobilität im Gesundheitssektor,
- Verbesserung der Attraktivität und Akzeptanz von Pflegeberufen sowie anderen nichtärztlichen Heilberufen.

Das *„Internationale Studien- und Fortbildungsprogramm Demenz“* (kurz: DEMENZ) kann als Reaktion auf die Zunahme demenzkranker Men-

schen bewertet werden, die das deutsche Pflege- und Gesundheitssystem vor besondere Herausforderungen stellt. In allen Sektoren sind innovative und qualitativ hochwertige Konzepte gefragt. Deshalb sind die Weiterentwicklung von speziellen Angeboten und die Wissenserweiterung in diesem Bereich von akuter Relevanz. Das Programm richtet sich an Einzelpersonen und Teams, die in den Bereichen Gesundheitsversorgung, Kommune oder Politik mit der Versorgung von Demenzkranken befasst sind. Auch Maßnahmen für Studierende, die in ihrem Studium einen Schwerpunkt auf den Themenbereich Demenz gelegt haben, können gefördert werden. Die Teilnehmenden sollen durch Hospitationen und Seminare im Ausland neue und erfolgversprechende Ansätze kennenlernen und den Erfahrungsaustausch mit ausländischen Kolleginnen und Kollegen nutzen, um Impulse für die Verbesserung von Begleitung, Versorgung und Lebensraumgestaltung von Demenzkranken zu gewinnen.

Zu den Zielen des Programms gehören:

- Verbesserung der Versorgung von Demenzkranken und deren Umfeld,
- Erweiterung des Wissens zum Thema Demenz und Entwicklung neuer Impulse für die Versorgung,
- Verbesserung der fachlichen und persönlichen Kompetenz von Fachpersonal zum Umgang mit Demenzkranken,
- stärkere Ausrichtung der Versorgung von Demenzkranken an wissenschaftlich fundierten Grundlagen.

In beiden Programmen werden von den Teilnehmenden selbst organisierte Einzel- und Team-Hospitationen mit einer Dauer zwischen i.d.R. zwei Wochen und drei Monaten finanziell unterstützt. Im „Demenzprogramm“ können zudem Fort- und Weiterbildungsseminare sowie kurzzeitige Aufenthalte von Studierenden in ausländischen Bildungs- und Praxiseinrichtungen gefördert werden. Alle Förderungen setzen eine fachliche Fragestellung aus dem eigenen Tätigkeitsbereich voraus, zu der Impulse als notwendig und erwünscht erachtet werden. Die Auswahl der Fragestellungen wird über die Vorgabe von Themenschwerpunkten für die jeweilige Programmphase gesteuert. In der aktuellen Programmphase soll z.B. insbesondere das Tätigkeitsfeld „Altenpflege“ gefördert werden. Nach dem Abschluss des Auslandsaufenthalts wird von den Teilnehmenden die Bereitschaft erwartet, das Erlernte im beruflichen bzw. akademischen Umfeld umzusetzen bzw. weiterzugeben.

Die Nachfrage nach Auslandshospitationen im Rahmen der beiden Programme hat sich nach Auskunft der Verantwortlichen konstant positiv, aber in Wellenbewegungen über den gesamten Verlauf entwickelt. Zur Bewerbung werden in regelmäßigen Abständen Veranstaltungen durchgeführt. Zudem findet eine geregelte Öffentlichkeitsarbeit statt, wie z.B. die Herausgabe der so genannten „Themenhefte“, die in der Regel zweimal im Jahr erscheinen. Bis März 2013 nahmen insgesamt 226 Personen zu unterschiedlichen Themen an Hospitationen der beiden Programme teil.

Die finanzielle Förderung umfasst im Wesentlichen Zuschüsse zu Reise-, Aufenthalts- bzw. Seminarkosten. Zudem werden die Teilnehmenden bei der Suche nach einem geeigneten Hospitationsplatz unterstützt und zu inhaltlichen und/oder organisatorischen Fragen beraten. Zur Beantragung der Maßnahmen kann auf der Homepage von g-plus ein Formular heruntergeladen werden. Über die Annahme eines Antrags entscheidet ein Gutachtergremium aus Vertreter/innen von g-plus und der Robert Bosch Stiftung. Vor und nach der Hospitation müssen sich die Teilnehmenden an einem verpflichtenden g-plus-Seminar beteiligen. In diesen Veranstaltungen, die sowohl der Vor- als auch der Nachbereitung des Auslandsaufenthalts dienen, erhalten die Hospitant/innen die Gelegenheit, die Fragestellung ihrer Reise zu konkretisieren und den Aufenthalt gezielter vorzubereiten. Die „Rückkehrer/innen“ können zudem wichtige Erfahrungen transportieren und erhalten Unterstüt-

zung bei der Planung von Transferaktivitäten. Nach der Hospitation wird von den Teilnehmer/innen erwartet, dass innerhalb von zwei Monaten ein Hospitationsbericht verfasst und an g-plus übersandt wird. Falls beim Ergebnistransfer Probleme auftreten oder andere fachliche Fragen auftauchen, können sich die Teilnehmenden an ein unterstützendes Expertennetzwerk wenden, das aus in dem Feld erfahrenen Sachverständigen besteht. Zudem sind Hospitant/innen in ein von g-plus organisiertes Teilnehmernetzwerk eingebunden.

2. Fragestellungen und methodisches Konzept

Um Rückschlüsse über die bisherigen Erfolge der beiden Hospitationsprogramme und Anregungen für die Weiterentwicklung der Förderaktivitäten zu erhalten, wurde mit Mitteln der Robert Bosch Stiftung eine externe Gesamtevaluation durch das *iso*-Institut durchgeführt. Dabei standen folgende Fragen im Mittelpunkt:

- Ist das Programmangebot von Praxis- und Bildungsaufenthalten im Ausland effektiv, effizient und wirksam?
- Sind die beiden Programme im Hinblick auf Qualitätsverbesserungen in Versorgungsstrukturen und -prozessen im Gesundheitswesen bedeutsam?
- Wie hoch ist die Effektivität von Auslandshospitationen als Instrument der Personal- und Qualitätsentwicklung in den Einrichtungen?
- Konnte die interdisziplinäre Zusammenarbeit in den Einrichtungen sowie ein internationaler Kontaktaufbau durch die Hospitationen gestärkt werden?

Aus den Fragen lassen sich fünf die Evaluation strukturierende Dimensionen ableiten:

- Effekte auf die persönliche und berufliche Weiterentwicklung der Hospitantinnen und Hospitanten (persönliches Lernen),
- Effekte auf die Qualitätsentwicklung der Einrichtung, in der der/die Hospitant/in beschäftigt ist (institutionelles Lernen),
- Effekte auf weitergehende Entwicklungen im Pflege- und Gesundheitswesen (überinstitutionelles Lernen),
- Effekte auf (internationale) Netzwerkbildung,
- Effekte auf verbesserte Rahmen- und Transferbedingungen für Innovationen.

Diese Dimensionen beziehen sich zum einen auf die Frage nach der Zielerreichung, also der Effektivität der beiden Programme. Die Zielerreichung lässt sich vor allem durch eine Kontrastierung der Erfahrungen der verschiedenen Akteure mit den zugrunde liegenden Zielbestimmungen der Programme beschreiben: Inwiefern wurden die angestrebten Ziele tatsächlich erreicht? – Dies ist die zentrale Fragestellung der summativen Evaluation, die mit dem Vorhaben als Bilanzierung der Programme geleistet werden sollte. Zum anderen liegt den oben formulierten Dimensionen die Frage zu Grunde, wie die zu beschreibenden Effekte erzielt worden sind: Welche Maßnahmen und welche Aktivitäten haben zu welchen Effekten geführt? – Diese Frage stand im Zentrum der formativen Evaluation, welche sich auf die Prozesse der Programme bezog und vorrangig auf die Identifizierung von Verbesserungspotentialen abzielte (Deutsche Gesellschaft für Evaluation 2002).

Um dieses komplexe Vorhaben zu realisieren, erfolgte der methodische Zugang der Evaluation beider Programme anhand eines *mixed methods* Designs, das qualitative und quantitative Methoden miteinander kombinierte:

- Am Projektbeginn stand zunächst eine Interviewbefragung ausgewählter Hospitant/innen, deren Ergebnisse den wesentlichen Inhalt des bereits im September 2013 vorgelegten Zwischenberichts darstellten (Bearbeitungszeitraum: Juli bis September 2013).
- Parallel zur Durchführung der Interviews fand eine Dokumentenanalyse sämtlicher Hospitationsberichte statt, die zum Zeitpunkt der

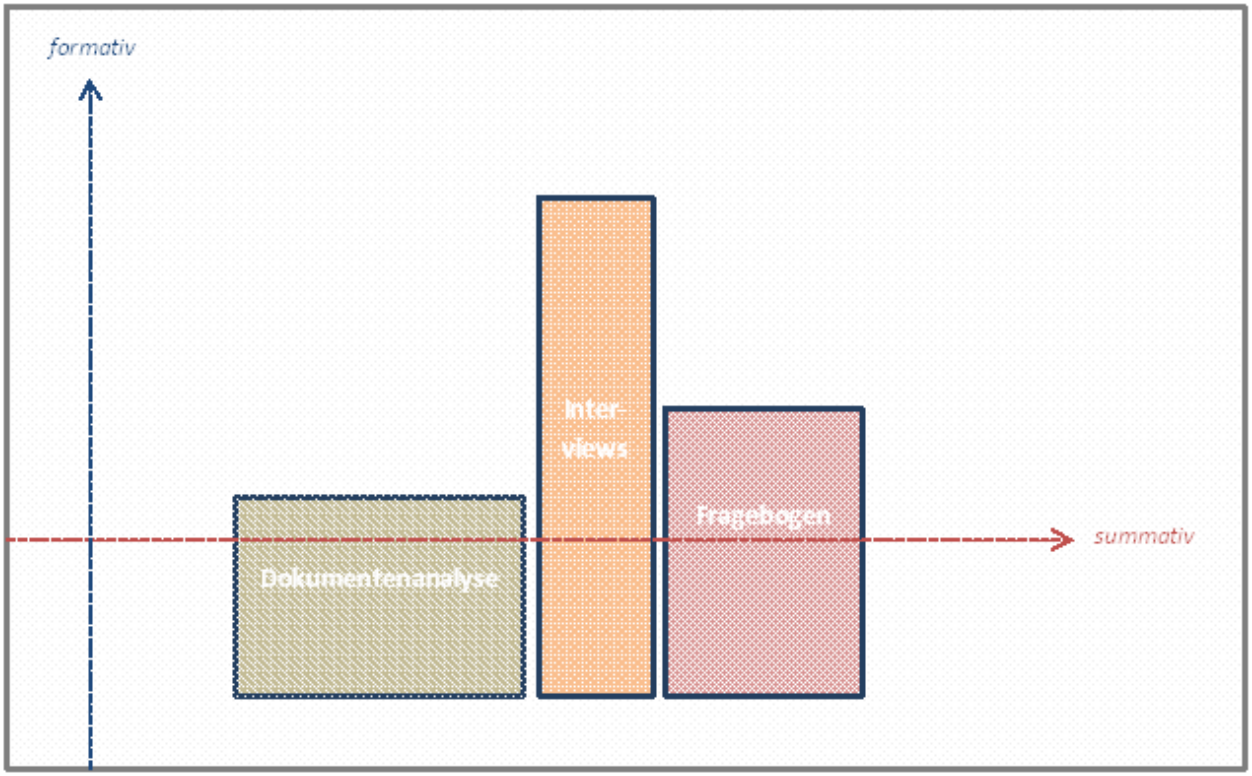
Evaluation vorlagen. (Bearbeitungszeitraum: Juli 2013 bis Januar 2014).

- Das empirische Konzept wurde schließlich durch eine standardisierte Fragebogenerhebung komplettiert, die auf den Ergebnissen der ersten beiden Untersuchungsschritte aufsetzte (Bearbeitungszeitraum: Dezember 2013 bis Mai 2014).

Folgende Abbildung verdeutlicht, in welcher Weise die einzelnen Methodenbausteine zu Erkenntnisgewinnen bei der summativen und formativen Evaluation beigetragen haben.

aufbaute, erfolgte die Fragebogenerhebung. Hier wurden die bis dahin gewonnenen Ergebnisse und Thesen noch einmal standardisiert erfasst und gezielt überprüft.

Im Folgenden werden die drei angewandten Methoden, ihre Einbettung in den Gesamtkontext der Evaluation, das jeweils verfolgte Erkenntnisinteresse sowie die verwendeten Erhebungsinstrumente und Auswertungsverfahren erläutert. Am Ende der einzelnen Abschnitte erfolgt außerdem eine Beschreibung des jeweils untersuchten Datenmaterials.



Auf der summativen Achse war die Dokumentenanalyse am breitesten angelegt. Auf der Grundlage sämtlicher vorliegender Teilnehmerberichte wurden hier in erster Linie die Programmoutputs der Hospitant/innen systematisch ausgewertet. Eine stärkere Berücksichtigung der formativen Ebene, also der Fragestellung, wie die Outputs zustande gekommen sind, fand sich bei der Interviewbefragung, in der tiefergehend auf die Entstehungszusammenhänge unterschiedlicher Programmeffekte eingegangen werden konnte. Als letzter methodischer Baustein, der auf den beiden vorherigen

2.1 Interviewbefragung

Eine mündliche Teilnehmerbefragung stand am Anfang des empirischen Konzeptes. Insgesamt wurden 15 Hospitantinnen und Hospitanten in Form von Telefoninterviews über ihre Erfahrungen im Rahmen des Auslandsaufenthalts befragt. Bei der Interviewbefragung stand im Fokus, Informationen zu Lern- und Transferergebnissen sowie Anregungen zur Optimierung der Programme zu gewinnen. Darüber hinaus sollten tiefergehende Erkenntnisse zu Transferbedingungen, Erfolgsfaktoren, Unterstützungserfah-

rungen etc. gewonnen werden. Es standen u.a. folgende analytische Fragestellungen im Zentrum dieses empirischen Schrittes:

- Wo sehen die Teilnehmenden die wichtigsten Auswirkungen ihrer Hospitation? Welcher persönliche/ (über-)institutionelle Nutzen hat sich ergeben und wie nachhaltig ist dieser?
- Welche Unterstützung (g-plus, Arbeitsumfeld, Hospitationseinrichtung) wurde vor, während und nach der Hospitation angeboten? Wie wird diese hinsichtlich des Lern- und Transfererfolges bewertet?
- Wie verliefen die einzelnen Prozessphasen (Planungs-/ Beantragungsphase, Auslandsaufenthalt, Nachbereitung/Transfer)?
- Welche Bedingungen fördern/ hemmen Lernprozesse und den Transfer von Innovationen?
- Welche (inter-)nationalen Netzwerkaktivitäten ergaben sich aus der Programmteilnahme?
- Wie beurteilen die Teilnehmer/innen die Kosten-Nutzen-Relation ihrer Hospitation?
- Welches Optimierungspotential weisen die Hospitationsprogramme auf?

Die zur Beantwortung dieser komplexen Fragen notwendige Datenqualität konnte über eine Erhebungssituation erreicht werden, in der das Gespräch einerseits gezielt auf jene Punkte hin ausgerichtet wurde, die im Sinne des Evaluationsauftrages von Interesse waren. Andererseits musste die Interviewstruktur aber auch genügend Freiraum für Erzähleinladungen, Vertiefungs- und Detailfragen bieten, um Reflexion anzuregen und Einblicke in Entstehungszusammenhänge von bestimmten Erfahrungen, Urteilen etc. der Gesprächspartner/innen zu gewinnen (Prozessebene). Auf diese Weise ermöglichte die Interviewbefragung einen tieferen Zugang zur formativen Evaluationsebene.

2.1.1 Erhebungs- und Auswertungsmethode

Zur Datenerhebung wurde unter Berücksichtigung der besonderen Anforderungen an die Datenqualität ein Interviewleitfaden entwickelt, der zum einen die wesentlichen Inhalte aufgriff, die auch in der Dokumentenanalyse bearbeitet wurden, diese aber weiter vertiefte und zum anderen mit neuen Themenkomplexen verband (vgl. Abschnitt „Dokumentenanalyse“). Die auf diese Weise geführten teilstrukturierten Leitfadeninterviews (vgl. Helfferich 2009) dauerten i.d.R. 45-60 Minuten und umfassten folgende thematische Blöcke:

- Berufliche Position und Aufgaben der teilnehmenden Person vor der Hospitation;
- Entstehungszusammenhang, Anlass und Ziele der Hospitation;
- Ablauf der Beantragungs- und Planungsphase (Wie wurde man in dieser Phase unterstützt? Optimierungsmöglichkeiten?);
- Bewertung der Hospitation und der Lernerfahrungen (wichtigste Erfahrungen, Zielerreichung, persönliches Lernen, interkulturelle Erfahrung);
- (über-)institutionelles Lernen und Erfahrungstransfer (allgemeine Übertragbarkeit, konkrete Veränderungen, Transferbedingungen, Unterstützung durch g-plus/ eigene Einrichtung, Ergebnisverbreitung, Netzwerkbildung und -nutzung);
- abschließende Bewertung (wichtigste Auswirkungen, Kosten-Nutzen-Relation, Grenzen des Programms, Verbesserungsvorschläge, berufliche Veränderungen seit der Hospitation).

Die Interviewgespräche wurden auf Band aufgezeichnet und anschließend transkribiert bzw. per Ergebnisprotokoll für die Auswertung gesichert. Die Datenauswertung orientierte sich an einem Codierschema, welches in leicht abgewandelter Form auch bei der Dokumentenanalyse zum Einsatz kam. Die darüber hinausgehenden Inhalte wurden zunächst innerhalb der Einzelinterviews (vertikal, einzelfallimmanent) betrachtet. Bei dieser Feinanalyse (vgl. Flick 1995) ging es vorerst nicht um die Identifizierung von verallgemeinerbaren Kernkategorien, sondern um die „Generierung von thematischen Bereichen“

(a.a.O., S. 207) und Sinnzusammenhängen innerhalb der Einzelfälle (also der jeweiligen Hospitation). Dazu wurden die Interviewaussagen in einem zirkulären Prozess schrittweise verdichtet und aufeinander bezogen. Die so aus den Einzelinterviews entwickelten thematischen Zusammenhangsbereiche konnten anschließend einander gegenübergestellt, kontrastierend (horizontal, fallübergreifend) betrachtet und auf ihre Generalisierbarkeit hin diskutiert werden.

2.1.2 Stichprobenbeschreibung

Die Rekrutierung des Samples für die Interviewbefragung folgte mehreren Überlegungen. Zum einen sollte aus quantitativer Sicht eine größtmögliche Repräsentativität für beide zu evaluierende Programme erreicht werden. Zum anderen sollten die unterschiedlichen Projektphasen ebenso Berücksichtigung finden wie spezifische Einzelfälle, die aufgrund besonderer Merkmale (z.B. Erfahrungsfülle, besondere Vorkommnisse, atypische berufsbiografische Hintergründe etc.) von der Norm abwichen. Um diese Ziele zu erreichen, musste von einer reinen Zufallsstichprobe abgesehen werden. Stattdessen wurde für die Stichprobenziehung auf ein teilselektives Vorgehen zurückgegriffen, welches mit einer Zufallsauswahl kombiniert wurde.

Ausgehend von einer Grundgesamtheit von 197 (= Gesamtanzahl Hospitationsberichte) wurden 15 Interviews durchgeführt. Die Interviews wurden anteilsmäßig so verteilt, dass für beide Projekte eine annähernd gleiche Interviewquote (≈8%) erzielt werden konnte (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Interviewsample – Interviewverteilung nach Programmen

	Gesamt	IHOP	Demenz
Anzahl Berichte	197	136	61
Anzahl Interviews	15	10	5
Interviewquote	7,6%	7,4%	8,2%

Bei der ersten Ziehung legte der Auftraggeber für beide Programme eine Liste mit jeweils neun Kandidat/innen vor, die im oben beschriebenen Sinne einen „Exotenstatus“ aufwiesen. Aus diesen Listen wurden per Zufallsauswahl für das Demenzprogramm zwei und für IHOP drei Teilnehmer/innen gezogen. Für die Ziehung der „Normalfälle“ wurden einige Programmphasen aufgrund ihrer geringen Teilnehmerzahlen zusammengefasst. Die folgende Tabelle veranschaulicht die Verteilung der Interviews auf die beiden Programme:

Tabelle 2: Interviewsample – Stichprobenziehung

Kriterium	Interviews	Kriterium	Interviews
Programmphase		**Programmphase**	
DEMENZ 1+2	1	IHOP 1+2	2
DEMENZ 3	1	IHOP 3	2
DEMENZ 4	1	IHOP 4	1
		IHOP 5+6	2
Sonderstatus	2	**Sonderstatus**	3
Summe	**5**	**Summe**	**10**

Die Stichprobe für DEMENZ (vgl. Tabelle 3) umfasste vier Frauen und einen Mann. Bei einem Altersdurchschnitt, der mit 48 über dem von IHOP liegt, handelt es sich eher um Personen in einer mittleren bis späten Berufskarriere. In der Stichprobe ist ein für das Demenzprogramm typisches großes Spektrum an Berufsgruppen einbezogen. Die Personen befassen sich aus unterschiedlichen Perspektiven mit der Programmthematik, darunter zwei selbständig Tätige. Unter den Personen, die vor der Hospitation in einem Beschäftigungsverhältnis standen, haben zwei von dreien ihren Arbeitgeber gewechselt.

Einen Überblick über die Interviewpartner/innen von IHOP gibt Tabelle 4. Der spezielle Zuschnitt dieses Programmes auf Leitungs- und Führungskräfte spiegelt sich einerseits in der Altersverteilung, andererseits im Qualifikationsniveau der Befragten. Selbst die jüngste Teilnehmerin ist mit 31 Jahren über das typische Berufseinstiegsalter hinaus, der Altersschnitt liegt bei etwa 43 Jahren. Bis auf eine Person haben alle Befragten einen weiterqualifizierenden Hochschulabschluss. Obwohl dies bei der gezielten Adressierung von Führungskräften durchaus zu erwarten wäre, finden sich im Sample keine Teilnehmer/innen, die älter als 55 Jahre alt sind.

Tabelle 3: Interviewsample DEMENZ – Merkmale der Teilnehmer/innen

Geschlecht	Alter	Beruf/ Studienabschluss	Tätigkeit/Position vor der Hospitation	aktuelle Tätigkeit/ Position	Land	Phase
weiblich	52	Fachärztin für Psychiatrie	Führungsposition im Krankenhaus	dito	USA	2
weiblich	49	Pflegefachkraft	Pflegedienstleitung	Heimleitung	GB	3
weiblich	38	Neuropsychologin	Beschäftigte im Universitätsklinikum	Studium in den USA	USA	4
männlich	46	Künstler	Selbständiger Kunsttherapeut	dito	GB	4
weiblich	55	Sozialarbeiterin	Selbständige Trainerin und Dozentin	dito	IT	2

Tabelle 4: Interviewsample IHOP – Merkmale der Teilnehmer/innen

Geschlecht	Alter	Beruf/ Studienabschluss	Tätigkeit/Position vor der Hospitation	aktuelle Tätigkeit/Position	Land	Phase
weiblich	52	Dipl. Pflegemanagement	Pflegedirektorin	Rentnerin	AT	1
männlich	53	Dipl. Pflegewirt	Pflegedienstleistung, stellv. Geschäftsführer	Geschäftsführer ambulanter Pflegedienst	AU	2
weiblich	51	Krankenschwester, Erwachsenenbildung (M.A.), Dipl. Pflegepädagogin	Leitung Bereich „Fort- und Weiterbildung“ eines Klinikverbundes	Akademieleitung Ausbildung, Fort- und Weiterbildung, Personalentwicklung	SE	3
weiblich	48	Dipl. Pflegewirtin, Personalentwicklung (M.A.)	stellv. Stationsleitung (Intensivstation)	Leitung Referat Personalentwicklung	NZ	3
weiblich	31	exam. Krankenschwester, Dipl. Pflegepädagogin	Krankenschwester	Pflegeexpertin (Stabsstelle)	GB	4
männlich	36	Fachkrankenpfleger, Dipl. Wirtschaftswissenschaftler	Stationsleitung Intensivmedizin	Management im Bereich Medizintechnik	USA	5
weiblich	37	Hebamme, Dipl. Pädagogin	stellv. Leitung Hebammenschule	dito	IE	6
männlich	38	exam. Krankenpfleger, Organisationsethnologe	Projektleitung, Organisationsethnologe	dito	CA	5
männlich	48	Bankkaufmann	Geschäftsführer Pflegeheim	Stiftungsvorstand	USA	3
weiblich	34	Dipl. Pflegepädagogin	Lehrkraft (Krankenpflege)	Elternzeit, freiberufliche Dozentin	GB	4

2.2 Dokumentenanalyse

Jeder Programmteilnehmer und jede -teilnehmerin ist nach dem Auslandsaufenthalt dazu angehalten, zur Ergebnissicherung und Reflektion einen Erfahrungsbericht zu verfassen. Diese Texte bilden die Datengrundlage für die Dokumentenanalyse (n=197). Bei diesem Untersuchungsschritt werden anhand der Ausführungen der Teilnehmer/innen Erkenntnisse zu Wirkungen der Hospitation (i.S.v. Lern- und Transferoutcomes), aber auch Impulse zur Weiterentwicklung der Förderprogramme (z.B. mittels kritischer Äußerungen, gescheiterter Aktivitäten, Transferproblemen etc.) gewonnen. Im Vordergrund stehen dabei analytische Fragestellungen wie etwa:

- Welche Ziele/Motive verbinden die Hospitant/innen mit der Programmteilnahme?
- Inwieweit werden gesetzte Ziele erreicht? Treten auch nicht geplante Effekte ein?
- Welche konkreten Veränderungen wurden durch den Aufenthalt im Arbeitsumfeld der Teilnehmer/innen bewirkt?
- Welche Schwierigkeiten ergeben sich bei der Zielerreichung bzw. beim Ergebnistransfer?

Im Unterschied zur Interviewbefragung, bei der die Daten eigens entlang des Evaluationsinteresses erhoben wurden, liegt das empirische Material bei der Dokumentenanalyse in Form von Hospitationsberichten bereits vor. Hinsichtlich der Verwertbarkeit der Berichte für die Evaluation ergeben sich hieraus zwei Einschränkungen. Zum einen folgen die Abschlussberichte allesamt einer eigenen Struktur, wodurch sie nicht alle Aspekte beinhalten, die im Sinne der Programmevaluation von Interesse sind. Zum anderen ist die Deutbarkeit dieser Dokumente hinsichtlich der Einflussfaktoren auf Lernen und Transfer teilweise stark reduziert. Die schriftlichen Aussagen entziehen sich dem Nachfragen, wodurch über subjektive Bedeutungshintergründe von einzelnen, sich dem Leser nicht vollständig erschließenden Schilderungen, keine Verständigung mehr möglich ist. Da der Aussagegehalt also nicht weiter vertieft, das „Gemeinte hinter dem Gesagten“ nicht zuverlässig rekonstruiert werden kann, entziehen sich auch die einzelnen Prozesse, die letztendlich zu den Hospitationsergebnissen (Produkten) geführt haben, z.T. einer eindeutigen Bestimmung. Somit liegt der Evaluationsschwerpunkt bei der Dokumentenanalyse auf der summativen Ebene.

2.2.1 Auswertungsmethode

Unter Berücksichtigung der Einschränkungen bei der Verwertbarkeit der Dokumente wird zur Datenauswertung von stärker interpretatorischen Verfahren abgesehen. Vielmehr wurde in Anlehnung an die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse (vgl. Mayring 1993) ein Codierschema entwickelt, welches sich an den Gliederungsvorgaben der Berichte orientierte. Mittels klar definierter Codierregeln werden dadurch nur manifeste Bezüge in die Auswertung aufgenommen, die einen hohen Eindeutigkeitsgrad hinsichtlich der Untersuchungsfragen aufweisen. Mit Hilfe dieses analytischen Rasters werden die Dokumente systematisch ausgewertet. Das Codierschema setzt sich aus folgenden Kategorien zusammen (Kategoriedefinitionen finden sich in 3.1ff.):

- persönliches Lernen: personale Kompetenz, Sozialkompetenz, Fachkompetenz (organisatorische Rahmenkompetenz, berufsspezifische Kernkompetenz), berufliche Entwicklung, sonstige persönliche Lerneffekte
- institutionelles Lernen
- überinstitutionelles Lernen
- Netzwerkbildung (nationale/ internationale Netzwerke)
- Rahmen- und Transferbedingungen für Innovationen
- nicht-intendierte Programmeffekte

Zur Überprüfung der Objektivität des Codierschemas (also der Unabhängigkeit der mit dem Instrument erzielten Ergebnisse von der Anwendungsperson) wurde stichpunktartig der Übereinstimmungskoeffizient nach *Holsti* ermittelt.

Dabei ergab sich im Durchschnitt eine Interrater-Reliabilität von r_H = .57. Da es sich um verhältnismäßig schwierige Inhaltskategorien handelt, kann dieser Wert als akzeptabel angenommen werden (vgl. Raupp & Vogelsang 2009).

2.2.2 Datenbeschreibung

Das zu untersuchende Dokumentensample setzt sich insgesamt aus 197 Abschlussberichten zusammen, von denen die überwiegende Mehrzahl in Form von Einzelberichten vorliegt. In sieben Fällen handelt es sich um gemeinschaftlich verfasste Gesamtberichte über Gruppenhospitationen im Rahmen von DEMENZ. Auf IHOP entfallen insgesamt 136, auf DEMENZ 61 Berichte. Gestaffelt nach den jeweiligen Programmphasen ergibt sich dabei folgende Verteilung:

Tabelle 5: Verteilung der Hospitationsberichte nach Programmen und Phasen

Programm-phase	Berich-te
DEMENZ 1	05 (0)[1]
DEMENZ 2	21 (2)
DEMENZ 3	14 (1)
DEMENZ 4	21 (4)
Summe	**61 (7)**

Programm-gramm-phase	Berich-te
IHOP 1	19
IHOP 2	26
IHOP 3	27
IHOP 4	34
IHOP 5	24
IHOP 6	05
Summe	**136**

Bei näherer Betrachtung der Zielländer zeigt sich, dass vor allem das europäische und nordamerikanische Ausland von den Teilnehmern präferiert wurde (siehe Tabelle 6). Auslandsaufenthalte in asiatischen (7), südamerikanischen (4) und afrikanischen Staaten (1) sind eher die Ausnahme. Am häufigsten besucht wurden mit 43 Hospitationen die USA, gefolgt von Großbritannien (33), der Schweiz (28) und Australien (27). Bei insgesamt 41 Hospitationen in deutschsprachige Länder (Luxemburg, Österreich, Schweiz) und 157 in Staaten, in denen man sich auf Englisch verständigen kann, ergibt sich für das Sprachenverhältnis Deutsch zu Englisch ein Quotient von rund 1 : 4. Die folgende Tabelle gibt einen Gesamtüberblick über alle Gastländer. Dabei sind die Daten anhand der beiden Programme (inkl. Programmphasen) aufgefächert und kontinental geclustert.

[1] Die Zahlen in Klammern geben den Anteil an Gruppenberichten wieder.

Tabelle 6: Dokumentensample – Verteilung der Teilnehmerberichte nach Gastländern, Programmen und Phasen

Land	DEMENZ				Gesamt	IHOP						Gesamt	Zusammen
	P1	P2	P3	P4		P1	P2	P3	P4	P5	P6		
Australien					**3**							**27**	**30**
Australien			1	2	3	3	6	3	7	4	1	24	27
Neuseeland							1	2				3	3
Nordamerika					**14**							**35**	**49**
Kanada	1	1			2			1	1	1	1	4	6
USA		3	3	6	12	3	5	12	8	3		31	43
Südamerika					**0**							**4**	**4**
Argentinien									2			2	2
Ecuador									2			2	2
Afrika					**0**							**1**	**1**
Asien					**1**							**6**	**7**
Dubai							1					1	1
Indien							1		1			2	2
Japan						1						1	1
Oman										1		1	1
Türkei	1				1				1			1	2
Europa					**44**							**62**	**106**
Dänemark			1		1	1	1					2	3
Finnland			1		1					1		1	2
Großbritannien	1	7	3	4	15	3	4	1	4	6		18	33
Irland									1		1	2	2
Italien		1		1	2				2	2		4	6
Luxemburg	1				1								1
Niederlande						2	2	1	2	1		8	8
Norwegen		1	1	1	3				1			1	4
Österreich		2	4	3	9	2		1				3	12
Schweden			1		1		1	2		2		5	6
Schweiz	1	6		4	11	4	4	3	2	3	1	17	28
Spanien											1	1	1
Gesamt	5	21	15	21	**62**	20	26	27	34	24	5	**136**	**198**[2]

[2] Die Differenz von +1 zur Anzahl der Berichte entsteht durch einen Besuch von zwei Ländern (Dänemark und Schweden) im Rahmen einer Hospitation.

2.3 Standardisierte Befragung

Als abschließender Untersuchungsschritt wurde eine standardisierte Fragebogenerhebung durchgeführt, die auf den Ergebnissen der Dokumentenanalyse und der Teilnehmerinterviews aufbaute. Die Befragung richtete sich an alle Hospitant/innen, sie war also als Vollerhebung konzipiert, wobei realistischerweise kein 100-prozentiger Rücklauf erwartet werden konnte (aufgrund veralteter Kontaktdaten, *non-response* etc.). Insgesamt konnten 113 gültige Teilnahmen verzeichnet werden, was einem Rücklauf von ca. 57 Prozent entspricht (Grundgesamtheit/ Bruttostichprobe=197).

Ziel dieses methodischen Schrittes war es, zum einen die qualitativen Ergebnisse zu den Lerneffekten, Transfererfolgen und weiteren *Outputs* zu quantifizieren und empirisch zu verbreitern. Zum anderen galt es, spezifische Einflussfaktoren auf Lernerfolge statistisch zu prüfen und mögliche Besonderheiten bzw. Unterschiede zwischen den beiden Hospitationsprogrammen herauszuarbeiten.

2.3.1 Erhebungs- und Auswertungsmethode

Zur Datenerhebung wurde auf Grundlage der Ergebnisse der Interviewbefragung sowie der Dokumentenanalyse ein Itempool gebildet, der vor allem Einschätzungs- und Beurteilungsfragen zu folgenden Themenbereichen abdeckte:

- persönliches Lernen (Personale Kompetenz, Sozialkompetenz, Interkulturelle Kompetenz, Fachkompetenz);
- Transfer- und (über-)institutionelles Lernen (Schaffung neuer Angebote, Erweiterung des Adressatenkreises, Netzwerkbildung, Publikationen etc.);
- interdisziplinäre Arbeit;
- Transfer-/Rahmenbedingungen (Unterstützung in der Heimateinrichtung, Gestaltungsspielräume, Situation während Hospitation, Transferbarrieren etc.);
- Programmgestaltung und Unterstützung durch g-plus (Vor- und Nachbereitung, Beratungs- und Unterstützungsleistungen, Servicequalität etc.);
- Teilnehmerintention;
- soziobiografische und Rahmenangaben (Alter, Geschlecht, Beruf/Position, Branche, Gastland, Hospitationszeitpunkt und -dauer etc.).

Der hieraus entwickelte Fragebogen enthielt in seiner Endversion knapp 100 Items, von denen ca. 15% soziobiografische und allgemeine Rahmendaten zur Hospitation erfassten. Der überwiegende Teil der restlichen Items bezog sich auf den *Outcome* der Hospitationen, welcher über Antwortvorgaben mittels Vierer-Likert-Skalen (von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft vollständig zu“) abgefragt wurde. Zusätzlich gab es für die Befragten jeweils die Möglichkeit, über ein fünftes Antwortfeld („weiß nicht/keine Angabe“) keine Wertung vorzunehmen. Zur Äußerung von Verbesserungsvorschlägen sowie zur Beschreibung von Umsetzungsbarrieren wurde den Teilnehmer/innen jeweils ein offenes Antwortfeld offeriert.

Die Befragung wurde als Online-Erhebung durchgeführt, die entsprechende Infrastruktur über einen professionellen Dienstleister sichergestellt. Das Institut g-plus verschickte an alle Teilnehmer/innen eine Einladungsmail mit einem passwortgeschützten Link, der ihnen einen Zugang zur Befragung ermöglichte. Der dreiwöchige Befragungszeitraum erstreckte sich vom 05.02. bis zum 27.02.14. Innerhalb dieses Zeitraumes verschickte g-plus zwei Erinnerungsmails zur Steigerung der Ausschöpfungsquote.

Die Datenauswertung erfolgte computergestützt (SPSS) anhand geläufiger Verfahren der deskriptiven und schließenden Statistik (T-Test, Univariate Varianzanalyse, Reliabilitätsanalyse, Rangkorrelation nach Spearman). Die offenen Fragen wurden im Sinne der qualitativen Inhaltsanalyse kategorienbasiert ausgewertet.

2.3.2 Stichprobenbeschreibung

Das Sample der standardisierten Befragung setzt sich zu 63,7% aus IHOP- und zu 36,3% aus DEMENZ-Teilnehmer/innen zusammen (vgl. Tabelle 7). Bezogen auf die Teilnehmerzusammensetzung der Grundgesamtheit ergibt sich somit ein nahezu proportionales Verhältnis von IHOP- zu DEMENZ-Teilnehmern in der vorliegenden Stichprobe.[3]

Tabelle 7: Programmteilnahme

		IHOP	DEMENZ	Gesamt
Gesamt	n	72	41	113
	%	63,7%	36,3%	100,0%

Was die Geschlechterverteilung anbelangt, sind männliche Teilnehmer in beiden Programmen unterrepräsentiert: Bei IHOP liegt ein Verhältnis weiblich zu männlich von 80,3 zu 19,7%, bei DEMENZ von 72,5 zu 27,5% vor (vgl. Tabelle 8). Die Dominanz weiblicher Programmteilnehmer/innen geht somit kongruent zur generellen Überrepräsentanz weiblicher Beschäftigter in Sozial- und Gesundheitsberufen.

Tabelle 8: Geschlechterverteilung nach Programmen

		IHOP	DEMENZ	Gesamt
weiblich	n	57	29	86
	%	80,3%	72,5%	77,5%
männlich	n	14	11	25
	%	19,7%	27,5%	22,5%
Gesamt	n	71	40	111
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Das Durchschnittsalter der Gesamtstichprobe zum Zeitpunkt der jeweiligen Hospitation betrug etwas weniger als 41 Jahre (Median=43). Die zum Zeitpunkt ihres Auslandsaufenthaltes jüngste Person war 23 Jahre alt, die älteste 65 Jahre (vgl. Tabelle 9).

Mit Blick auf die beiden Programme zeigt sich, dass die IHOP-Teilnehmer/innen einen deutlich geringeren Altersschnitt aufweisen (MW ca. 39 Jahre, Mdn=39 Jahre) als die Hospitant/innen im DEMENZ-Programm (MW ca. 44 Jahre, Mdn=47 Jahre). Der mittlere Altersunterschied liegt bei knapp 5 Jahren, die Differenz der Mediane sogar bei 8 Jahren.

Dieser Unterschied ist insofern erstaunlich, als gerade das DEMENZ-Programm explizit auch Studierende adressiert, wohingegen sich IHOP vor allem an Leitungskräfte richtet. Offenbar haben sich an der Befragung nur sehr wenige derjenigen Hospitant/innen beteiligt, die im Kontext ihres Studiums am DEMENZ-Programm partizipierten. Eine Unterrepräsentanz studentischer DEMENZ-Teilnehmer/innen wäre eine mögliche Erklärung für die anzunehmende Altersverzerrung in der vorliegenden Stichprobe.

Die relativ geringe Beteiligung von Personen im älteren Erwerbsalter (55+), die sich bereits im Interviewsample abgezeichnet hat (vgl. Abschnitt 2.1.2), wird durch die standardisierte Befragung bestätigt. Inwieweit dieser Effekt auf einer Stichprobenbias beruht oder ggf. mit anderen Faktoren zusammenhängt[4], kann nicht abschließend geklärt werden.

Tabelle 9: Alter

		IHOP	DEMENZ	Gesamt
	Gültig	68	41	109
	Fehlend	4	0	4
Mittelwert		38,8	44,4	40,9
Median		39,0	47,0	43,0
SD		8,6	9,8	9,4
Minimum		25,0	23,0	23,0
Maximum		55,0	65,0	65,0

Hinsichtlich des höchsten schulischen Bildungsabschlusses der Teilnehmer/innen zeigt das vorliegende Sample eine deutliche Überzahl der allgemeinen bzw. der Fachhochschulreife: 83,2% der Befragten haben ein Abitur, 16,8% die Mittlere Reife; einen Hauptschulabschluss hat niemand als höchsten Bildungsabschluss angegeben

[3] Die Grundgesamtheit setzt sich zu ca. 69% aus Teilnehmer/innen des IHOP-Programmes und zu 31% aus Teilnehmer/innen des DEMENZ-Programmes zusammen (vgl. Abschnitt 2.1.2).

[4] Theoretisch kämen hier als Erklärung personale Faktoren (z.B. eine geringere Teilnahmebereitschaft Älterer an Online-Befragungen) ebenso infrage wie eine unbeabsichtigte Altersselektion durch bestimmte Zugangsbarrieren zum Programm (z.B. durch eine überwiegend webbasierte Marketingstrategie).

(vgl. Tabelle 10). Auffällig ist der deutliche Unterschied bei der Verteilung der Schulabschlüsse zwischen den beiden Programmen. So liegt die Abiturquote der IHOP-Teilnehmer/innen bei 77,8%, während sie sich im DEMENZ-Programm auf 92,7% beläuft.

Tabelle 10: Höchster Schulabschluss

		IHOP	DEMENZ	Gesamt
Mittlere Reife	n	16	3	19
	%	22,2%	7,3%	16,8%
Abitur	n	56	38	94
	%	77,8%	92,7%	83,2%
Gesamt	n	72	41	113
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Bezogen auf den höchsten beruflichen Bildungsabschluss waren zum Zeitpunkt der Befragung insgesamt 5,3% Teilnehmer/innen Studierende, 30,1% hatten eine abgeschlossene Berufsausbildung und 64,6% einen (Fach-)Hochschulabschluss (vgl. Tabelle 11). Analog zur programmweisen Verteilung der Schulabschlüsse verhält es sich auch mit den beruflichen Abschlüssen. Mit 78% liegt die Hochschulabschlussquote bei DEMENZ deutlich über der von IHOP (56,9%).

Tabelle 11: Höchster beruflicher Abschluss

		IHOP	DEMENZ	Gesamt
noch im Studium	n	6	0	6
	%	8,3%	0%	5,3%
Berufsausbildung	n	25	9	34
	%	34,7%	22,0%	30,1%
FH-/Uni-Abschluss	n	41	32	73
	%	56,9%	78,0%	64,6%
Gesamt	n	72	41	113
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Insgesamt gab es 44 Teilnehmer/innen, die vor ihrem Studium eine Berufsausbildung absolviert haben (vgl. Tabelle 12). 63,6% lernten vor ihrem Studium den Beruf Krankenschwester/-pfleger, 15,9% Physio- oder Ergotherapeut/in und 20,5% einen sonstigen Beruf.[5]

[5] Aufgrund der Vielzahl von Einzelnennungen bzw. der geringen Fallzahlen war eine weitergehende Gruppierung nicht sinnvoll.

Tabelle 12: Berufsausbildung vor dem Studium

		IHOP	DEMENZ	Gesamt
Krankenpflege	n	20	8	28
	%	62,5%	66,7%	63,6%
Physio-/ Ergotherapie	n	7	0	7
	%	21,9%	,0%	15,9%
Sonstiges	n	5	4	9
	%	15,6%	33,3%	20,5%
Gesamt	n	32	12	44
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Zum Zeitpunkt ihrer Hospitation war über ein Viertel der Befragten als Krankenschwester/-pfleger tätig (26,6%; vgl. Tabelle 13). Die nächstgrößeren Berufsgruppen stellen die Physio- bzw. Ergotherapeut/innen (11%) sowie die Logopäd/innen (10,1%) dar. Sozialarbeiter/innen waren mit 8,3%, Pflegewissenschaftler/innen mit 5,5% im Sample vertreten. Ärzte (2,8%) und Psychologen (3,7%) bildeten die kleinsten Gruppen und fanden sich ausschließlich im Sample des DEMENZ-Programms. Unter die Gruppe „Sonstiges“ fielen Einzelnennungen wie „wissenschaftlicher Mitarbeiter“, „Referent“, „bildender Künstler“, „Case Manager“, „Gutachter beim MDK“, „Dozent“ u.v.m. (vgl. Tabelle 13).

Tabelle 13: Beruf zum Zeitpunkt der Hospitation

		IHOP	DEMENZ	Gesamt
Pflegekraft	n	25	4	29
	%	36,2%	10,0%	26,6%
Sonstiges	n	16	13	29
	%	23,2%	32,5%	26,6%
Physio-/ Ergotherapeut	n	11	1	12
	%	15,9%	2,5%	11,0%
Logopäde	n	9	2	11
	%	13,0%	5,0%	10,1%
Sozialarbeiter	n	1	8	9
	%	1,4%	20,0%	8,3%
PDL	n	4	2	6
	%	5,8%	5,0%	5,5%
Pflegewissenschaftler	n	3	3	6
	%	4,3%	7,5%	5,5%
Psychologe	n	0	4	4
	%	0,0%	10,0%	3,7%
Arzt	n	0	3	3
	%	0,0%	7,5%	2,8%
Gesamt	n	69	40	109
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Gefragt wurde außerdem nach der Heimateinrichtung, in der die Teilnehmer/innen zum Zeitpunkt ihrer Hospitation beschäftigt waren. 46,4% arbeiteten in einem Krankenhaus, 13,6% in einem ambulanten Pflegedienst oder einer Arztpraxis und 10% in einem Pflegeheim (vgl. Tabelle 14). Seltener waren Hochschulen oder Forschungsinstitute (4,5%) und Beratungsstellen (3,6%) die Heimateinrichtungen der Hospitant/innen. Lediglich 6,4% der Befragten waren zum Zeitpunkt ihrer Hospitation freiberuflich bzw. selbständig tätig und 3,6% waren Studenten. Ein auffälliger Unterschied zwischen den beiden Programmen zeigt sich in dem Umstand, dass sich IHOP zu einem wesentlich größeren Anteil aus Krankenhausmitarbeiter/innen rekrutierte (62,3%) als DEMENZ (19,5%) – dies könnte als Hinweis für die nach wie vor geringe Präsenz des Themas Demenz im Krankenhaus gewertet werden. Aus den Bereichen Forschung/ Hochschule und aus Beratungseinrichtungen gab es keine IHOP-Teilnehmer/innen; ebenso waren keine Student/innen vertreten und lediglich eine Person, die im Kontext von IHOP hospitierte, war selbständig bzw. freiberuflich tätig. Die Unterrepräsentanz von Selbständigen ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass die länger angelegten Aufenthalte im IHOP-Programm nur schwer mit möglichen Verdienstausfällen zu vereinbaren sind.

Tabelle 14: Heimateinrichtung zum Zeitpunkt der Hospitation

		IHOP	DEMENZ	Gesamt
Krankenhaus	n	43	8	51
	%	62,3%	19,5%	46,4%
amb. Pflegedienst/ Arztpraxis	n	13	2	15
	%	18,8%	4,9%	13,6%
Sonstiges	n	10	3	13
	%	14,5%	7,3%	11,8%
Pflegeheim	n	2	9	11
	%	2,9%	22,0%	10,0%
freiberuflich/ selbständig	n	1	6	7
	%	1,4%	14,6%	6,4%
Hochschule/ Forschungsinstitut	n	0	5	5
	%	0,0%	12,2%	4,5%
Beratungsstelle (z.B. Pflegeberatung)	n	0	4	4
	%	0,0%	9,8%	3,6%
keine, da Student	n	0	4	4
	%	0,0%	9,8%	3,6%
Gesamt	n	69	41	110
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Was die betriebliche Stellung[6] der Befragten zum Zeitpunkt ihrer Hospitation angeht, so gaben insgesamt 35,8% an, keine Führungs- oder Leitungsposition innegehabt zu haben (vgl. Tabelle 15). 19,3% waren auf der unteren, 23,9% auf der mittleren und 10,1% auf der oberen Führungsebene angesiedelt, 11% waren selbständig oder Studenten.

Tabelle 15: Betriebliche Stellung zum Zeitpunkt der Hospitation

		IHOP	DEMENZ	Gesamt
Mitarbeiter ohne Führungsposition	n	25	14	39
	%	35,2%	36,8%	35,8%
untere Führungsebene	n	17	4	21
	%	23,9%	10,5%	19,3%
mittlere Führungsebene	n	17	9	26
	%	23,9%	23,7%	23,9%
obere Führungsebene	n	7	4	11
	%	9,9%	10,5%	10,1%
selbständig oder Student	n	5	7	12
	%	7,0%	18,4%	11,0%
Gesamt	n	71	38	109
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Über beide Programme hinweg dauerte der durchschnittliche Aufenthalt knapp 65 Tage (Mdn=30). Die hohen Werte bei der Standardabweichung (SD) weisen jedoch auf eine sehr große Varianz hin (vgl. Tabelle 16). So dauerte die kürzeste Hospitation nur einen Tag, die längste erstreckte sich über drei Jahre hinweg. Aufgrund der starken „Ausreißer“ ist bei der Gegenüberstellung beider Programme die Betrachtung des Medians sinnvoller als die des Mittelwertes. Dabei zeigt sich eine mittlere Hospitationsdauer von 30 Tagen bei IHOP und von 21 Tagen bei DEMENZ.

[6] Zur präziseren Einordnung der eigenen betrieblichen Stellung wurden den Befragten jeweils Beispiele gegeben: obere Führungsebene (z.B. Geschäftsführung, Einrichtungsleitung), mittlere Führungsebene (z.B. Abteilungsleitung, PDL), untere Führungsebene (z.B. Wohnbereichsleitung, Teamleitung).

Tabelle 16: Durchschnittliche Hospitationsdauer (in Tagen)

		IHOP	DEMENZ	GESAMT
	Gültig	72	37	109
	Fehlend	0	4	4
Mittelwert		40,7	112,4	65,1
Median		30,0	21,0	30,0
SD		20,7	268,5	159,6
Minimum		4	1	1
Maximum		90	1095	1095

Fasst man die Hospitationsdauer in Wochenkategorien zusammen, so werden weitere Unterschiede zwischen den Programmen ersichtlich (vgl. Tabelle 17). Während Aufenthalte von weniger als drei Wochen bei IHOP nur knapp 11% ausmachen, gilt dieses Zeitintervall für ca. 56% aller DEMENZ-Hospitationen. Aufenthalte mit einer Dauer ab einem Monat machten dagegen fast 70% aller IHOP-Teilnahmen aus, während bei DEMENZ nur etwa 28% in diesem Zeitkorridor lagen.

Tabelle 17: Hospitationsdauer (in Wochen)

		IHOP	DEMENZ	Gesamt
bis 1 Woche	n	2	4	6
	%	2,8%	11,1%	5,6%
1 bis 2 Wochen	n	1	9	10
	%	1,4%	25,0%	9,3%
2 bis 3 Wochen	n	5	7	12
	%	6,9%	19,4%	11,1%
3 bis 4 Wochen	n	14	6	20
	%	19,4%	16,7%	18,5%
4 bis 5 Wochen	n	21	4	25
	%	29,2%	11,1%	23,1%
5 bis 6 Wochen	n	6	0	6
	%	8,3%	0,0%	5,6%
7 bis 8 Wochen	n	5	0	5
	%	6,9%	0,0%	4,6%
8 bis 9 Wochen	n	10	1	11
	%	13,9%	2,8%	10,2%
länger als 9 Wochen	n	8	5	13
	%	11,1%	13,9%	12,0%
Gesamt	n	72	36	108
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Mit Hilfe der Angaben zum Hospitationszeitpunkt konnte errechnet werden, wie lange die Programmteilnahme zurückliegt (dieser Aspekt wird im Abschnitt 5.8.3 vor dem Hintergrund möglicher Lern- und Transfererfolge als „Transferzeit“ wieder aufgegriffen). Bei 18,6% der Teilnehmer/innen war seit der Hospitation bis zu einem Jahr vergangen, bei 24,8% zwischen einem und drei Jahren, bei 23,9% zwischen drei und fünf Jahren und bei 32,7% länger als fünf Jahre (vgl. Tabelle 18).

Tabelle 18: Vergangene Zeit seit der Hospitation (in Jahren)

		IHOP	DEMENZ	Gesamt
bis 1 Jahr	Anzahl	12	9	21
	%	16,7%	22,0%	18,6%
1 bis 3 Jahre	Anzahl	16	12	28
	%	22,2%	29,3%	24,8%
3 bis 5 Jahre	Anzahl	19	8	27
	%	26,4%	19,5%	23,9%
länger als 5 Jahre	Anzahl	25	12	37
	%	34,7%	29,3%	32,7%
Gesamt	Anzahl	72	41	113
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Eine Übersicht der von den Teilnehmer/innen bereisten Hospitationsländer findet sich in Tabelle 19. Die am häufigsten besuchten Länder waren die USA (18,6%), Großbritannien (16,8%), Australien (15,9%) und die Schweiz (10,6%).

Tabelle 19: Hospitationsländer

	IHOP		DEMENZ		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
USA	13	18,1%	8	19,5%	21	18,6%
Großbrit.	11	15,3%	8	19,5%	19	16,8%
Australien	15	10,8%	3	7,3%	18	15,9%
Schweiz	9	12,5%	3	7,3%	12	10,6%
Österreich	0	0,0%	6	14,6%	6	5,3%
Italien	3	4,2%	2	4,9%	5	4,4%
Kanada	4	5,6%	1	2,4%	5	4,4%
Dänemark	2	2,8%	1	2,4%	3	2,7%
Norwegen	0	0,0%	3	7,3%	3	2,7%
Schottland	0	0,0%	3	7,3%	3	2,7%
Argentinien	2	2,8%	0	0,0%	2	1,8%
Irland	2	2,8%	0	0,0%	2	1,8%
Niederlande	2	2,8%	0	0,0%	2	1,8%
Schweden	1	1,4%	1	2,4%	2	1,8%
Ecuador	1	1,4%	0	0,0%	1	0,9%
Finnland	1	1,4%	0	0,0%	1	0,9%
Frankreich	1	1,4%	0	0,0%	1	0,9%
Indien	1	1,4%	0	0,0%	1	0,9%
Israel	0	0,0%	1	2,4%	1	0,9%
Neuseeland	1	1,4%	0	0,0%	1	0,9%
Oman	1	1,4%	0	0,0%	1	0,9%
Spanien	1	1,4%	0	0,0%	1	0,9%
Südkorea	0	0,0%	1	2,4%	1	0,9%
VAE	1	1,4%	0	0,0%	1	0,9%
Gesamt	72	100%	41	100%	113	100%

Schließlich wurden die Teilnehmer/innen danach gefragt, ob es sich bei ihrem Aufenthalt um eine Einzel- oder eine Gruppenhospitation handelte (vgl. Tabelle 20). In 89,9% der Fälle lag eine Einzelhospitation vor. Beim IHOP-Programm war dies sogar in 95,8% der Fall, während bei DEMENZ 21,6% eine Gruppenhospitation absolvierte.

Tabelle 20: Einzel- oder Gruppenhospitation

		IHOP	DEMENZ	Gesamt
Einzelhospitation	n	69	29	98
	%	95,8%	78,4%	89,9%
Gruppenhospitation	n	3	8	11
	%	4,2%	21,6%	10,1%
Gesamt	n	72	37	109
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Die Beschreibung verdeutlicht die Repräsentativität der Stichprobe. So findet sich im Fragebogensample z.B. eine ähnliche Verteilung der Teilnehmer/innen auf die beiden Programme wie in der Grundgesamtheit. Zusätzlich liefert die Darstellung Informationen über zuvor unbekannte Daten, wie beispielsweise die Altersverteilung, und ermöglicht u.a. differenzierte Angaben zum formalqualifikatorischen Hintergrund der Teilnehmer/innen.

3. Ergebnisse der Interviewbefragung

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse der Interviewbefragung (n=15) dargelegt. Zunächst erfolgt eine Beschreibung der Auswirkungen der beiden Programme aus Sicht der interviewten Teilnehmer/innen (Lernerfahrungen, Transfererfolge, Entstehung von Netzwerken etc.). Das Zustandekommen dieser Resultate wird anschließend im Kontext ihrer Entstehungszusammenhänge und Einflussfaktoren diskutiert. Hierzu werden die wichtigsten organisationalen, teilnehmer- und programmbezogenen Einflussfaktoren referiert.

3.1 Hinweise auf Wirkungen der Programme

Um ein plastisches Bild der variantenreichen Lernerfahrungen und der Effektivität der Hospitationen zu zeichnen, wird bei der bilanzierenden Auswertung immer wieder auf Originalaussagen der Interviewpartner/innen zurückgegriffen. Ebenso werden Effekte auf die Qualitätsentwicklung der Einrichtungen sowie auf (über-)institutionelle Lernprozesse, die mit der Hospitation in Verbindung stehen, berücksichtigt.

3.1.1 Persönliches Lernen

Alle Effekte der Auslandsaufenthalte auf die persönliche Entwicklung der Hospitant/innen, wurden unter den Oberbegriff „persönliches Lernen“ gefasst. Da die Hospitationen im berufsbiografischen Zusammenhang der Befragten standen, wurden in den Interviews bzgl. des persönlichen Lernens meist Erfahrungen thematisiert, die i.w.S. mit einem Zugewinn berufsrelevanter Kompetenzen einhergingen (eine Ausnahme bilden etwa Lernerfahrungen im Bereich interkultureller Kompetenz). In Anlehnung an gängige, wissenschaftlich fundierte Kompetenzmodelle (vgl. etwa Klein, Gaugisch & Stopper 2008; Blass 2011) lassen sich die persönlichen Lernerfolge der Teilnehmer/innen anhand der Kompetenzbereiche „personale Kompetenz“, „Sozialkompetenz“, „Fachkompetenz“ und „interkulturelle Kompetenz“ darstellen.

3.1.1.1 Personale Kompetenz

Personale Kompetenz meint hier ein Bündel von Fähigkeiten und Fertigkeiten, das sich primär auf die Persönlichkeit im Zusammenhang mit der Bewältigung an sie gerichteter Arbeitsanforderungen bezieht. Ein häufig wiederkehrendes Motiv in den Interviews bildeten die Herausforderungen, die sich während der Hospitation für die Selbstorganisation der Teilnehmer/innen ergaben:

> Erst einmal irgendwo hinzukommen und keinen Menschen zu kennen und das dann zu organisieren. Das war auch ein bisschen ein Aufwand.

> Dann tatsächlich mal in die Einrichtungen zu kommen, in die ich wollte. (IHOP-4)

Keine der Befragten schilderte diese Erfahrung jedoch als negativ, sondern eher im Sinne einer „positiven Überforderung“ und „Dekontextualisierung“ (IHOP-1) bzw. als „positiven Kulturschock“ (IHOP-6). Die Orientierung in der neuen Situation, die Bewältigung von Verständigungsschwierigkeiten und das Erleben von Fremdsein lösten anfänglich zwar Irritation aus, konnten aber doch ausnahmslos positiv bewältigt werden, was in einigen Fällen mit einer Steigerung des Selbstbewusstseins bzw. einer Stärkung der Selbstsicherheit und einem Erleben von Selbstwirksamkeit einherging:

> Dass ich mich auf dem Parkett gut bewegen konnte, das hat mich persönlich auch sehr bestärkt. (IHOP-9)

> Sechs Wochen ins Ausland zu gehen und zu sagen: Ich schaue mir das jetzt an und verfolge relativ straight meine Ziele, ich kenne Niemanden. Das ist sicherlich etwas, was einen persönlich weiterbringt … auch für meinen Beruf, indirekt. (IHOP-6)

> Was ich dadurch für mich persönlich gelernt habe, ist, dass man durch Eigeninitiative eine ganze Menge erreichen kann. (IHOP-8)

In den Interviews mit den Teilnehmenden des Demenzprogramms wurde das Argument der Selbstorganisation weniger gewichtet. Hier spielt sicher die Tatsache eine Rolle, dass es sich in aller Regel um deutlich kürzere Aufenthalte handelt. Dennoch betonten alle Befragten, dass sie persönlich gestärkt von der Hospitation zurückkehrten und führten dies teilweise auf andere Ursachen zurück. Neben der größeren Sicherheit benannten die Befragten positive Auswirkungen auf Motivation und Kreativität:

> Es hat mich gestärkt, dass ich mit der Sprache gut zurecht kam. Ich bin sicherer zurückgekommen. (DEMENZ-3)

> Ich habe dort berühmte Persönlichkeiten getroffen. Das waren sehr charismatische Menschen. Dadurch habe ich Begeisterung und Engagement aufbauen können. (DEMENZ-1)

> Ich habe meinen Horizont erweitert. Das war eine sehr positive Erfahrung. Ich fühle mich gestärkt. Ich bin gereift und agiere jetzt viel reflektierter und selbstbewusster. (DEMENZ-4)

> Ich fühle mich inspiriert von dem, was ich dort erlebt habe. Auch die Leichtigkeit, die ich dort erlebt habe trotz aller Probleme, die hat mich dazu gebracht, bei meiner Arbeit nicht alles so schwer zu nehmen. Dann sag ich „na mein Gott, dann ist das jetzt so“ und versuche, etwas aus dem Bestehenden zu machen. Hauptsache, es passiert was, auch wenn es nicht so perfekt ist. (DEMENZ-5)

Die Auswirkungen der Hospitation auf den Umgang mit Alltagsanforderungen und auf die Motivation spiegeln sich auch in IHOP. Die Teilnehmer/innen berichten z.B., dass sie ihrer Arbeit mit mehr Gelassenheit begegnen und andererseits einen Motivationsschub erfuhren:

> Ich war kein anderer Mensch als ich zurückgekommen bin, aber ich war motiviert und voller Tatendrang und ich wusste viele Dinge wieder mehr zu schätzen und war bei manchen Sachen wieder ein bisschen entspannter. (IHOP-3)

Schließlich schilderten Teilnehmer/innen beider Programme von wichtigen sozialen Erfahrungen, die zu einer Stärkung der Person beigetragen haben, darunter eine Leitungsperson, die sich in ihrer Position immer als isoliert wahrgenommen hatte und bei der sich im Zuge der Hospitation erstmals ein Kollegialitätserleben einstellte:

> Auch wie leicht es mir gefallen ist, als Mensch in so kurzer Zeit Teil einer Gruppe zu werden, das war schön. (DEMENZ-3)

> In [dieser Führungsposition] sind Sie immer Einzelkämpfer. … Dieser Austausch auf gleicher Ebene, das war natürlich ein Traum. Das muss ich ganz ehrlich sagen, das war für mich ein Riesenerfolg. Dass ich das Gefühl hatte, mit dieser Thematik hatten sich schon andere beschäftigt. … Das war schon persönlich für mich klasse, sich mal auszutauschen, über einen längeren Zeitraum, während der Arbeitszeit, in der Arbeit, über die Arbeit und nicht einfach nur auf einer Messe, auf einer Weiterbildungsstätte oder sonst irgendwas, sondern in dem Arbeitsbereich, das war gut. (IHOP-10)

Im Verlauf des Interviewgespräches wurde deutlich, wie sehr ihr dieses Erlebnis im Nachgang des Auslandsaufenthaltes im Sinne einer personalen Ressource Mut und Selbstvertrauen vermittelte und vor allem bei der Umsetzung ihrer Erfahrungen, auch gegen organisationale Widerstände, immer wieder den Rücken stärkte.

Zu den wichtigen sozialen Erfahrungen zählt auch die im Rahmen der Hospitation erlebte Wertschätzung der eigenen Person, die von

vielen Teilnehmer/innen ausdrücklich gelobt wurde und die ein besonderes Gewicht erhält, wenn sie im Kontrast zu den Erfahrungen im eigenen Wirkungsbereich steht.

> Dass man sich für meine Arbeit interessiert hat, war eine tolle Erfahrung. Man ist mir mit Respekt begegnet, hat mich immer einbezogen und mich als Expertin wahrgenommen. Ich durfte dann in einer Besprechung auch einen Vortrag über das deutsche Gesundheitssystem halten. … Von meiner Leitung wurde mein großer Einsatz nie wertgeschätzt. Da gab es kein Entgegenkommen. (DEMENZ-3)

> Die Kollegen [dort], für die war das wichtig, dass wir gekommen sind. Die Menschen hatten Zeit für uns. (DEMENZ-5)

3.1.1.2 Sozialkompetenz

Unter Sozialkompetenz werden hier Fähigkeiten und Fertigkeiten verstanden, die sich auf die soziale Interaktion beziehen.[7] Im Kontext von Dienstleistungsberufen sind hier vor allem Kompetenzen gemeint, die zur Ausgestaltung der Beziehung zwischen dem Dienstleistungserbringer und dem -adressaten bzw. zwischen Kolleg/innen sowie zwischen Vorgesetzten und Mitarbeiter/innen notwendig sind. Im vorliegenden Interviewsample spielte die Entwicklung von Sozialkompetenz für die Befragten eher eine untergeordnete Rolle. Die Angaben hierzu beziehen sich ausschließlich auf IHOP, das stärker auf Führungskräfte ausgerichtet ist. Eine Person schildert, wie die Erfahrung des Fremdseins und die Anforderungen, sich zu integrieren, ihre Rolle als Führungskraft geprägt hat:

> Eine der wichtigsten Erfahrungen war zu erleben, wie es ist, in die Fremde zu gehen. Zu dem Zeitpunkt haben wir unsere Mitarbeiter dauernd versetzt und rotieren lassen durch die vielen Umstrukturierungen. Das heißt, die haben auch dauernd Fremde erlebt. Ich habe immer diesen Transfer in meinen Alltag gemacht und konnte dann viel besser verstehen, wie es denen geht, wenn sie aus einem gewohnten Umfeld herausgerissen werden und nicht verstehen, worum es geht. Und als Führungskraft… hat mir schon geholfen zu sehen, wie ist das, wenn ich mich in andere Bereiche integrieren muss. … Es hat mich sehr, sehr geprägt. (IHOP-5)

Die Einfühlung in die Situation ihrer Mitarbeiter/innen, die „dauernd versetzt“ und aus ihrem Umfeld „herausgerissen“ wurden (IHOP-5), bewirkte eine Veränderung in ihrem Führungsverhalten dahingehend, dass sie zukünftige Rotationen und Versetzungen transparenter anging, den Betroffenen die Hintergründe der Maßnahmen genauer erläuterte, um ein Verständnis hierfür zu erzeugen. Ein anderer Fall bezieht sich auf eine Stärkung des Rollenbewusstseins als Führungskraft im Kontext des Betriebsklimas. Im Verlauf der Hospitation wurde deutlich,

> … dass es wichtig ist, was für ein Klima in einem Krankenhaus herrscht…. Eine Schlüsselrolle hat da sicherlich die Leitung, das Pflegemanagement oder überhaupt die Führungsperson. (IHOP-8)

Die zentrale Einsicht, wie sehr Führungsverhalten und Betriebsklima miteinander korrespondieren, führte im vorliegenden Fall zwar nicht zu einer radikalen Änderung. Dennoch belegt das folgende Zitat exemplarisch eine Anpassung des Führungsstils in Richtung Partizipation und adäquater Arbeitsteilung:

> Grundlegend ändert man sich ja nicht. Aber man kann viele Sachen bewusster angehen. Eine Sache war zum Beispiel, nicht so viel auf einmal zu machen, die Leute mitzunehmen, kleine Arbeitsgruppen zu bilden, zu schauen, welche Ideen aus dem Team heraus kommen und so Veränderungen voranzubringen, aber dann eben in kleinen Schritten. (IHOP-8)

Eine andere Lernerfahrung hinsichtlich Sozialkompetenz entstand schließlich im Zusammenhang mit einer Hospitation, bei der sich die teilnehmende Person stark in einem interdisziplinären Kontext bewegte und es u.a. darum ging, sich

> … mit den Konflikten, die halt einfach zwischen den verschiedenen Berufsgruppen bestehen, auf Station speziell zwischen Ärzten und Pflege, auseinander[zu]setzen, wenn es um fachliche Weiterentwicklung in der Pflege geht, weil es da einfach Schnittstellen gibt. (IHOP-7)

Hier war es vor allem eine Bewusstseinserweiterung im Rollenverständnis der eigenen berufspo-

[7] Je nach theoretischem Zugang kann interkulturelle Kompetenz als Teilkompetenz von Sozialkompetenz begriffen werden. Im Falle der vorliegenden Untersuchung wird interkulturelle Kompetenz aufgrund des besonderen Programmzuschnittes (Auslandshospitationen) als eigenständiger Kompetenzbereich aufgeführt.

litischen Funktion, die sich positiv auf die diplomatischen Fähigkeiten und das strategische Handeln der Teilnehmerin auswirkte:

> Das hat mir am meisten gebracht, wenn es um Führung geht, einfach Verhandlungsgeschick. (IHOP-7)

3.1.1.3 Fachkompetenz

Lernerfahrungen im Zusammenhang mit Fähigkeiten, Fertigkeiten und Fachwissen, die sich unmittelbarer auf konkrete Arbeitsprozesse beziehen, werden auf der Ebene der Fachkompetenz abgebildet. Aufgrund der unterschiedlichen Berufskontexte, aus denen sich die Teilnehmer/innen rekrutierten (z.B. Pflegekräfte, Hebammen, Ausbilder und Personalentwickler, Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter etc.) und den verschiedenen Absichten, die sie mit der Programmteilnahme verbanden, ergibt sich ein sehr heterogenes Bild der fachlichen Lernerfolge. Grundsätzlich führten alle Befragten Erkenntniszuwächse im Hinblick auf die fachliche Fragestellung an, die den Anlass zur Hospitation bildete. Beispielhaft sollen die Erfahrungen von jeweils einem Teilnehmenden der beiden Programme geschildert werden. So berichtete z.B. eine Person aus dem Bereich der ambulanten Altenpflege, wie sie sich im Zuge des Auslandsaufenthaltes neues Fachwissen bzgl. Inkontinenzversorgung angeeignet hat (IHOP-4) und eine Teilnehmerin des Demenzprogramms erläutert ihren Erkenntniszuwachs im Bereich neuer Technologien:

> Ein Schwerpunktthema, auf das ich vorher gekommen bin, war die Versorgung bei Inkontinenz. Dort gab es dafür ein richtiges Beratungszentrum. Da habe ich viel mitgenommen und durfte dort hospitieren, habe auch viel Material mitgenommen, das ich auch hier verwendet habe. (IHOP-4)

> Ich habe viele Einblicke in technische Neuerungen erhalten. Ich durfte eine echte Wohnung mit Sensoren besichtigen … Auch das seniorenfreundliche Skype war für mich eine neue Erfahrung. Das war alles neu und interessant. (DEMENZ-3)

Spezielle Lernerfahrungen wurden gesammelt, wenn es um Hospitationen ging, die im Zeichen der Wissens- und Kompetenzvermittlung im Kontext der Berufsausbildung und der Personalweiterbildung standen. Hier wurde von der Aneignung neuer Verfahren und Techniken zum interdisziplinären Lernen (IHOP-9), der Arbeit mit Simulatoren (IHOP-3) und der Anwendung fallbezogener Weiterbildungsmaßnahmen (IHOP-7) berichtet:

> Das war fachlich eine Offenbarung kann man schon fast sagen. (IHOP-3)

> Fachlich hat mich vor allem der Ansatz des interdisziplinären Lernens beeindruckt, sowohl in der Hochschule als auch in den Kliniken. (IHOP-9)

Vor allem im Demenzprogramm berichteten mehrere Teilnehmer/innen von gewinnbringenden Erfahrungen durch das Erleben interdisziplinärer Zusammenarbeit. Da die Demenzerkrankung zu unterschiedlichen Anforderungen für verschiedene berufliche Felder (u.a. Medizin, Pflege, Sozialarbeit) führt, gilt eine enge Interdisziplinarität aus fachlichen Erwägungen dringend geboten. Diese scheint jedoch v.a. in Deutschland nur unzureichend zu gelingen:

> Es war sehr schön zu sehen, wie anders die gearbeitet haben im interdisziplinären Team. Das hat mir sehr gefallen. Das ist im klinischen Alltag sehr anders als in Deutschland. Hier gibt es Hierarchien und keine Kommunikation. Selbst in der Geriatrie, wo so viele Berufe involviert sind. Hierarchien werden dort anders gelebt. Die haben mehr Respekt voreinander (DEMENZ-3).

> Dort arbeiten Arzt, Pflegekraft und Sozialarbeiter auf Augenhöhe zusammen. (DEMENZ-5)

Für viele ist es aber offenbar auch eine wichtige Erfahrung, die eigene Arbeit im Vergleich zur fachlichen Expertise im Ausland besser einordnen zu können. Bei aller Begeisterung für neue Impulse kommen hier einige zu der Feststellung, dass auch die eigene Leistung eine Wertschätzung verdient. Dies bezieht sich vor allem auf das Demenzprogramm:

> Ich habe gesehen, die kochen auch nur mit Wasser. Jetzt kann ich mein eigenes Arbeiten besser einordnen. (DEMENZ-2)

> Es war interessant, dass Vieles sehr ähnlich gehandhabt wird. Wir haben da viele Anekdoten ausgetauscht zum Alltag im Beruf. Dadurch habe ich viele Impulse erhalten. (DEMENZ-3).

> Wichtig war für mich zu sehen, was wir machen ist durchaus *state oft the art*. Zudem arbeitet

man in Deutschland effizienter als [dort]. (DEMENZ-1)

Während sich diese Beispiele vor allem auf berufsspezifische Kernkompetenzen beziehen, finden sich in den Teilnehmerinterviews auch Bezüge zu Lernerfahrungen, die im fachlichen Sinne stärker auf organisatorische Rahmenkompetenzen abheben. Damit gemeint sind Fähigkeiten und Fertigkeiten, die sich auf arbeitsorganisatorische Aspekte des Berufs beziehen. Im Gegensatz zur berufsspezifischen Kernkompetenz („Kernprozesse") sind hier vor allem Management- und Supportprozesse gemeint. So z.B. im Falle einer Pflegedirektion, die ihre Hospitation dazu nutzte, neue Formen und Möglichkeiten der Arbeitsorganisation kennenzulernen:

> Die Führungskraft ist dort komplett herausgeplant, die ist überhaupt nicht mehr in der Patientenversorgung, nimmt eigentlich vorrangig konzeptionelle Aufgaben wahr. … Die Stationsleitung war eigentlich nicht der primäre Ansprechpartner für die Mitarbeiter, sondern es gab noch eine Zwischenebene. Also Führungsstil, Führungsverhalten, rein aus organisatorischen Gesichtspunkten, also personenunabhängig, war auch etwas, was ich mitgenommen und zu Teilen umgesetzt habe. Wir haben eine Zwischenebene eingebaut, damit eben nicht 100 Mitarbeiter zur Stationsleitung kommen und ihre Problemchen vortragen. (IHOP-6)

Diese Umstrukturierung in der Aufbauorganisation ist also die Folge einer fachlichen Kompetenzerweiterung in dem Sinne, dass ihr eine Neuinterpretation der eigenen Leitungsfunktion voranging.

3.1.1.4 Interkulturelle Kompetenz

Hierunter fallen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Wissensbestände, die sich primär auf die wechselseitig positive Bewältigung von sozialen Situationen im Kontext des Kontaktes von unterschiedlichen Kulturangehörigen beziehen. Ein sehr dominantes Motiv, das sich in allen Interviews wiederfand, war ein positives Kulturerleben während der Auslandshospitationen. Hervorgehoben wurden immer wieder Erlebnisse, in denen den Teilnehmer/innen die Offenheit, Freundlichkeit und Neugier der Fremdkultur im Gedächtnis geblieben ist. Beispielhaft kann folgende Aussage angeführt werden:

> Was man so hört, habe ich genauso auch wahrgenommen: Extrem freundliche Menschen und zwar überall. Die Hilfsbereitschaft, Kooperation, Freundlichkeit in allen Bereichen. (IHOP-6)

Insgesamt sind interkulturelle Erfahrungen bei IHOP intensiver beschrieben worden als im Demenzprogramm, bei dem kürzere Aufenthalte die Regel bilden. Wenn ein positives Kulturerleben auch noch nicht gleichbedeutend ist mit interkultureller Kompetenz, so bildet es auf der emotionalen Ebene doch einen basalen Grundstock für interkulturelles Lernen. In vielen Einzelschilderungen finden sich demzufolge Sequenzen, die – über den Erwerb bzw. die Verbesserung von Sprachfertigkeiten hinaus – die Aneignung von spezifischem Kulturwissen sowie das Kennenlernen von Kulturpraktiken und kulturellen Symbolen (kognitive Ebene) illustrieren:

> An allen Standorten, an denen ich gewesen bin, bin ich erst mal mit den unterschiedlichen ethnischen Gruppen in Kontakt gekommen, musste zwei Tage auch bei diesen Gruppen leben. … Ich habe dreizehn unterschiedliche ethnische Gruppen kennengelernt. Ich habe anhand von verschiedensten Riten und Symbolen kennen gelernt, wie diese Menschen in einem Vielvölkerstaat miteinander leben können. (IHOP-1)

> Das war mitunter manchmal eine echte Herausforderung [lacht]. Bei uns werden Rückmeldungen schon höflich, aber auch direkt gemacht. Das war [dort] ein bisschen anders. Für die ist das ja direkt, aber so als Süddeutsche war das manchmal schwierig, die Kritik herauszuhören. (IHOP-3)

In einigen Fällen geht das interkulturelle Lernen auch von der Ebene des Wissens und der Reflexion auf die Handlungsebene über. Die nachstehenden Beispiele veranschaulichen, wie sich die Lernerfolge im beruflichen, aber auch im privaten Alltag fortsetzten:

> Dort müssen sie sich stärker mit sozialen und religiösen Unterschieden befassen. Daraus kann man für Deutschland lernen, z.B. die Patienten in dieser Hinsicht intensiver zu befragen. Ich habe auch gelernt, besser mit bildungsabhängigen Testverfahren umzugehen und mit der Bewertung der Ergebnisse über den Kontakt zu einer türkischen Psychologin. (DEMENZ-1)

> Ich war erstaunt über den anderen Umgang mit Datenschutz. Vielleicht relativiert das unsere Haltung dazu (DEMENZ-3)

> Man kann sich abschauen, wie praxisorientiert die arbeiten. Nicht so bürokratisch wie wir Deutschen. (DEMENZ-2)

> Ganz klar, es ist immer noch da, dass ich sage: Diese Offenheit, diese Freundlichkeit… Man sieht jemanden mit einem Stadtplan und man geht aktiv hin. Man wartet nicht darauf: Wenn er was will, dann fragt er schon, sondern man geht hin und fragt: Kann ich Ihnen helfen? Das sind so Kleinigkeiten, die ich aber bis heute beibehalten habe, sowohl im Privaten als auch im Beruflichen. (IHOP-6)

> Wenn man dort von einem Patienten gewisse Dinge erfahren will, dann muss man die direkt ansprechen. Die wird der von sich aus nicht sagen. Und sie müssen sehr auf Zwischentöne achten und auf Mimik und Gestik, um zu interpretieren, was tatsächlich gemeint ist. Und man darf dabei aber nicht forsch auf sie zugehen. Da habe ich schon einiges gelernt. … Man kennt zwar die Stereotypen, aber wie sich das genau ausdrückt, das wusste ich vorher nicht. (IHOP-3)

3.1.2 (Über-)Institutionelles Lernen

In diesem Abschnitt werden die wichtigsten Effekte dargestellt, die von der Hospitation i.w.S. auf die Qualitätsentwicklung der Heimateinrichtung der Teilnehmer/innen ausgingen und ggf. über die Einrichtungsgrenzen hinaus auch auf andere Einrichtungen des Pflege- und Gesundheitssystems ausstrahlten. Im Vordergrund stehen also konkrete Transferleistungen und institutionelle Lernerfolge, die sich vor dem Hintergrund des mitgebrachten Ideen- und Erfahrungsschatzes einstellten. Auch wenn in den allermeisten Fällen kein Eins-zu-Eins-Übertrag der Impulse möglich war, reichte die Spanne von der punktuellen Umsetzung einzelner neuer Verfahrensabläufe über inkrementale Verbesserungen betrieblicher Kernprozesse bis hin zu radikalen Innovationen z.B. in Verbindung mit Unternehmensneugründungen.

Bei IHOP berichteten mehrere Interviewpartner/innen von der erfolgreichen Implementierung neuartiger Ansätze und Lernangebote im Bereich der Pflegeausbildung. Dabei ist u.a. die Rede von der Einführung hauptamtlicher Praxisanleiter/innen, die sich ausschließlich der Betreuung der Auszubildenden widmen. Dies wurde mit einer Verbesserung der Ausbildungsqualität assoziiert:

> Ich habe dann von unserer Geschäftsführung eine große Anzahl an Stellen bekommen, die nichts anderes machen als Praxisanleitung unserer Schüler, die nicht auf den Stationen arbeiten, sondern die an der Schule angestellt und mir unterstellt sind. (IHOP-5)

Daneben gelang in einem anderen Fall die Einführung von Simulatoren und neuen Prüfungsformen zum Zweck der Ausbildungsoptimierung, was als Professionalisierungsschub für die Pflege gewertet wurde:

> Insgesamt habe ich es schon als Professionalisierung erlebt und Schülern, mit denen ich heute noch in Kontakt bin, geht es ähnlich. (IHOP-3)

Außerdem berichtet eine weitere befragte Person von der Einbettung der Wissenschaftssprache Englisch in das Curriculum ihrer Hebammenschule und von der Initiierung interdisziplinärer Lernangebote:

> Konkret habe ich jetzt Englischkurse initiiert, … weil ich gemerkt habe, wie wichtig Fachenglisch für Hebammen auch ist. … Ich habe mich darüber hinaus mit der für den Kreissaal hier zuständigen Oberärztin unterhalten und mit der leitenden Hebamme, und im Zuge des Neubaus unseres Bildungszentrums auch noch mal das interdisziplinäre Lernen mit in die Diskussion gebracht. (IHOP-9)

Eine Prozessinnovation im klassischen Sinne erfolgte an anderer Stelle über ein neues EDV-gestütztes Dokumentationssystem, welches u.a. zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs herangezogen wurde:

> Es war schon also für mich wirklich eine gute Erfahrung, dass ich aus beiden Krankenhäusern nachher das in unser Haus voll implementieren konnte. Das war schon klasse, und das wäre mir ohne diese Hospitation nicht möglich gewesen. (IHOP-10)

In einem Fall wurde die Hospitation zur „Ausgangsbasis für einen Entwicklungsschritt“ (IHOP-2), in dessen weiteren Verlauf ein Sozialunternehmen gegründet wurde, um die Idee einer ehrenamtlichen Betreuungsform zur Steigerung der Lebensqualität älterer Menschen zu verwirklichen.

Wenngleich solche radikalen Innovationen unter den Beispielen eher einen exotischen Charakter aufweisen, gab es in den Interviews auch vereinzelte Bezüge zu erweiterten, überinstitutionellen Lernprozessen. So schildert eine Person beispielsweise, dass die im Zuge der Hospitation angestoßenen Organisationsentwicklungsprozesse sich nicht nur auf eine Einrichtung beschränkten, sondern über einen ganzen Klinikverbund erstreckten:

> Das findet in dem ganzen Verbund statt. Alle sechs Kliniken plus die acht allgemeinpsychiatrischen Stationen, wo [entsprechende] Patienten untergebracht sind. (IHOP-1)

Auch im Demenzprogramm wurde von Transferleistungen in unterschiedlichem Umfang berichtet. Dabei liegt die Spanne ebenso zwischen einem extrem hohen, sich auf ganz Deutschland auswirkenden Transfererfolg bis hin zu eher kleinen Impulsen, die sich ausschließlich auf den eigenen Arbeitsalltag beschränken. Als größte Transferleistung wurde beschrieben, dass eine Hospitantin das Grundlagenwerk einer englischsprachigen Expertin zu einer Erkrankung ins Deutsche übersetzt und damit die Erkenntnisse einem breiten Publikum zugänglich gemacht hat. Zudem hat sie dazu eine europäische Konferenz organisiert, die in eine fortan jährliche Veranstaltungsreihe mündete. Begleitend hat sie in der eigenen Klinik ein beispielhaftes Projekt zur Prävention, Diagnostik und Therapie dieser Erkrankung implementiert und eine Reihe neuer Instrumente zur Optimierung der zielgruppenspezifischen Behandlung eingeführt.

> Es sind ganz kleine Details, die in meinem Alltag immer wieder eine Rolle spielen, kleine Bausteine des Erlebten, die ich nach und nach umsetze. Und es gibt die größeren Würfe. … Da hat ganz Deutschland profitiert. (DEMENZ-1)

Eine weitere Hospitantin berichtet von einer neuen Pflegetechnik zur Sturzprophylaxe und Mobilisierung, die sie kennengelernt und mittlerweile verinnerlicht hat. Nachdem sie die Erfahrungen in einer ersten Einrichtung umgesetzt hat, wechselte sie den Träger, um die neue Arbeitsweise nun auch unter Hinzunahme eines neuen architektonischen Konzeptes zu perfektionieren. Überinstitutionelle Effekte entstanden durch den Umstand, dass sie im Auftrag eines Berufsverbandes deutschlandweit Seminare zu dieser innovativen Pflegetechnik durchgeführt hat.

Weniger gute Erfahrungen im Transfer neuer Erkenntnisse in die eigene Einrichtung hat eine weitere Teilnehmerin des Demenzprogramms sammeln müssen. Zwar konnte sie einzelne Bausteine in ihre eigenen, nur sie als Person betreffenden Arbeitsbereiche integrieren. Auswirkungen auf den gesamten Betrieb oder gar überinstitutionelle Effekte konnte sie jedoch nicht erreichen. Schließlich nahm sie ihre Erfahrungen zum Anlass, das Arbeitsverhältnis aufzulösen und in ihr Hospitationsland auszuwandern.

Das Sample des Demenzprogramms umfasste zudem zwei selbständig tätige Personen. Beide berichteten, dass sie ihre Erfahrungen in die Gestaltung ihrer eigenen Arbeitsprozesse einbringen konnten. Anstöße zu Veränderungen in Institutionen oder kooperierenden Behörden sind jedoch nicht gelungen, weil hier die Verbindungen und die Einflussmöglichkeiten zu gering waren. Allerdings berichteten beide Personen von überinstitutionellen Effekten durch die Teilnahme an bzw. die Organisation von öffentlichkeitswirksamen Veranstaltungen zum Themengebiet.

Solche Veranstaltungen oder auch Publikationen können insgesamt zu den überinstitutionellen Effekten gezählt werden, weil dadurch auch Personen außerhalb des eigenen betrieblichen Aktionsrahmens erreicht werden. Über die Hälfte der Befragten aus IHOP publizierte in Fachzeitschriften oder hielt Vorträge, die in unmittelbarem Zusammenhang mit den Erfahrungen während der Hospitation standen. Im Demenzprogramm traf dies auf vier von fünf Teilnehmer/innen zu. Die Rede ist vor allem von Vorträgen auf Kongressen bzw. bei Weiterbildungsveranstaltungen oder im Rahmen betrieblicher Schulungsmaßnahmen. So berichteten Teilnehmer/innen teilweise von über 50 solcher Veran-

staltungen, was eine große Verbreitung der Erkenntnisse impliziert.

Eine überinstitutionelle Ausstrahlung hatten zudem Kontakte und der Aufbau von nationalen und internationalen Netzwerken, die im Zusammenhang mit der Programmteilnahme stehen. Bei der Befragung wurde Wert darauf gelegt, den jeweiligen (individuellen und/oder institutionellen) Nutzen zu erfahren, der mit solchen Kontakten einhergeht. Ausschließlich informell gestaltete Netzwerke wurden dabei nicht berücksichtigt. Etwa die Hälfte der Teilnehmer/innen von IHOP berichtete vom Zustandekommen nationaler und internationaler Netzwerke, die einen relativ hohen Institutionalisierungsgrad erreicht haben. Gemeint sind vor allem Netzwerke, die in regelmäßigen Abständen einen Austausch pflegen und einen gewissen Öffentlichkeitscharakter aufweisen (z.B. Tagungen oder Kongresse veranstalten). Im Demenzprogramm trifft dies auf zwei von fünf Befragten zu, wobei es sich in einem Fall um eine Gruppenhospitation handelte, deren Mitglieder nach wie vor in einem regelmäßigen Austausch mit den Vertreter/innen des Gastlandes stehen. Beispielhaft seien hier zwei Interviewpassagen aufgeführt:

> Und darüber hinaus, was daraus entstanden ist, wir hatten jetzt am 1. und 2. Juli die erste Bundeskonferenz [Name der Konferenz]. Und Kollegen aus [dem Ausland] sind hier zu uns nach Deutschland gekommen und haben ihr Modell auch noch mal jetzt der bundesweiten Gruppe von [Beschäftigten dieses Bereichs] vorgestellt. Da haben ganz viele Kollegen gesagt, dieser Blick über den Tellerrand, nicht jeder kann ins Ausland fahren, sondern, dass die hier nach Deutschland gekommen sind und das berichtet haben, das war einer der Meilensteine in den letzten 10 Jahren in [diesem Bereich] in Deutschland. (IHOP-1)

> Ich habe jetzt noch Kontakte zu Personen dort, obwohl es ja schon 4 Jahre her ist. Es war schon einmal möglich, jemanden hier her einzuladen beruflich. Ich habe es geschafft in meiner neuen Position die Kontakte aufrecht zu erhalten und da auch fachlich einen Austausch zu schaffen. (IHOP-7)

3.2 Fördernde und hemmende Faktoren für Lernen und Transfer

Dieser Abschnitt befasst sich damit, die zuvor dargestellten Lerneffekte im Zusammenhang mit ihren Entstehungshintergründen zu diskutieren und Einflussfaktoren zu identifizieren, die entscheidend zum Zustandekommen von persönlichen Lernerfahrungen und Transfererfolgen beigetragen haben. Dabei geht es darum, über den Einzelfall hinaus wiederkehrende Muster offenzulegen und ggf. verallgemeinerbare Tendenzen hinsichtlich erfolgsfördernder bzw. -hemmender Einflüsse zu entwickeln.

3.2.1 Teilnehmerbezogene Faktoren: Intentionen und Ziele der Hospitant/innen

Dass die Formulierung von Zielen mit der Zielerreichung korrespondiert, scheint zunächst eine triviale Erkenntnis zu sein und relativ wenig über das Zustandekommen von Erfolgen oder Misserfolgen auszusagen. Bei näherer Betrachtung der Art und Weise, wie die Ziele im Vorfeld der Hospitation festgelegt wurden und woraus sie sich zusammensetzten, erweist sich dieser Zugang jedoch als aufschlussreich im Hinblick auf mögliche Einflussfaktoren für Lern- und Transfererfolge.

Trotz der thematischen und inhaltlichen Vielfältigkeit bei den jeweiligen Fragestellungen der Hospitationen, lassen sich systematische Unterschiede entlang der Grundintention erkennen, unter deren Prämisse die jeweilige Programmteilnahme gestanden hat. Gemeint ist hier, inwiefern die Teilnahme aus eher persönlichen Motiven erfolgte oder stärker von einem institutionellen Interesse getragen war. Im vorliegenden Sample von IHOP fanden drei Hospitationen statt, die ohne konkrete einrichtungsbezogene Ziele und Umsetzungsabsichten durchgeführt wurden, auch wenn das jeweilige persönliche Interesse fachbezogen und aus dem Arbeitsalltag heraus entstanden ist. Im Demenzprogramm gaben nur die beiden selbständigen Teilneh-

mer/innen an, persönliche und fachliche Ziele, aber keine institutionellen Ziele zu verfolgen. Folgende Zitate veranschaulichen den Sachverhalt:

> Das war ein persönliches Unternehmen. (IHOP-7)
>
> Mal zu schauen, wie es woanders läuft. … [Dort] waren ja die DRGs mein Thema, und da hat mich interessiert, wie wirkt sich das auf den ambulanten Bereich aus. Natürlich ging es mir auch darum, mal ein bisschen Abstand zum Alltag zu bekommen. … Die Lust, mal raus aus dem Alltag zu kommen. Ich finde, das hat schon seinen Wert. (IHOP-4)
>
> Ich wollte meinen Horizont erweitern und neue Anregungen erhalten. (Demenz-4)
>
> Ich hatte kein betriebliches Ziel, sondern es ging mir um die fachliche Weiterentwicklung von Vernetzungsstrukturen hier in der Stadt. (DEMENZ-5)

Bei der Mehrheit der Befragten standen dagegen institutionelle Ziele im Vordergrund ihres Auslandsaufenthaltes. Auch wenn einige von ihnen persönliche Nebenziele mit dem eigentlichen Anlass verbinden konnten, war der Ergebnistransfer in die Heimatinstitution (z.B. das Kennenlernen von Modellen, die Identifizierung von Lösungen etc.) das Hauptanliegen der Reise. Häufig wiesen die Projektziele dabei starke Anknüpfungspunkte zu Vorarbeiten und/oder aktuellen Herausforderungen der Einrichtungen auf:

> Diesen Gesamtplan jetzt mit den [dortigen] Experten zu besprechen, das war ein konkreter Ansatzpunkt für die Hospitation. (IHOP-1)
>
> Und vor dem Hintergrund der Frage, wie können wir diese Veränderung an unserem Standort mitgestalten, wurde mir das [die Hospitation] auch ermöglicht. (IHOP-9)
>
> Der Versuch der Gründung einer solchen Abteilung war nicht erfolgreich. Bei der Hospitation wollte ich nach anderen Modellen der Zusammenarbeit suchen und prüfen, ob diese Idee tatsächlich nicht gut war. (DEMENZ-1)
>
> Wir hatten hier das Ziel, Fixierung abzuschaffen und dazu auch eine Erklärung unterzeichnet…. Und ich wollte herausfinden, was machen die [dort] anders, um das hinzukriegen. (DEMENZ-2)

Hinsichtlich der Ziele und Intentionen der Hospitationen lässt sich feststellen, dass alle Befragten ihre mit der Hospitation verbundenen Ziele als vollständig erreicht bewerteten. Die folgenden Interviewpassagen können als beispielhaft für das Gesamtsample gelten:

> Ich habe an jedem Punkt, den ich mir vorher gesetzt habe, auch einen Haken setzen können. (IHOP-8)
>
> Das merke ich heute noch. In dem Moment, in dem ich nochmal meinen Abschlussbericht anschaue … da ist für mich diese Linie drin und da sehe ich ganz klar: Ja, ich habe wirklich diese Antworten gefunden, die ich gesucht habe. Zwar noch Vieles mehr, aber auch die Antwort auf die Frage. (IHOP-7)

Wie sich im letzten Zitat bereits andeutet, weisen viele Teilnehmer/innen zudem auf über das eigentliche Hospitationsziel hinausgehende, nicht intendierte Lernerfolge hin. Diese entstanden als Nebeneffekte zusätzlich zur eigentlichen Fragestellung oder traten an deren Stelle auf, wenn sich der eigentliche Reiseanlass als weniger interessant herausgestellt hatte. Die nichtintendierten Programmeffekte bezogen sich dabei meist auf die Entstehung von Kontakten und Netzwerken, vor allem jedoch auf die Erweiterung von persönlichen Kompetenzen und Fachkompetenzen.

> Wir hatten da einen wunderbaren Dialog, aber fachlich war das gar nicht so spannend. Allerdings habe ich viele andere Dinge gelernt, mit denen ich nicht gerechnet hätte. Sehr gut gefallen hat mir z.B. der positive Zugang, die „Celebration“ der Demenz, nicht so der medizinische Blickwinkel, die Defizite, die man in Deutschland vor allem sieht. Auch die gelebte Teilhabe war sehr beeindruckend für mich. (DEMENZ-4)
>
> Nebenbei habe ich mitgenommen, dass sie dort weniger Rollstühle haben, weil sie die Leute umsetzen. Da habe ich gelernt, wie wichtig Mobilisierung ist. Denn sonst kommt die Negativspirale und der Muskelabbau. (DEMENZ-2)

Häufig waren es gerade die jenseits der Agenda verlaufenden persönlichen Begegnungen und Lernerfahrungen, die von vielen Teilnehmer/innen zu den wichtigsten und wertvollsten,

aber auch zu den nachhaltigsten Eindrücken gezählt wurden, wie folgende Aussage dokumentiert:

> Die wichtigsten Auswirkungen für mich waren zwei persönliche Erfahrungen … wo ich nie gedacht hätte, dass so etwas aus so einer Hospitation resultieren kann. … Das war einfach einmalig. Wahnsinn, da kann ich mein ganzes Leben draus zehren. (IHOP-1)

Aus den bis hierhin dargelegten Ergebnissen lassen sich zwei zentrale Hinweise für den überindividuellen Erfolg von Hospitationen ableiten. Bereits bei der Planung der Hospitation sollte das institutionelle Lernen bzw. der Transfer noch stärker berücksichtigt werden. Bezogen auf die Bedeutung nichtintentionaler Programmeffekte lässt sich ableiten, dass innerhalb der festgelegten Ziele aber auch Freiraum gegeben sein muss, damit sich Unvorhergesehenes ereignen kann.

3.2.2 Organisationale Faktoren: Unterstützungsbereitschaft, Zielkongruenz und betriebliche Position der Hospitant/innen

Unter organisationalen Faktoren werden in der Folge vor allem die Dimensionen Unterstützungsbereitschaft, Zielkongruenz zwischen Hospitant/in und Einrichtung sowie die betriebliche Stellung der Hospitant/innen gefasst.

Einen Sonderfall stellen diejenigen Personen dar (n=2), die ohne institutionelle Anbindung als selbständig Tätige zu einer Hospitation aufgebrochen sind. Diese berichteten von einer doppelten Belastung durch die zusätzlichen Kosten der Reise und dem gleichzeitig zu kompensierenden Verdienstausfall. In beiden Fällen handelt es sich um Teilnehmer/innen des Demenzprogramms, die aus diesen Erschwernissen heraus jeweils nur kürzere Aufenthalte planen konnten. Von den in einem Beschäftigungsverhältnis stehenden Befragten berichtete keiner von einer ablehnenden Haltung seitens Vorgesetzter oder Kolleg/innen gegenüber dem Hospitationsvorhaben. Je nach Einzelfall wurden die Kandidat/innen (teilweise entgeltlich) freigestellt, konnten ihren Jahresurlaub entsprechend blocken oder der Arbeitgeber übernahm gar deren Kostenanteile für den Auslandsaufenthalt. Auch wenn in jedem Fall die dahinterstehende Organisation als Ermöglichungsinstanz der Hospitation gesehen wurde, gestaltete sich ihre faktische Unterstützungsleistung unterschiedlich. Dabei bewegte sich das Spektrum zwischen einem eher passiven Gewährenlassen bis hin zur aktiven ideellen und materiellen Förderung:

> Die Unterstützung war insofern, als sie mir es ermöglicht haben, dass ich mal vier Monate weggehen kann und dann an den Arbeitsplatz wieder zurück. In der Leitungsposition ist das ja nicht ganz selbstverständlich. Von daher gab es da schon Unterstützung. (IHOP-4)

> Kollegen und Vorgesetzte haben von Anfang an sehr positiv auf die Hospitation reagiert [und] wir haben zusammen überlegt, wie wir diesen Zeitraum von acht Wochen überbrücken können. … Der nächste Vorgesetzte, der Pflegedirektor der Universitätsklinik … hat mir auch gute Konditionen angeboten für diese Zeit. Mir wurden in keinster Weise Steine in den Weg gelegt, sondern ich wurde eher gefördert. (IHOP-9)

> Ich wurde für diese Zeit freigestellt unter Fortsetzung der Bezüge. … Und ich hatte im Haus die Möglichkeit, sowohl bei der Pflegedirektion als auch bei den Kollegen die Hospitation vorzustellen. … Es gab viel Interesse und Neugierde. (IHOP-6)

> Ich habe Sonderurlaub bekommen und die Kosten habe ich dann selbst übernommen. Das war nicht so schlimm, weil es war ja nur eine Woche. Wir hatten ein gemeinsames Interesse an dem Thema und alle haben mich deshalb unterstützt. (DEMENZ-2)

In den Fällen, in denen das organisationale Interesse an der Hospitation besonders hoch ausfiel, kam es zwischen den Teilnehmer/innen und ihren Einrichtungen im Vorfeld des Aufenthaltes zu regelrechten Arbeitsbündnissen. Aus einem Organisationsentwicklungskontext heraus wurden Agreements bzgl. der Hospitationsziele getroffen und die Kandidat/innen bekamen präzise Aufträge mit auf die Reise:

> Das wurde von meinen Vorgesetzten klar gesehen als Möglichkeit zur Initiierung von Veränderungsprozessen. (IHOP-9)

> Mein Arbeitgeber und meine Kollegen verbanden konkrete Erwartungen mit der Hospitation. Deshalb hat das auch gut geklappt mit dem Interesse und mit dem Transfer. Die Kollegen waren dann auch richtig infiziert und haben selbst Ideen entwickelt. Das hat Spaß gemacht und war sehr positiv. (DEMENZ-2)

Teilweise beteiligte sich das (Führungs-) Kollegium auch direkt an der Ausarbeitung und Präzisierung der Programmanträge oder unterstützte die Teilnehmer/innen bei der Suche eines geeigneten Hospitationsplatzes. Wenn sich die individuellen Absichten der Hospitant/innen und die institutionellen Interessen ihrer Einrichtung miteinander verbanden, lag also eine Zielkongruenz vor. Dort, wo die Hospitation nicht als persönliches Partialereignis, sondern als betriebsrelevante Entwicklungschance an die formale Struktur der Organisation angebunden wurde, stiegen zwar die Erfolgserwartungen, aber mit ihnen auch die Unterstützungsbereitschaft bei der Umsetzung neuer Ideen und Lösungen. Tabelle 21 zeigt das Zusammenspiel zwischen Zielkongruenz, der organisationalen Unterstützung und Transfererfolgen.

Bei denjenigen Teilnehmer/innen, bei denen keine Kongruenz zwischen individuellen und institutionellen Zielen gegeben war, erfolgte auch meist keine aktive Unterstützung durch die Einrichtung und es wurden keine Transfererfolge erzielt. Dagegen gelang der Ergebnistransfer bei denjenigen Hospitationen, für die im Vorfeld der Reise ein institutioneller Relevanzkontext hergestellt werden konnte und bei denen eine aktive Förderung durch die Einrichtungen erfolgte.

Tabelle 21: Zusammenhang zwischen Transfererfolgen, organisationaler Unterstützung und Zielkongruenz[8]

Teilnehmer	Zielkongruenz	organisationale Unterstützung		Transfererfolge
		passiv	*aktiv*	
1	SF	SF	SF	ja
2	ja	nein	ja	ja
3	ja	nein	ja	ja
4	ja	nein	ja	ja
5	ja	nein	ja	ja
6	ja	SF	SF	ja
7	ja	nein	ja	ja
8	nein	ja	nein	nein
9	nein	ja	nein	nein
10	nein	ja	nein	nein
11	ja	ja	nein	ja
12	ja	nein	ja	ja
13	nein	nein	ja	nein
n	**8**	**4**	**7**	**9**

Die Bedeutung, die der Unterstützung und Rückendeckung durch die Organisation zukommt, drückt sich in den nachstehenden Zitaten aus, welche jeweils ein positives und negatives Beispiel veranschaulichen:

> Durch meine Vorgesetzten habe ich jede Unterstützung. Ohne, dass Vorgesetze einen unterstützen, ist die Transferleistung in die Praxis marginal bis nicht existent. Ich habe das Glück, dass ich, in einer Führungsposition kann ich so nicht sagen, aber ich bewege mich frei im System, bin in bestimmten Punkten allen Beschäftigten in allen Kliniken weisungsbefugt. So kann ich bestimmte Sachen setzen und die müssen gemacht werden. (IHOP-1)

> Ich hatte mir erhofft, dass meine Erfahrungen einfließen in neue Forschungsarbeiten. Aber bei allem, was eine Beteiligung der Leitung erfordert hätte, habe ich leider nichts erreicht. … Es gab da kein Entgegenkommen, und Besprechungen darüber wurden von der Leitung als Zeitverschwendung betrachtet. Da hat man viele Ideen, aber sie sind für den Arbeitsalltag nicht relevant. Das war unschön. (DEMENZ-3)

Zielkongruenz und organisationale Unterstützung sind jedoch nicht zwingend erforderlich,

[8] In der Tabelle sind die selbständig Tätigen ausgenommen. Die blau hinterlegten Felder markieren Sonderfälle (SF), die anhand der betrieblichen Stellung der Person erklärt werden. Hierauf wird weiter unten im Text noch näher eingegangen.

wenn es um den Ergebnistransfer geht. Vielmehr werden sie dann notwendig, wenn die Teilnehmer/innen nicht qua ihrer betrieblichen Stellung über ausreichend Dispositionsspielräume, Entscheidungsbefugnisse und Einflussmöglichkeiten verfügen, um die Umsetzung von Innovationen anzuweisen. Das betraf z.B. im Demenzprogramm die ärztliche Leitung einer Abteilung, die viele Erfahrungen im eigenen Haus und weit darüber hinaus umsetzen konnte. Für IHOP soll folgendes Zitat den Zusammenhang verdeutlichen:

> Wenn man die Möglichkeit hat, das umzusetzen. Ich muss sagen, meine Rolle dann hat es natürlich erleichtert, also meine Position dann. Es ist schon schwieriger, wenn man nicht in so einer Position ist. (IHOP-7)

Besonders dann, wenn die Hospitant/innen keine Führungsposition innehaben, mit der Programmteilnahme jedoch starke Umsetzungsinteressen verbunden sind, ist es seitens der Organisation wichtig, den betrieblichen Stellenwert der Hospitation im Kollegenkreis transparent zu machen und somit die Rolle des Heimkehrers als Know-how-Träger zu legitimieren, um Konflikte beim Wissenstransfer und der Umsetzung zu vermeiden.

Zusammengefasst lassen sich bis hierhin drei organisationale Einflussfaktoren identifizieren, die beim Ergebnistransfer in die Einrichtung eine maßgebliche Rolle spielen:

(1) die Zielkongruenz zwischen den Interessen der Einrichtung und denen der Hospitant/innen,
(2) die aktive Unterstützung der Teilnehmer/innen bei der Umsetzung der Hospitation und beim Transfer der Ergebnisse und
(3) die betriebliche Position der Teilnehmer/innen.

3.2.3 Programmbezogene Faktoren: Programmgestaltung und Unterstützung durch g-plus

Neben den bisher referierten teilnehmerbezogenen und organisationalen Einflussfaktoren gilt es, in diesem Abschnitt die Rolle des Institutes g-plus im Entstehungszusammenhang der Lernerfolge und Umsetzungsbemühungen zu diskutieren. Bevor die Ergebnisse hierzu differenzierter dargestellt werden, erfolgt zunächst eine Gesamtbewertung der Betreuungsleistung von g-plus durch die Teilnehmer/innen.

Insgesamt ergibt sich aus den Interviewaussagen ein außerordentlich positives Gesamtbild. Immer wieder hervorgehoben wurde ein vertrauensvoller, wertschätzender und persönlicher Kontakt zwischen den Mitarbeiter/innen von g-plus und den Teilnehmer/innen, der sich über die gesamte Programmspanne und darüber hinaus entwickelte:

> Dass man ein vertrauensvolles Verhältnis zu den Begleitenden aufgebaut hat. (IHOP-1)

> Das war super. Das sind ja ganz super Leute. Und die haben immer ganz schnell geantwortet, man hatte einen persönlichen Kontakt. Wenn ich die irgendwo auf einem Kongress getroffen habe, war das immer ein tolles Wiedersehen. (IHOP-5)

> Es wurde viel telefoniert, gemeinsam gesucht, Ideen gegeben, seitlich etwas eingestreut. Das war sehr wichtig und hilfreich. (DEMENZ-5)

Generell wurde das Institut sowohl in der Beratungsqualität als auch in der Servicequalität (z.B. Erreichbarkeit, Flexibilität) übereinstimmend sehr positiv beurteilt und die jeweiligen Unterstützungsleistungen durchweg als nützlich empfunden. Teilnehmer/innen, die angaben, keinen Support in Anspruch genommen zu haben, betonten in den Gesprächen, dass jederzeit ein Unterstützungsangebot bestanden hätte:

> Die Unterstützung durch g-plus – da war ich wunschlos glücklich. Freundlich, prompt und hilfsbereit. (DEMENZ-4)

> Also ich habe damals wegen meiner familiären Situation vier Wochen Hospitation über drei Monate gestreckt. Da war viel Verständnis und Entgegenkommen von g-plus. Ich bin da sehr gut beraten worden. (DEMENZ-1)

> Also, sie haben es angeboten, aber ich habe es gar nicht so gebraucht, weil ich genau wusste, was ich brauchte und was ich hatte. (IHOP-10)

Betrachtet man die Präsenz von g-plus zu verschiedenen Programmzeitpunkten, also vor, während und nach der eigentlichen Hospitation, so lässt sich der Nutzen, den die Teilnehmenden aus den Unterstützungsleistungen ziehen konnten, noch differenzierter darstellen.

Die Antrags- und Vorbereitungsphase wurde von vielen Befragten als „sehr intensiv“ (IHOP-2) bzw. „sehr zeitintensiv“ (IHOP-8) beschrieben. Die Intensität dieses Programmabschnittes wurde vor allem vor dem Hintergrund der zusätzlichen zeitlichen Belastungen diskutiert, die das Abfassen des Antrages, die Suche nach einer geeigneten Hospitationseinrichtung, die Koordinierung der Reise und des Gesamtaufenthaltes neben der Berufstätigkeit mit sich brachten:

> Nach Einreichung des Antrags kam die Anforderung, diesen zu überarbeiten. Ich hatte die Rückmeldung nicht recht verstanden und hatte den Eindruck, es ist zu wenig. Dann habe ich noch weitere Optionen eingebaut und dann war es aber zu viel. Das Feedback, das ich dann persönlich bekommen habe, war wichtig. Die Betreuung in dieser Phase war super und extrem hilfreich. (DEMENZ-3)

> Die Beantragung war nicht so schwierig, aber aufwendig. Den Kontakt [ins Hospitationsland] musste man ja selbst herstellen und dann haben die kurzfristig abgesagt, und ich musste zügig neu suchen. Das war schwierig. Ansonsten habe ich die Betreuung sehr positiv erlebt. Ich konnte jederzeit nachfragen. (DEMENZ-2)

Diese Zusatzanforderungen und der relativ große zeitliche Vorlauf bis zur eigentlichen Hospitation fanden jedoch ausnahmslos Akzeptanz und wurden im Sinne einer Motivationssteigerung sowie einer weiteren Fokussierung auf die zu bearbeitenden Fragestellungen positiv gedeutet:

> Aber das ist letztendlich gut gewesen, dass es nicht so eine Hauruckaktion war, sondern man da langsam, Schritt für Schritt rangeführt wurde. … Ich fand das vom Zeitablauf her völlig in Ordnung. ... Letztendlich ist es immer wichtig, dass derjenige, der so einen Auslandsaufenthalt vor hat, auch immer einen eigenen Anteil dazu beiträgt. Dass man nicht alles vorgelegt bekommt und nur noch unterschreiben muss, sondern die Eigeninitiative, die man aufbringen und mitbringen muss, die ist ganz wichtig. (IHOP-8)

Die Unterstützung durch g-plus wurde von den Teilnehmer/innen vor allem in der Antragsphase als wertvoll empfunden. Hierzu finden sich in den Interviews zahlreiche Belege, die zum einen die persönliche Hilfestellung bei der Zielkonkretisierung und der Strukturierung des Vorhabens hervorheben. Zum anderen wurde die Gestaltung der g-plus-Seminare positiv bewertet, die für Teilnehmer/innen vor und nach Hospitationen angeboten wurden. Diese Veranstaltungen boten nach Angabe der Befragten sowohl Inputs zur Schärfung der „analytischen Fähigkeiten“ (IHOP-9) bei der konzeptionellen Herangehensweise an ihre Projektvorhaben als auch „praktische Tipps“ (IHOP-3) mit einem unmittelbaren Anwendungsbezug:

> Die haben mir dabei geholfen, einfach nochmal gezielter Fragen zu stellen und das insgesamt zu konkretisieren. … Da war sehr gut, dieses Vorbereitungstreffen. (IHOP-3)

> Ich habe sehr von den Vor- und Nachbereitungsseminaren profitiert…. Ich fand das auch toll, wie beim Vorbereitungsseminar von den leitenden Professoren unsere analytischen Fähigkeiten geschärft wurden und die Fragestellungen nochmal konkretisiert wurden. Das war sehr hilfreich und einfach klasse. (IHOP-9)

> Ich fand gut, dass man das relativ strukturiert machen muss. Man muss ja ein Konzept einreichen, was man denn eigentlich machen möchte. Das finde ich extrem sinnvoll, weil man sich in dieser Phase selbst noch mal strukturiert und ordnet. (IHOP-6)

> Dass man dadurch so eine Struktur bekommt, von extern, weil man das sonst vielleicht nicht mehr so einhält. (IHOP-7)

> Der Austausch in den Seminaren war ausgesprochen hilfreich. Vor allem der Tipp, sich bei der Strukturierung des Antrags nicht zu viel vorzunehmen. Und dann auch die Überlegungen zum alltagsnahen Transfer. (DEMENZ -1)

> Die Vor- und Nachbereitungstreffen waren sehr konstruktiv und bereichernd. Ich habe das genossen. Toll auch der Anspruch an Reflexion. Da wurde genau nachgefragt. Ich war so froh darüber, wie gut das lief. Das ist man gar nicht mehr

> gewöhnt, so eine Fokussierung. Da ging es nicht nur um Austausch, sondern auch um Erkenntnisgewinn: Wo muss man genauer nachdenken? Warum will man dahin? Wie kann man das gezielt vorbereiten und optimieren? Damit sollten die Vorhaben besser konturiert werden. (DEMENZ-4)

Auch die von g-plus zur Verfügung gestellten Informationsmaterialien zum Programmablauf und zu den Antragsformalien wurden als Entlastung wahrgenommen:

> Ich finde die ganze Aufmachung, angefangen von der Internetseite, plus, dass dort die verschiedensten Infomaterialen und die nutzbaren Materialien, wie Flyer, aber auch die Anträge eigentlich hochprofessionell vorbereitet zur Verfügung stehen. Leitfragen sind dort schon formuliert, wo man in ein Textfeld eigentlich nur noch seinen Antragsanteil einfügen muss. Das ist einfach nur hochprofessionell und eine deutliche Arbeitserleichterung in der Vorbereitung gewesen. (IHOP-1)

Vereinzelt wurde der Wunsch geäußert, eine zusätzliche Hilfestellung bei der aufwendigen Suche nach einem geeigneten Hospitationsplatz zu erhalten. Denn vor allem diejenigen, die über mangelnde Sprachkompetenzen verfügten, berichteten teilweise über Probleme mit ihren Anfragen im Ausland. Zudem wurde von einer Teilnehmerin vorgeschlagen, vor der Hospitation zu recherchieren, ob das gewählte Reiseziel zur Beantwortung der Fragestellung beitragen kann:

> Bei der Reisevorbereitung hat mir mein Chef geholfen. Er hat als Professor den Kontakt für mich aufgebaut und ich hatte bereits mehrere Aufenthalte in den USA und keine sprachlichen Probleme. Ich kann mir aber vorstellen, für andere ist es da viel schwieriger, Hilfe zu bekommen. (DEMENZ-3)

> In Einzelfällen kam es wohl vor, dass Leute von ihrer Hospitation enttäuscht waren. Da habe ich mir die Frage gestellt, ob man das vielleicht voraussehen könnte, dass die dort auf ihre Fragen keine Antwort bekommen werden. Ich weiß nicht, wie viel da von g-plus vorher recherchiert wird. (DEMENZ-1)

Über beide Programme hinweg kam es im vorliegenden Sample nur in wenigen Fällen zu einem Unterstützungsbedarf während der eigentlichen Hospitation. Die nachstehenden Zitate illustrieren die Zufriedenheit der Teilnehmer/innen hinsichtlich dieser Situationen:

> Im Verlauf war der Emailkontakt immer sehr gut. Wenn es zwischendurch mal was gab, dann gab es auch immer Antworten. (IHOP-7)

> Als ich vor Ort gewesen bin, gab es so zwei Situationen, da wusste ich nicht, wie ich mich verhalten soll. Da habe ich nicht gezögert, die [g-plus] per Mail zu kontaktieren und dann habe ich auch zeitnah eine Rückmeldung gekriegt. Und da hab ich gemerkt, selbst bei der Begleitung vor Ort im Ausland, dass die Begleitung halt echt gut gewesen ist. (IHOP-1)

Häufiger waren die Schilderungen der Befragten zur Unterstützung durch g-plus in der Nachbereitungsphase. Hier wurde vor allem die Ergebnispräsentation beim Nachbereitungstreffen als Möglichkeit der Ergebnissicherung und Selbstreflexion geschätzt. Zudem wurden die Anregungen, über das Erlebte Publikationen zu verfassen, positiv aufgenommen:

> Man musste seine Ergebnisse vorstellen bei einem Treffen. Dann gab es in der Diskussion der Ergebnisse schon so einige Tipps, die in der ganzen Gruppe diskutiert wurden. Also das, was ich dabei herausgenommen habe, war, sich noch mal kritisch anzuschauen. Die [g-plus] haben dann auch unterstützt, das zu veröffentlichen. (IHOP-7)

> Da habe ich mir Notizen gemacht, z.B. einen Artikel zu schreiben. Ich bin gerade dabei. Und ich habe mir auch vorgenommen, außerhalb unserer Einrichtung einen Vortrag zu halten. Das habe ich noch nicht gemacht, aber die Ermutigung habe ich erhalten, und es liegt jetzt an mir, das umzusetzen. (IHOP-9)

> g-plus hat mich unterstützt und z.B. eine Veröffentlichung über meine Hospitation nachgefragt. Und dann habe ich noch die Abschlusspräsentation gemacht. Die ist gut angekommen, und das war wichtig für mich. (DEMENZ-3)

Außerdem lobten einige der Befragten das starke Interesse von g-plus, die Rückkehrer bei ihren Umsetzungsbemühungen zu unterstützen. Dieses Interesse beschränkte sich dabei keineswegs

auf das Nachbereitungstreffen, sondern ging über den eigentlichen Betreuungszeitraum hinaus:

> Die [g-plus] haben dann auch hinterher immer wieder nachgefragt: Was hat sich seitdem bewegt? Was hat sich verändert? Können Sie sich vorstellen, noch mal bei einem Vorbereitungstreffen mitzugehen und was zu erzählen? Super. Das fand ich top. (IHOP-3)

In der Nachbereitungsphase äußerte sich die Unterstützung durch g-plus u.a. in Beratungsleistungen bezogen auf den Umgang mit organisationalen Widerständen bei der Implementierung und bezogen auf konkrete Handlungsempfehlungen beim Ergebnistransfer:

> Wie man langsam mit der Umsetzung einsteigen kann und wie man Leute ins Boot holt. (IHOP-3)

Um den Transferprozess nachhaltiger zu verfolgen, formulierte ein Teilnehmer die Anregung, in einem größeren Zeitraum nach der Hospitation verpflichtende Anschlusstreffen in die Programmstatuten aufzunehmen:

> Ich würde mir hier wünschen, dass es ein Anschlussprogramm, was auch immer, gibt. Wo man sagen kann: Wenn wirklich richtig gute Ergebnisse rausgekommen sind, dass man daran weiterarbeiten kann. (IHOP-1)

Zudem stellten mehrere Personen Überlegungen an, ob man Vorgesetzte im Rahmen der Antragsphase bereits stärker zu einem Transfer von Ergebnissen verpflichten könnte.

> Wichtig ist, die Leitungskräfte zu committen. Und nicht nur zu hören kriegen: „schön, dass Du das gelernt hast. Da ist z.B. eine Honorierung durch Zeit erforderlich. Helfen könnte vielleicht, wenn die Leitung schon im Antrag einen kurzen Bericht über den geplanten Transfer der Hospitationsergebnisse verfassen müsste. (DEMENZ-3)

Um weitere Hinweise über Optimierungsmöglichkeiten innerhalb der Programmkonzeptionen zu erhalten, wurden die Teilnehmer/innen um eine Kosten-Nutzen-Abschätzung ihres Aufenthaltes gebeten. Alle gaben dazu an, dass sich „die Hospitation auf jeden Fall gelohnt hat“ (DEMENZ-5). Viele äußerten in diesem Zusammenhang, dass sie anderen Personen eine Hospitation unbedingt empfehlen und selbst gerne einen weiteren Auslandsaufenthalt durchführen würden. Auch auf die Frage, ob es für die Hospitation Alternativen gegeben hätte, durch die vergleichbare Lernerfolge hätten erzielt werden können, wurde sehr einheitlich geantwortet. Dabei war das Hauptargument, dass es in deutschen Einrichtungen zu den Fragestellungen keine, zu wenige oder den Teilnehmer/innen bereits bekannte Umsetzungserfahrungen gibt:

> Nein, inländisch geht da gar nichts. (IHOP-3)

> Das [Programm IHOP] war für mich eine gute Chance, mich weiter zu orientieren und noch mal einen anderen Eindruck zu bekommen, als nur das, was man jetzt in [meiner Heimatstadt] oder deren Umgebung hat. (IHOP-8)

> Die Hospitation war alternativlos. Die deutsche Versorgungslandschaft ist mir gut bekannt. … Es würde etwas Wichtiges fehlen, wenn das Programm nicht mehr wäre oder wenn es nur noch auf einzelne Berufsgruppen bezogen wäre. (DEMENZ-1).

> Das war ein sehr spezielles Thema und in Deutschland ist mir keine Einrichtung bekannt, die damit Erfahrungen hat. (DEMENZ-2)

> Keinesfalls wäre das Ziel mit einer Inlandshospitation zu erfüllen gewesen, weil es eine solche Struktur in Deutschland nicht gibt. (DEMENZ-5)

Neben den genannten Aspekten berichteten mehrere Teilnehmer/innen von einem weiteren entscheidenden Vorteil einer Auslandshospitation: dem geringer ausgeprägten Konkurrenzverhalten der Gastländer. Während in Deutschland der Austausch über *good practice* immer auch von Trägeregoismen überlagert wird, die einen offenen Diskurs deutlich erschweren, treten diese Motive aufgrund der internationalen Distanz deutlich in den Hintergrund:

> Hier konnte man sehr offen über Vor- und Nachteile der beiden Systeme diskutieren jenseits von institutionellen Konkurrenzen. (DEMENZ-5)

Wenn es um förderliche Rahmenbedingungen von Austausch und Diskurs geht, wurde auch angeregt, den in Deutschland weit verbreiteten Abgrenzungsbestrebungen zwischen den verschiedenen Berufsgruppen entgegenzuwirken und die Interdisziplinarität als Qualitätskriterium eines Hospitationsantrags zu gewichten.

> Hospitationen, die multiprofessionell angelegt sind, sollten vorrangig gefördert werden. Ich finde es besser, als Gruppe und nicht als Einzelperson ins Ausland zu gehen, z.B. eine Pflegedienstleitung mit ihrer Hauswirtschaftsleitung zum Thema Ernährung. Denn der interdisziplinäre Dialog ist immer sehr spannend. Vielleicht würden sich dann auch noch mehr Leute zu so einem Schritt entscheiden. (DEMENZ-1)

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich die Teilnehmer/innen hinsichtlich der Beratungs- und Servicequalität beim Institut g-plus sehr gut aufgehoben fühlten. Insbesondere das Unterstützungsangebot in der Vorbereitungs-/Antrags- und der Nachbereitungsphase wurde als besonders wertvoll und hilfreich wahrgenommen. In Hinblick auf die bisher referierten Ergebnisse zu den teilnehmerbezogenen und den organisationalen Einflussfaktoren auf das persönliche Lernen und den Transfererfolg der Teilnehmer/innen kommt diesen Programmphasen ein besonderer Stellenwert zu. Aus diesem Grund kann es als sinnvoll und zielführend bewertet werden, dass g-plus gerade in diesen erfolgssensiblen Programmphasen eine besonders hohe Betreuungsdichte hergestellt hat. Zu betonen ist, dass den Hospitationen ausnahmslos eine positive Kosten-Nutzen-Relation bescheinigt wurde.

4. Ergebnisse der Dokumentenanalyse

Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse der Dokumentenanalyse (n=197) verdichtet dargelegt. Die Teilnehmerberichte stellen gewissermaßen eine Momentaufnahme des Entwicklungstandes im unmittelbaren Anschluss an die Hospitation dar. Vor dem zeitlichen Entstehungshintergrund dieser Dokumente sind Aussagen z.B. zum Ergebnistransfer daher vorläufig, weil sich die Umsetzung der Hospitationsergebnisse in die Einrichtungen hinein oftmals noch in der Planungsphase befand. Eine abschließende Beurteilung von Transfererfolg und persönlichem Lernen durch die Programmteilnahme findet sich in den Ergebnissen der standardisierten Befragung.[9]

Die meisten Angaben über Wirkungen der Hospitationen fanden sich in den Dimensionen des persönlichen Lernens (vgl. Tabelle 22). Viele Berichte konzentrierten sich insbesondere auf das Lernen in den berufsspezifischen Kernkompetenzen. Die Hospitant/innen gaben an, viele für sie neue, spannende und für ihre Arbeit wichtige Methoden, Techniken und Konzepte kennengelernt zu haben, wie z.B. zu Fragen der Milieugestaltung und der Orientierungsförderung für Menschen mit Demenz oder zur Arbeits- und Patientensicherheit. Korrespondierend zu den Ergebnissen der Interviewbefragung berichteten viele Teilnehmer/innen von Erkenntnisgewinnen über die wirkungsvollere Organisation von Interdisziplinarität (vgl. Abschnitt 3.1.1.3 u. 3.2.3). Dabei schilderten sie ihre Beobachtungen über die offenbar deutlich flacheren Hierarchien zwischen den Professionen in anderen Ländern sowie über die höhere Wertschätzung des Pflegeberufs. Weiterhin wurde über Lerneffekte im Bereich Mitarbeitermanagement/Personalentwicklung sowie hinsichtlich einer stärkeren fachlichen Reflexion und Evaluation der eigenen beruflichen Arbeit berichtet.

Tabelle 22: Persönliches Lernen (Anzahl Nennungen)

	DEMENZ (n=61)	IHOP (n=136)
Persönliches Lernen (gesamt)	**142**	**266**
Personale Kompetenz	29	34
Sozialkompetenz	22	24
Fachkompetenz	68	136
Interkulturelle Kompetenz	23	72

[9] Anzumerken ist außerdem, dass die Angaben in den Tabellen dem Leser lediglich zur Orientierung dienen bzw. einen Gewichtungsüberblick darüber geben sollen, wie häufig die unterschiedlichen Aspekte persönlichen und institutionellen Lernens in den Berichten thematisiert wurden. Die Häufigkeitsangaben geben ausschließlich die Anzahl an Nennungen wieder, sagen jedoch nichts über deren jeweilige Qualität aus. Sie sind also nicht mit „harten“ quantitativen Kennzahlen zu verwechseln.

Im Kontrast zu den ausführlichen Angaben zur Erweiterung der fachlichen Kompetenzen fanden sich weit weniger Aussagen über Lerneffekte in den Bereichen personaler und Sozialkompetenzen. Dies kann auf die Logik der Berichte zurückgeführt werden, deren hauptsächliche Zielsetzung auf den Lernerfolg bei der zuvor formulierten fachlichen Fragestellung fokussierte. Zudem kann vermutet werden, dass die Teilnehmenden eher zurückhaltend mit persönlicheren Aussagen umgegangen sind, weil die Berichte veröffentlicht wurden. Diejenigen, die zu diesen Punkten dennoch Aussagen getroffen haben, betonten im Bereich der personalen Kompetenzen z.B. Aspekte wie die Fähigkeit zur Selbstreflexion oder die Steigerung der Belastbarkeit. Schilderungen bzgl. interkultureller Lernerfahrungen bezogen sich überwiegend auf Verbesserungen der eigenen Fremdsprachenkenntnisse sowie ein positives Fremdkulturerleben.

Wie eingangs dieses Abschnittes angedeutet, enthielten die Berichte i.d.R. (noch) keine weitreichenden Aussagen zu fortgeschrittenen institutionellen oder gar überinstitutionellen Lerneffekten, da sie sehr zeitnah nach der Hospitation erstellt wurden. Häufig fanden sich jedoch entsprechende Absichtserklärungen, Schilderungen des Planungsstandes sowie Zielstellungen. Darüber hinaus gab es vereinzelt Aussagen über betriebsinterne Vorträge zu den Hospitationserfahrungen, die zum Zeitpunkt der Berichtslegung bereits gehalten worden waren (vgl. Tabelle 23).

Tabelle 23: (Über-)Institutionelles Lernen und Wissenstransfer (Anzahl Nennungen)

	DEMENZ (n=61)	IHOP (n=136)
Institutionelles Lernen	43	122
Überinstitutionelles Lernen	20	66
Publikationen / Vorträge	13	19

Zum Thema Netzwerkbildung fanden sich in der Mehrheit der Berichte entsprechende Schilderungen. Positiv zu vermerken ist, dass die Teilnehmenden recht häufig angaben, dass die Kontakte zum Gastland auch nach Beendigung der Hospitation Bestand hatten. Es waren diverse fachliche Kooperationen in Planung oder bereits in Gange. Gemeinsame Konferenzbesuche waren ebenso Bestandteil dieses fachspezifischen Austauschs. Insgesamt schienen die Hospitationen die internationale Netzwerkbildung stark zu befördern (vgl. Tabelle 24).

Tabelle 24: Netzwerkbildung (Anzahl Nennungen)

	DEMENZ (n=61)	IHOP (n=136)
Netzwerkbildung (gesamt)	44	98
nationale Netzwerkbildung	20	21
internationale Netzwerkbildung	24	77

Die Auswertung der Hospitationsberichte spricht für einen hohen Gesamtnutzen des Programms auf unterschiedlichen Ebenen. Der Großteil der Teilnehmer/innen sah ihre Erwartungen an den Auslandsaufenthalt als voll erfüllt an und betonte insbesondere eine deutliche fachliche, aber auch persönliche Bereicherung. Dem Institut g-plus attestierten durchweg alle Teilnehmer/innen eine gute Beratungs- und Servicequalität und sprachen im Rahmen der Hospitationsberichte ihre Dankbarkeit hierfür aus.

5. Ergebnisse der schriftlichen Befragung

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse der standardisierten Befragung dargelegt. Zunächst sollen die Befunde anhand einer programmweisen Auswertung von Mittelwerten dargestellt werden. Dabei wird einer ähnlichen Systematik wie bei den Interviewergebnissen gefolgt (vgl. Abschnitt 3.1), indem die Resultate anhand thematischer Blöcke aufbereitet werden. In denjenigen Blöcken, die sich auf den *Outcome* (z.B. personale Kompetenz, Sozialkompetenz, institutionelles Lernen etc.) und auf die Kontextvariablen der Hospitationen (z.B. Unterstützung der Heimateinrichtung, Unterstützung durch g-plus) beziehen, finden sich außerdem Ergebnisse zur Skalenbildung (Reliabilitätsanaly-

sen). Die Outcome-Skalen dienen zum einen dem Vergleich beider Programme, zum anderen bilden sie eine wichtige Grundlage zur Analyse von Zusammenhängen zwischen Lern- und Transfererfolgen und verschiedenen Kontextvariablen.

Beim Lesen der nachfolgenden Abschnitte ist folgender Hinweis zur Interpretation der quantitativen Angaben zu beachten: Die jeweiligen Maximalausprägungen der Mittelwerte liegen bei 1 bzw. 4. Das Ergebnis 1 entspricht dabei der Antwort „trifft gar nicht zu“, 2 der Antwort „trifft eher nicht zu“, 3 der Antwort „trifft eher zu“ und 4 der Antwort „trifft vollständig zu“.[10] Die Angabe „fehlend“ in den Tabellen zeigt die Häufigkeit von Antwortausfällen („weiß nicht / keine Angabe“).

5.1 Persönliches Lernen

Analog zur Interviewbefragung bzw. der Dokumentenanalyse wurde auch in der standardisierten Erhebung das persönliche Lernen anhand von unterschiedlichen Kompetenzbereichen erfasst.

5.1.1 Personale Kompetenz

Zur Erfassung der personalen Kompetenz kamen fünf Items zum Einsatz. Die Teilnehmer/innen konnten anhand dieser Fragen bewerten, inwieweit sie in ihrer Entwicklung von der Hospitation profitiert haben (vgl. Tabelle 25). Die jeweils höchsten Werte erzielten dabei programmübergreifend das berufliche Selbstbewusstsein (IHOP=3,4; DEMENZ=3,2) und die Arbeitsmotivation (IHOP=3,3; DEMENZ=3,3). In IHOP wird außerdem von einem starken Anstieg der Kreativität bei der Lösung berufsalltäglicher Probleme berichtet (3,3). Mit 2,9 von 4 Punkten findet die Aussage, die Fähigkeit, sich bei der Arbeit auf neue Situationen einstellen zu können, habe sich verbessert, etwas weniger Zustimmung. Das geringste Einvernehmen erzielt bei IHOP die Aussage, durch die Hospitation im Beruf gelassener geworden zu sein (2,7). Im DEMENZ-Programm fallen auf das Kreativitätsitem 3,1 von 4 Punkten. Sich besser auf neue Situationen einstellen zu können erzielt 2,8 Punkte. Analog zu IHOP hat auch bei DEMENZ eine Steigerung der Gelassenheit die geringste Zustimmung erfahren (2,6).

Um die Auswirkungen der Hospitation auf die personale Kompetenz programmweise zu vergleichen, wurde zunächst anhand einer Reliabilitätsanalyse geprüft, inwieweit sich die fünf Items zu einer Skala zusammenfassen lassen. Dieses Vorgehen bietet zum einen den Vorteil, dass dadurch nicht jedes Item einzeln verglichen werden muss. Zum anderen sollen im weiteren Verlauf des Berichtes Zusammenhänge und Unterschiede einer Vielzahl weiterer Variablen erfasst werden. Die Skalenbildung ist hierfür vorteilhaft, da sie maßgeblich zur Reduktion von Komplexität beiträgt.

Die Reliabilitätsanalyse ergibt für die fünf Items zur personalen Kompetenz einen guten bis sehr guten Wert von (α=.842), was einer hohen internen Konsistenz gleichkommt. Die Items können also zur Skala „Personale Kompetenz“ zusammengefasst und hieraus programmweise Mittelwerte gebildet werden (vgl. Tabelle 26), welche wiederum miteinander verglichen werden können.

[10] Der einfachen Darstellung bzw. Leserfreundlichkeit wegen wird darauf verzichtet, bei jedem Item die Häufigkeit der Einzelantwortnennungen aufzuzeigen. Aus demselben Grund werden auch Mittelwerte aus den Antworten gebildet, obwohl dies aufgrund der Ordinalskalierung der Daten streng genommen unzulässig ist. Letzteres ist gängige Praxis in Forschungs- (vgl. z.B. KFN 2012) und Alltagszusammenhängen (vgl. Notendurchschnitt in Kontext Schule oder Studium).

Tabelle 25: Personale Kompetenz (Mittelwerte Einzelitems)

			Durch die Hospitation …				
			bin ich in meinem Beruf selbstbewusster geworden	ist meine Motivation bei der Arbeit nachhaltig gestiegen	gehe ich meine Arbeit heute gelassener an	kann ich mich bei der Arbeit besser auf neue Situationen einstellen	bin ich kreativer bei der Lösung von Problemen im Berufsalltag geworden
IHOP	N	Gültig	67	69	67	64	67
		Fehlend	5	3	5	8	5
	MW		**3,4**	**3,3**	**2,7**	**2,9**	**3,3**
	Minimum		1	1	1	1	1
	Maximum		4	4	4	4	4
DEMENZ	N	Gültig	40	40	39	38	39
		Fehlend	1	1	2	3	2
	MW		**3,2**	**3,3**	**2,6**	**2,8**	**3,1**
	Minimum		1	1	1	1	2
	Maximum		4	4	4	4	4

Der Skalenmittelwert bei IHOP beträgt 3,1, bei DEMENZ 3,0. Ein T-Test belegt, dass es sich dabei um keinen signifikanten Unterschied handelt (t=.995; df=108; p=.322). Die beiden Programme unterscheiden sich demnach nicht hinsichtlich der Selbsteinschätzung ihrer Teilnehmer/innen zur Steigerung der personalen Kompetenz. Mit knapp 3 von 4 Punkten liegen beide Hospitationsangebote auf einem hohen Niveau.

Tabelle 26: Personale Kompetenz (Skalenmittelwerte)

		N	Mittelwert
Personale Kompetenz	IHOP	70	3,1
	DEMENZ	40	3,0

5.1.2 Sozialkompetenz

Zur Einschätzung möglicher Lernerfolge im Bereich Sozialkompetenz konnten die Teilnehmer/innen fünf Items beantworten (vgl. Tabelle 27). In beiden Programmen erreichte die Aussage, dass es den Befragten durch die Hospitation nun im Beruf leichter falle, mit anderen in Kontakt zu treten, die höchsten Werte (IHOP=3,0; DEMENZ=2,8). Ähnlich starke Zustimmung finden bei IHOP die Items „sicherer im Umgang mit anderen Menschen“ (2,9), „Verbesserung des Verhandlungsgeschickes“ (2,8) und „es fällt mir leichter, mich in andere hineinzuversetzen“ (2,9). Mit 2,6 Punkten steht an letzter Stelle eine gestiegene Achtsamkeit beim Üben von Kritik. Im DEMENZ-Programm ergibt sich eine ähnliche Rangfolge: An zweiter Stelle steht der sicherere Umgang mit anderen (2,7), gefolgt vom Hineinversetzen in andere (2,6). Die geringste Zustimmung erzielten mit je 2,5 Punkten die Items zum Verhandlungsgeschick und zur achtsamen Kritik.

Tabelle 27: Sozialkompetenz (Mittelwerte Einzelitems)

			Durch die Hospitation …				
			fällt es mir im Beruf leichter, mit anderen in Kontakt zu treten	fühle ich mich sicherer im Umgang mit anderen Menschen	hat sich mein Verhandlungsgeschick verbessert	fällt es mir leichter, mich in andere hineinzuversetzen	übe ich Kritik achtsamer
IHOP	N	Gültig	64	67	69	66	66
		Fehlend	8	5	3	6	6
	MW		**3,0**	**2,9**	**2,8**	**2,9**	**2,6**
	Minimum		1	1	1	1	1
	Maximum		4	4	4	4	4

DE-MENZ	N	Gültig	38	38	39	39	35
		Feh-lend	3	3	2	2	6
	MW		**2,8**	**2,7**	**2,5**	**2,6**	**2,5**
	Minimum		1	1	1	1	1
	Maximum		4	4	4	4	4

Wie im vorangegangenen Abschnitt zur personalen Kompetenz wurde auch zum programmweisen Vergleich der Sozialkompetenz eine Reliabilitätsanalyse zur Skalentauglichkeit der fünf Items durchgeführt. Im Falle der Items zur Sozialkompetenz ergibt die Reliabilitätsanalyse eine noch höhere interne Konsistenz (α=.903). Somit kann auch hier mit einer Skala „Sozialkompetenz" weiterverfahren werden (vgl. Tabelle 28).

Tabelle 28: Sozialkompetenz (Skalenmittelwerte)

		N	Mittelwert
Sozialkompetenz	IHOP	70	2,9
	DEMENZ	40	2,6

In IHOP liegt der Skalenmittelwert für Sozialkompetenz bei 2,9, in DEMENZ 2,6. Der T-Test belegt jedoch, dass es sich dabei um keinen signifikanten Unterschied handelt (t=1.546; df=108; p=.125). Lernerfahrungen im Bereich der Sozialkompetenz sind demnach programmunabhängig.

5.1.3 Fachkompetenz

Aufgrund der unterschiedlichen Fachprofessionen der Befragten wurde zur Operationalisierung der Fachkompetenz auf berufsspezifische Fragen verzichtet, da dies zu Antwortausfällen bei Vertreter/innen anderer Professionen geführt hätte. Fachkompetenz musste also abstrakter gefasst werden. Zu diesem Zweck wurde je ein Item angeboten, welches allgemein auf die berufliche Handlungs- und die Wissensebene fokussierte.

Die Erweiterung der Fachkompetenz gestaltet sich in den beiden Programmen unterschiedlich (vgl. Tabelle 29). Generell ist der Wissenserwerb (Fachwissen) in beiden Programmen stärker ausgeprägt als der Kompetenzgewinn auf der Handlungsebene (Verfahren, Methoden, Techniken), wobei das Fachwissen bei DEMENZ einen höheren Mittelwert annimmt (3,8) als bei IHOP (3,6). Umgekehrt ist es im Falle neuer Verfahren, Methoden und Techniken (IHOP=3,3; DEMENZ=3,1), bei denen die IHOP-Teilnehmer stärkere Einflüsse durch die Hospitation berichten.

Aufgrund der geringen Itemanzahl (n=2) wird für Fachkompetenz kein Skalenmittelwertvergleich durchgeführt, sondern die Einzelitems mittels T-Test auf programmweise Unterschiede geprüft. Dabei zeigt sich bei den Mittelwerten zur Fachkompetenz auf der Handlungsebene (neue Verfahren/Methoden/Techniken) kein bedeutsamer Unterschied zwischen den beiden Programmen (t=1,328; df=107; p=.064). Hinsichtlich der Aneignung bzw. Erweiterung neuen Fachwissens ist der Unterschied zwischen IHOP und DEMENZ jedoch signifikant (t=-2,082; df=102,46; p=.04). Die fachspezifische Wissenserweiterung fällt bei DEMENZ (3,8) also systematisch stärker aus als bei IHOP (3,6), wenngleich in beiden Programmen sehr hohe Werte erreicht werden und die Unterschiede faktisch gering sind.

Tabelle 29: Fachkompetenz (Mittelwerte Einzelitems)

			Durch die Hospitation …	
			hat sich mein berufliches Fachwissen erweitert	kann ich neue Verfahren(…) bei der Arbeit anwenden
IHOP	N	Gültig	70	68
		Fehlend	2	4
	MW		**3,6**	**3,3**
	Minimum		2	1
	Maximum		4	4

DEMENZ	N	Gültig	39	39
		Fehlend	2	2
	MW		**3,8**	**3,1**
	Minimum		3	1
	Maximum		4	4

5.1.4 Interkulturelle Kompetenz

Lernerfolge im Bereich der interkulturellen Kompetenz wurden anhand von vier Items erfasst (vgl. Tabelle 30). Die Aneignung von Kulturwissen über das Hospitationsland erzielt bei IHOP mit 3,7 von 4 Punkten den Spitzenwert, gefolgt von einer Verbesserung der Fremdsprachenkenntnisse der Teilnehmer/innen (3,4). Dass die Hospitation sich positiv auf die Kontaktaufnahme mit Menschen aus anderen Kulturen ausgewirkt hat, nimmt mit 3,3 ebenfalls einen relativ hohen Wert ein. In beiden Programmen steht jeweils an letzter Stelle, dass die Befragten ihre eigene Kultur nach dem Auslandsaufenthalt anders betrachten als zuvor (IHOP=3,2; DEMENZ=2,7). Den höchsten Wert erreicht bei DEMENZ die Aneignung von Kulturwissen (3,2). Jeweils 2,8 Punkte fallen auf die Verbesserung von Fremdsprachenkenntnissen bzw. die Kontaktaufnahme zu Menschen aus anderen Kulturen.

Die vier Items wurden mittels Reliabilitätsanalyse auf ihre interne Konsistenz hin geprüft. Für die Skala „Interkulturelle Kompetenz“ ergibt sich ein guter bis sehr guter Wert (α=.804), sodass hierfür programmweise die Mittelwerte errechnet und diese auf Unterschiede hin getestet werden können (vgl. Tabelle 31).

Tabelle 30: Interkulturelle Kompetenz (Skalenmittelwerte)

		N	Mittelwert
Interkulturelle Kompetenz	IHOP	72	3,4
	DEMENZ	41	2,9

Der Skalenmittelwert für interkulturelle Kompetenz beläuft sich bei IHOP auf 3,4 und bei DEMENZ auf 2,9. Der T-Test zeigt, dass die Differenz beider Programme höchst signifikant ist (t=4.014; df=111; p<.001). Das IHOP-Programm fördert interkulturelles Lernen also systematisch stärker als das DEMENZ-Programm.

Tabelle 31: Interkulturelle Kompetenz (Mittelwerte Einzelitems)

			Durch die Hospitation …			
			haben sich meine Fremdsprachenkenntnisse verbessert	gelingt es mir besser, mit Menschen aus anderen Kulturen in Kontakt zu treten	habe ich mir Wissen über die Kultur meines Hospitationslandes angeeignet	betrachte ich meine eigene Kultur anders als zuvor
IHOP	N	Gültig	72	69	71	71
		Fehlend	0	3	1	1
	MW		**3,4**	**3,3**	**3,7**	**3,2**
	Minimum		1	1	1	1
	Maximum		4	4	4	4
DEMENZ	N	Gültig	40	40	41	41
		Fehlend	1	1	0	0
	MW		**2,8**	**2,8**	**3,2**	**2,7**
	Minimum		1	1	1	1
	Maximum		4	4	4	4

5.2 (Über-)Institutionelles Lernen

Zur standardisierten Erhebung von institutionellen bzw. überinstitutionellen Lerneffekten wurde zum einen auf Items mit Ratingskalen zurückgegriffen, zum anderen Häufigkeiten (z.B. von Fachvorträgen, Publikationen etc.) abgefragt.

5.2.1 Institutionelles Lernen

Der Komplex des institutionellen Lernens umfasste Items, welche auf betriebliche Verbesserungen abhoben, die von den Befragten im unmittelbaren Zusammenhang mit ihren Hospitationsergebnissen bewertet werden sollten. Im Zuge der Dokumentenanalyse bzw. der Interviewbefragung eröffnete sich eine enorme Vielfalt an möglichen Effekten auf die Heimateinrichtungen der Hospitant/innen. Diese Varianz musste bei der Itemkonstruktion berücksichtigt werden, wenngleich dadurch zu erwarten war, dass nicht alle Fragen von jeder teilnehmenden Person beantwortet werden konnten. Insgesamt wurden den Teilnehmer/innen zwölf Items zur Erfassung des institutionellen Lernens zur Bearbeitung vorgelegt (vgl. Tabellen 32 u. 33).

Bei IHOP fand mit 3,3 von 4 Punkten die breiteste Zustimmung, dass durch die Hospitation Schwächen in der Heimateinrichtung stärker aufgefallen sind (3,3) und sich das eigene Führungsverhalten verändert hat (3,0). Mit jeweils 2,9 von 4 Punkten wird von einer Erweiterung des bestehenden Angebotes, von neuen Angeboten und von neuen Verfahren/Methoden/ Techniken berichtet, die vor dem Hintergrund der Hospitationsergebnisse in der Einrichtung eingeführt wurden. Bei 2,8 liegen Verbesserungen der Mitarbeiterqualifizierung (Mitarbeiterausbildung/-weiterbildung/-fortbildung) in den Einrichtungen, bei 2,6 neue Formen der Arbeitsorganisation. Jeweils 2,5 Punkte fallen auf eine Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit, auf die Umsetzung einer stärkeren Kundenorientierung sowie auf eine Verbesserung der Teamarbeit. Die Verbesserung des Betriebsklimas (2,3) und die stärkere Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen (1,6) fanden die geringste Zustimmung.

Im DEMENZ-Programm gestaltet sich die Rangfolge etwas anders. 3 Punkte und mehr erreichen die Items Weiterentwicklung des Angebotes (3,2), Auffallen von Schwächen in der Heimateinrichtung (3,1) und Entstehung neuer Angebote (3,0). Darunter liegen Veränderungen im eigenen Führungsverhalten (2,8), Verbesserungen der Mitarbeiterqualifizierung (2,7), die Einführung neuer Verfahren/ Methoden/ Techniken (2,6), die Verbesserung der Teamarbeit (2,6) und der interdisziplinären Zusammenarbeit (2,5) sowie die Umsetzung neuer Formen der Arbeitsorganisation (2,5). Am seltensten genannt wurden stärkere Kundenorientierung (2,4), eine Verbesserung des Betriebsklimas (2,3) und die stärkere Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen (1,9).

Tabelle 32: Institutionelles Lernen 1 (Mittelwerte Einzelitems)

			Durch die Hospitation …					
			wurden neue Methoden… in meiner Heimateinrichtung eingeführt	konnte die Mitarbeiterausbildung … verbessert werden	arbeitet unsere Einrichtung stärker mit Ehrenamtlichen zusammen	hat sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit verbessert	sind mir Schwächen in meiner Heimateinrichtung stärker aufgefallen	konnte eine stärkere Kundenorientierung umgesetzt werden
IHOP	N	glt.	70	67	62	63	70	62
		fhl.	2	5	10	9	2	10
	MW		**2,9**	**2,8**	**1,6**	**2,5**	**3,3**	**2,5**
	Min.		1	1	1	1	1	1
	Max.		4	4	4	4	4	4
DEMENZ	N	glt.	38	38	37	37	38	34
		fhl.	3	3	4	4	3	7
	MW		**2,6**	**2,7**	**1,9**	**2,5**	**3,1**	**2,4**
	Min.		1	1	1	1	1	1
	Max.		4	4	3	4	4	4

Tabelle 33: Institutionelles Lernen 2 (Mittelwerte Einzelitems)

			Durch die Hospitation …					
			wurden die bestehenden Angebote für die Zielgruppe weiterentwickelt	sind neue Angebote für die Zielgruppe entstanden	wurden neue Formen von Arbeitsorganisation umgesetzt	hat sich die Teamarbeit verbessert	hat sich das Betriebsklima verbessert	hat sich mein Führungsverhalten verändert
IHOP	N	glt.	63	63	63	59	60	62
		fhl.	9	9	9	13	12	10
	MW		**2,9**	**2,9**	**2,6**	**2,5**	**2,3**	**3,0**
	Min.		1	1	1	1	1	1
	Max.		4	4	4	4	4	4
DEMENZ	N	glt.	38	38	37	37	37	34
		fhl.	3	3	4	4	4	7
	MW		**3,2**	**3,0**	**2,5**	**2,6**	**2,3**	**2,8**
	Min.		1	1	1	1	1	1
	Max.		4	4	4	4	4	4

Auch für das institutionelle Lernen war eine Skalenbildung angestrebt, zu deren Zweck einige Items eliminiert wurden, da nicht alle der zwölf Items (aufgrund des oben erwähnten Variantenreichtums) vergleichbare Inhalte abdeckten. Am Ende einer mehrstufigen Reliabilitätsanalyse bildeten schließlich sieben Items die Skala „Institutionelles Lernen“, welche eine gute bis sehr gute interne Konsistenz aufweist (α=.892). Zur Skalenbildung herangezogen wurden die Items zu neuen Verfahren/Techniken/Methoden, Mitarbeiterqualifizierung, Interdisziplinarität, Erweiterung des Angebotes, neue Angebote, neue Formen der Arbeitsorganisation und Verbesserung der Teamarbeit. In der Skala unberücksichtigt blieben insbesondere die Items, die aufgrund ihres sehr spezifischen Inhaltes hohe Antwortausfälle aufweisen („Führungsverhalten“, „Ehrenamt“, „Kundenorientierung“, „Schwächen in der Heimateinrichtung“, „Betriebsklima“).

Tabelle 34: Institutionelles Lernen (Skalenmittelwerte)

		N	Mittelwert
Institutionelles Lernen	IHOP	71	2,7
	DEMENZ	38	2,7

Die Mittelwerte der Skala „Institutionelles Lernen“ liegen für beide Programme bei 2,7 (jeweils gerundet). Der T-Test bestätigt, dass die minimalen Unterschiede, die bei der Rundung auf eine Dezimalstelle vernachlässigt wurden, keine Signifikanz besitzen (t=.021; df=107; p=.984). IHOP und DEMENZ führen also zu den gleichen Teilnehmereinschätzungen hinsichtlich des institutionellen Lernerfolges.

5.2.2 Überinstitutionelles Lernen: Netzwerkbildung und Wissenstransfer

Das überinstitutionelle Lernen wurde anhand möglicher Netzwerkentwicklungen und über Aktivitäten erfasst, die einen auch über den eigenen Betrieb hinausreichenden Wissenstransfer zum Gegenstand haben (z.B. Schulungen, Vorträge, Fachartikel etc.).

Bei der Bildung eines internationalen beruflichen Netzwerkes, welches zum Zeitpunkt der Befragung noch Bestand hatte, kommen die Teilnehmer/innen von DEMENZ auf 3, die Teilnehmer/innen von IHOP auf 2,9 von 4 Punkten (vgl. Tabelle 35). Mit jeweils 2,4 liegen beide Programme bzgl. eines Netzwerkes gleichauf, welches sich unter den Hospitant/innen entwickelt hat. Die höchsten Werte erreichen beide Programme beim überinstitutionellen Wissenstransfer (IHOP=3,4; DEMENZ=3,7): Sowohl bei IHOP als auch bei DEMENZ geben fast alle Teilnehmer/innen an, ihr Wissen auch außerhalb ihrer Heimateinrichtungen weitergegeben zu haben.

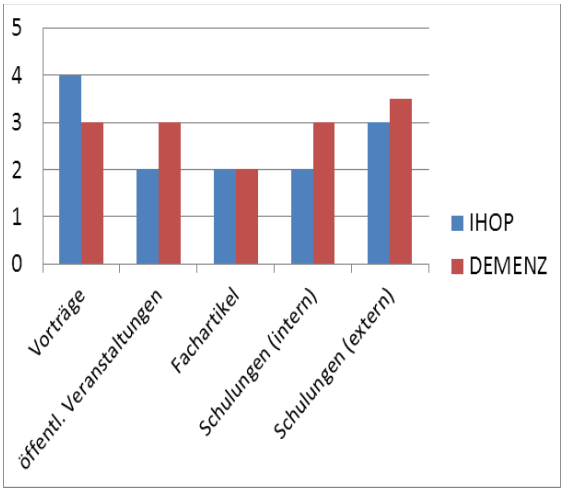
Tabelle 35: Überinstitutionelles Lernen (Mittelwerte Einzelitems)

			Durch die Hospitation …		
			besteht auch heute noch ein internationales, berufliches Netzwerk	hat sich ein berufliches Netzwerk zwischen den Hospitanten entwickelt	habe ich mir Wissen angeeignet, das ich auch außerhalb meiner Heimateinrichtung weitergegeben habe
IHOP	N	Gültig	69	66	71
		Fehlend	3	6	1
	MW		**2,9**	**2,4**	**3,4**
	Minimum		1	1	1
	Maximum		4	4	4
DEMENZ	N	Gültig	41	40	40
		Fehlend	0	1	1
	MW		**3,0**	**2,4**	**3,7**
	Minimum		1	1	2
	Maximum		4	4	4

Vergleicht man die Mittelwerte der beiden Programmen miteinander, so ergeben sich hinsichtlich der Netzwerkbildung keine bedeutsamen Unterschiede (Internationales Netzwerk: t=-.879; df=108; p=.382; Netzwerk zwischen Hospitanten: t=.184; df=104; p=.855). Die Mittelwerte beim Wissenstransfer (DEMENZ=3,7; IHOP=3,4) sind jedoch signifikant unterschiedlich (t=-2.417; df=104.406; p=.017). Die Weitergabe von durch die Hospitation erworbenem Wissen wurde demnach von Teilnehmer/innen des DEMENZ-Programmes stärker verfolgt als von IHOP-Teilnehmer/innen.

Zur konkreten Ausgestaltung des Wissenstransfers zeigt die Befragung folgende programmübergreifende Ergebnisse (vgl. Tabelle 36): Fast alle Teilnehmer/innen haben mindestens einen Vortrag gehalten (IHOP=97,2%; DEMENZ= 97,6%). Im Schnitt[11] (Median) hielten die IHOP-Teilnehmer/innen vier, die DEMENZ-Teilnehmer drei Vorträge. Bei IHOP veröffentlichte etwas mehr als die Hälfte der Befragten mindestens einen Fachartikel zu den Ergebnissen ihrer Hospitation (52,8%), bei DEMENZ waren es 46,3%.

Durchschnittlich wurden in beiden Programmen zwei Publikationen über die Hospitationen angefertigt. Innerbetriebliche Schulungen zur Wissensweitergabe wurden von jeweils knapp 70% der Befragten durchgeführt (IHOP=70,4%; DEMENZ=70,7%), wobei bei IHOP durchschnittlich zwei, bei DEMENZ drei Veranstaltungen dieser Art durchgeführt wurden. Außerbetriebliche Schulungen waren in beiden Programmen die seltensten Aktivitäten zum Wissenstransfer (IHOP= 31,9%; DEMENZ= 43,9%). Die Mediane liegen hier für IHOP bei drei und für DEMENZ bei 3,5.



[11] Einige der Befragten gaben außerordentlich hohe Werte an und begründeten dies im offenen Antwortfeld u.a. mit ihrer Tätigkeit im Bereich der Mitarbeiterausbildung. Dadurch verliert das arithmetische Mittel an Aussagekraft, weswegen jeweils die gegenüber Ausreißern robusten Medianwerte angegeben werden.

Tabelle 36: Wissenstransfer (Häufigkeiten, Mittelwerte)

Aktivitäten Wissenstransfer							
			Vorträge	Öffentlichkeits-wirksame Ver-anstaltungen	Fachartikel	betriebliche Schulungen	außerbetriebliche Schulungen
IHOP	%	**Ja**	**97,2**	**44,4**	**52,8**	**70,4**	**31,9**
		Nein	2,8	55,6	47,2	29,6	68,1
	N	Fehlend	0	0	0	1	0
	Mittelwert		5,0	3,44	1,8	5,0	3,1
	Median		**4,0**	**2,0**	**2,0**	**2,0**	**3,0**
	SD		3,8	3,1	0,8	6,9	1,6
	Minimum		1	1	1	1	1
	Maximum		20	15	3	38	6
DEMENZ	%	**Ja**	**97,6**	**58,5**	**46,3**	**70,7**	**43,9**
		Nein	2,4	41,5	53,7	29,3	56,1
	N	Fehlend	0	0	0	0	0
	Mittelwert		5,7	4,8	2,1	8,7	15,8
	Median		**3,0**	**3,0**	**2,0**	**3,0**	**3,5**
	SD		4,6	4,7	1,2	13,1	46,2
	Minimum		1	1	1	1	1
	Maximum		20	15	5	50	200

5.3 Teilnehmermotivation

Ausgehend von den Ergebnissen der Interviewbefragung und der Dokumentenanalyse wurden im Fragebogen sechs verschiedene Motive abgefragt, die zu einer Programmteilnahme geführt haben könnten. Durch die Formulierung „Im Wesentlichen habe ich am Programm teilgenommen, …“ war der Fragenblock zur Teilnehmerintention darauf ausgelegt, Tendenzen eines Hauptmotivs zu erfassen. Auch wenn die Unterschiede im Antwortverhalten insgesamt nicht sehr groß ausfallen, lässt sich doch eine Rangfolge der Teilnehmerintentionen bilden (vgl. Tabelle 37). Bei IHOP (3,8) war das Motiv, durch die Hospitation neue Impulse für die Heimateinrichtung in Deutschland zu gewinnen, am stärksten ausgeprägt, gefolgt von der persönlichen Weiterentwicklung (3,7), der Absicht, etwas in der Heimateinrichtung verbessern zu wollen (3,5), der beruflichen Weiterentwicklung (3,5) sowie dem Sammeln von Auslandserfahrung (3,5). Den vergleichsweise geringsten Stellenwert hatte das Knüpfen internationaler Kontakte (3,4). Ebenso wie bei IHOP wurde auch bei DEMENZ (3,7) das Motiv, durch die Hospitation neue Impulse für die Heimateinrichtung zu gewinnen, am häufigsten genannt, gefolgt von der persönlichen (3,6) und beruflichen Weiterentwicklung (3,6), der Auslandserfahrung (3,3) und der Verbesserungsabsicht in der Heimateinrichtung (3,2) bzw. dem Knüpfen internationaler Kontakte (3,2). Wie aus der Grafik hervorgeht, liegen die Werte bei IHOP – abgesehen vom Item zur beruflichen Entwicklung – etwas höher als die von DEMENZ. Um festzustellen, ob die Unterschiede zwischen den beiden Programmen hinsichtlich der Teilnehmerintention statistisch bedeutsam sind, wurde für jedes der sechs Items ein T-Test durchgeführt. In keinem der Fälle unterschreiten die Testergebnisse das Signifikanzniveau von 5% (Verbesserung Einrichtung: t=1.668; df=108; p=.098; Impulse Einrichtung: t=.231; df=108; p=.817; Berufliche Entwicklung: t=-1.054; df=106; p=.294; Persönliche Entwicklung: t=.496; df=108; p=.621; Auslanderfahrung: t=1.564; df=110; p=.121; Internationale Kontakte: t=1.347; df=111; p=.181).

Tabelle 37: Teilnehmermotivation (Mittelwerte Einzelitems)

Im Wesentlichen habe ich am Programm teilgenommen, …								
			um in meiner Einrichtung in Deutschland etwas zu verbessern	um neue Impulse für meine Einrichtung in Deutschland zu gewinnen	weil ich mich beruflich weiterentwickeln wollte	weil ich mich persönlich weiterentwickeln wollte	um Auslandserfahrung zu sammeln	um internationale Kontakte zu knüpfen
IHOP	N	glt.	72	71	69	70	72	72
		fhl.	0	1	3	2	0	0
	MW		**3,5**	**3,8**	**3,5**	**3,7**	**3,5**	**3,4**
	Min.		1	1	2	1	1	1
	Max.		4	4	4	4	4	4
DEMENZ	N	glt.	38	39	39	40	40	41
		fhl.	3	2	2	1	1	0
	MW		**3,2**	**3,7**	**3,6**	**3,6**	**3,3**	**3,2**
	Min.		1	1	1	1	1	1
	Max.		4	4	4	4	4	4

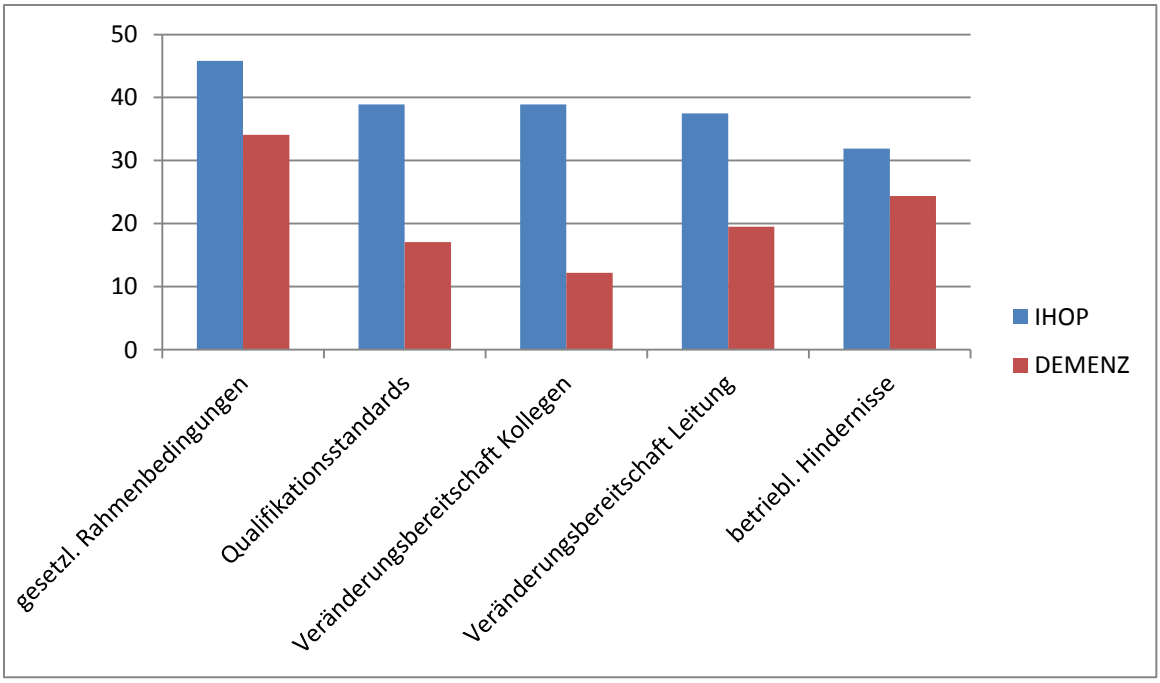
Somit kann angenommen werden, dass die Unterschiede zwischen den Programmen hinsichtlich der Teilnehmerintention zufällig sind. Zu beachten ist außerdem, dass selbst die Motive, die sich auf den letzten Rangplätzen bewegen, immer noch sehr hohe Werte annehmen. Vor diesem Hintergrund kann insgesamt von einer ausgeprägten Teilnehmermotivation in allen Bereichen gesprochen werden.

5.4 Probleme beim Ergebnistransfer

Wie aus der qualitativen Befragung bereits hervorgegangen, verlief der Ergebnistransfer in die Einrichtungen hinein nicht immer reibungslos. Im Fragebogen wurden zum Zweck der Quantifizierung solcher Transferbarrieren fünf Items sowie ein offenes Antwortfeld angeboten. Die größten Probleme bei der Umsetzung der Hospitationsergebnisse ergaben sich in beiden Programmen aus den Unterschieden der gesetzlichen Rahmenbedingungen in Deutschland und den jeweiligen Hospitationsländern (IHOP= 45,8%; DEMENZ= 34,1%). Die anderen Transferbarrieren, wie unterschiedliche Qualifikationsstandards (IHOP=38,9%; DEMENZ=17,1%), mangelnde Veränderungsbereitschaft bei Kollegen (IHOP=38,9%; DEMENZ=12,2%) bzw. der Leitung (IHOP=37,5%; DEMENZ= 19,5%) sowie betriebliche Hindernisse (IHOP=31,9%; DEMENZ=24,4%) fallen bei IHOP insgesamt zwei- bis dreimal schwerer ins Gewicht als bei DEMENZ (vgl. Tabelle 38).

Tabelle 38: Transferbarrieren (Häufigkeiten in Prozent)

			unterschiedliche gesetzliche Rahmenbedingungen	unterschiedliche Qualifikationsstandards	mangelnde Veränderungsbereitschaft von Kollegen	mangelnde Veränderungsbereitschaft der Leitung	betriebliche Hindernisse (z.B. bauliche Struktur, Arbeitsprozesse)
IHOP	%	**Ja**	**45,8**	**38,9**	**38,9**	**37,5**	**31,9**
		Nein	54,2	61,1	61,1	62,5	68,1
	N	fhl.	0	0	0	0	0
DEMENZ	%	**Ja**	**34,1**	**17,1**	**12,2**	**19,5**	**24,4**
		Nein	65,9	82,9	87,8	80,5	75,6
	N	fhl.	0	0	0	0	0



Zusätzlich machten 30 Teilnehmer/innen im Rahmen offener Antwortfelder von der Möglichkeit Gebrauch, Hindernisse beim Transfer in eigenen Worten zu schildern. Fasst man die Aussageninhalte thematisch zusammen, so gibt es 13 Schilderungen, die einen personellen, zeitlichen oder finanziellen Ressourcenmangel zum Gegenstand haben. Vier Teilnehmer/innen berichten von einem Desinteresse seitens Leitung und Kollegen im Hinblick auf die Hospitationsergebnisse. Ebenfalls vier Nennungen fallen auf einschneidende Veränderungen zum Zeitpunkt des Transfers (Leitungswechsel bzw. eigener Stellenwechsel), wodurch eine erfolgreiche Implementierung neuer Ansätze in der Heimateinrichtung blockiert wurde. Drei Aussagen machen Reibungspunkte bei der Ergebnisumsetzung an einem Kulturunterschied zwischen dem Heimat- und dem Hospitationsland fest.

5.5 Rahmenbedingungen

Wie bei der Interviewbefragung sollten durch die standardisierte Erhebung Erkenntnisse über Rahmenbedingungen gewonnen werden, die Einfluss auf den Erfolg einer Hospitation haben können. Analog zu den organisationalen (vgl. Abschnitt 3.2.2) und programmbezogenen Faktoren (vgl. Abschnitt 3.2.3) im Ergebniskapitel zur Interviewbefragung wurden durch den Fragebogen die Unterstützungsleistungen der Heimateinrichtungen und durch das Institut g-plus erfasst. Zusätzlich wurden die Befragten dazu eingeladen, Stellung zur Situation während ihrer Hospitation zu beziehen, um mögliche Kontextvariablen zu ermitteln, die im Zusammenhang mit der Betreuung in den Hospitationseinrichtungen stehen.

5.5.1 Betriebliche Unterstützung

Inwieweit die Teilnehmer/innen im Zuge der Hospitation Unterstützung aus ihrem betrieblichen Umfeld erhalten haben, konnten sie anhand von zwölf Items einschätzen (vgl. Tabellen 39 u. 40). In beiden Programmen ist es sehr selten der Fall gewesen, dass die Idee zur Teilnahme an der Hospitation von der Einrichtung an die Teilnehmer herangetragen wurde (IHOP=1,7; DEMENZ=1,9). Im Umkehrschluss deutet dies darauf hin, dass die Initiative zur Programmteilname hauptsächlich von den Hospitant/innen selbst ausgegangen ist. Für ein großes Eigenengagement der Befragten spricht außerdem, dass die meisten aktiven Unterstüt-

zungsleistungen durch die Einrichtungen nur relativ geringe Werte annehmen. So ist beispielsweise die betriebliche Beteiligung an den Reisekosten ebenso selten wie die Unterstützung bei der Suche nach einen Hospitationsplatz (jeweils: IHOP= 1,2; DEMENZ=1,5). Ähnlich verhält es sich mit der Hilfe bei der Antragstellung (IHOP=1,6; DEMENZ=2,0). Bezahlte Freistellungen wurden zwar etwas häufiger gewährt, wobei 2,5 (IHOP) bzw. 2,3 (DEMENZ) Punkte immer noch verhältnismäßig geringe Werte darstellen (zwischen „trifft eher nicht zu“ und „trifft eher zu“). Die Befragten mussten für ihre Teilnahme in der Regel zwar keine mühsame Überzeugungsarbeit leisten (IHOP= 2,0; DEMENZ=1,5), jedoch verbanden ihre Einrichtungen weder ein besonders starkes Interesse (IHOP=2,6; DEMENZ=2,7), noch konkrete Erwartungen mit der Hospitation (jeweils 2,5). Insofern überrascht es auch nicht, dass es im Vorfeld der Programmteilnahme eher selten zur Festlegung gemeinsamer Ziele zwischen Einrichtung und Teilnehmer/in gekommen ist. Offenbar wurden die Möglichkeiten, die die beiden Programme zur Initiierung von Organisationsentwicklungsprozessen bieten, von Seiten der Einrichtungen nur in Ausnahmefällen gezielt in Anspruch genommen (jeweils 2,4). Dass den Teilnehmer/innen im Anschluss an ihre Hospitation die Gelegenheit gegeben wurde, von ihren Ergebnissen in der Einrichtung zu berichten, erreichte sowohl bei IHOP (3,5) als auch bei DEMENZ (3,2) den höchsten Wert von allen betrieblichen Unterstützungsleistungen.

Tabelle 39: Betriebliche Unterstützung 1 (Mittelwerte Einzelitems)

Meine Heimateinrichtung (Kollegen/Vorgesetzte) …								
			brachte mich überhaupt erst auf die Idee, an einer Hospitation teilzunehmen	unterstützte die Hospitation, indem sie mich bezahlt freistellte	beteiligte sich an den Reisekosten	half mir bei der Antragstellung	unterstützte mich bei der Suche nach einem Hospitationsplatz	musste ich mühsam davon überzeugen, mir die Hospitation zu ermöglichen
IHOP	N	glt.	71	70	71	70	70	69
		fhl.	1	2	1	2	2	3
	MW		**1,7**	**2,5**	**1,2**	**1,6**	**1,2**	**2,0**
	Min.		1	1	1	1	1	1
	Max.		4	4	4	4	4	4
DE-MENZ	N	glt.	39	37	37	40	39	37
		fhl.	2	4	4	1	2	4
	MW		**1,9**	**2,3**	**1,5**	**2,0**	**1,5**	**1,5**
	Min.		1	1	1	1	1	1
	Max.		4	4	4	4	4	4

Tabelle 40: Betriebliche Unterstützung 2 (Mittelwerte Einzelitems)

Meine Heimateinrichtung (Kollegen/Vorgesetzte) …								
			unterstützte mich zwar nicht, legte mir aber auch keine Steine in den Weg	hatte konkrete Erwartungen an meine Hospitation	einigte sich mit mir auf gemeinsame Hospitationsziele	hatte ein starkes Interesse an meiner Hospitation	wollte die Hospitation für Veränderungsprozesse (Organisationsentwicklung) nutzen	gab mir die Gelegenheit, nach meiner Rückkehr von der Hospitation zu berichten
IHOP	N	glt.	66	67	66	69	69	69
		fhl.	6	5	6	3	3	3
	MW		**2,7**	**2,5**	**2,1**	**2,6**	**2,4**	**3,5**
	Min.		1	1	1	1	1	1
	Max.		4	4	4	4	4	4
DEMENZ	N	glt.	38	39	39	40	39	39
		fhl.	3	2	2	1	2	2
	MW		**2,3**	**2,5**	**2,0**	**2,7**	**2,4**	**3,2**
	Min.		1	1	1	1	1	1
	Max.		4	4	4	4	4	4

Zur Skalenbildung war aufgrund des breiten Spektrums der möglichen betrieblichen Aktivitäten zur Unterstützung der Hospitant/innen wiederum eine Itemeliminierung notwendig. Nach einer mehrstufigen Reliabilitätsanalyse wurden für die Skala „Betriebliche Unterstützung“ neun Items in Betracht gezogen, die vor allem die aktiven Unterstützungsleistungen erfassten: „Freistellung“, „Reisekosten“, „Antragstellung“, „Hospitationsplatz“, „Erwartungen“, „gemeinsame Ziele“, „starkes Interesse“, „Organisationsentwicklung“ und „Gelegenheit zu berichten“. Für die Skala konnte eine gute interne Konsistenz erreicht werden (α=.786).

Aus der Skala „Betriebliche Unterstützung“ wurden anschließend Mittelwerte gebildet (vgl. Tabelle 41), welche wiederum programmweise miteinander verglichen werden konnten.

Tabelle 41: Betriebliche Unterstützung (Skalenmittelwerte)

		N	Mittelwert
Betriebliche Unterstützung	IHOP	71	2,2
	DEMENZ	40	2,3

Der Skalenmittelwert bei IHOP beträgt 2,2, bei DEMENZ 2,3. Die statistische Prüfung zeigt, dass es sich hierbei um keinen signifikanten Unterschied handelt (t=-.673; df=109; p=.502). Die Teilnehmer beider Programme berichten also in sehr ähnlicher Weise von betrieblichen Aktivitäten zur Unterstützung ihrer Hospitation, welche insgesamt auf einem relativ niedrigen Niveau angesiedelt sind.

5.5.2 Programmgestaltung und Unterstützung durch g-plus

In diesem Abschnitt werden die Befragungsergebnisse behandelt, die zum einen die Programmstruktur (Antragsverfahren), zum anderen die Programmgestaltung (z.B. Vor- und Nachbereitungstreffen) und die Unterstützungsleistung (z.B. in der Antragsphase, bei der Verbreitung der Ergebnisse etc.) durch das Institut g-plus zum Gegenstand haben. Hierzu waren im Fragebogen insgesamt 18 Items vorgesehen (vgl. Tabellen 42 bis 44). Die Bewertung von Servicequalität und Beratungsleistung durch g-plus fällt für beide Programme außerordentlich positiv aus. Mit nahezu vollständiger Zustimmung wurden jeweils die Items „die Unterstützung durch g-plus war insgesamt sehr hilfreich“ (jeweils 3,9), „mit der Qualität der Beratung durch g-plus war ich voll zufrieden“ (IHOP=3,8; DEMENZ=3,9), „ich hatte jederzeit das Gefühl, g-plus um Unterstützung bitten zu können“ (je-

weils 3,8) und „mit der Servicequalität von g-plus war ich voll zufrieden“ (jeweils 3,9) beantwortet.

Die Bewertungen einzelner Programmelemente und Einschätzungen zu konkreten Hilfestellungen durch g-plus fielen teilweise ähnlich positiv aus. So wurden in beiden Programmen sowohl die Vorbereitungs- (jeweils 3,6) als auch die Nachbereitungstreffen (IHOP=3,4; DEMENZ=3,6) als sehr hilfreich und die von g-plus zur Verfügung gestellten Informationsbroschüren als nützlich eingeschätzt (IHOP=3,2; DEMENZ=3,4). Die Teilnehmer/innen fühlten sich überwiegend von g-plus zur Veröffentlichung ihrer Hospitationsergebnisse ermutigt (IHOP=3,6; DEMENZ=3,3). Nur wenige Befragungsteilnehmer berichteten davon, durch g-plus Unterstützung beim Transfer der Hospitationsergebnisse in ihre Heimateinrichtungen erhalten zu haben (IHOP=2,1; DEMENZ=2,3). Mit 3,2 (IHOP) bzw. 3,1 (DEMENZ) von 4 Punkten stimmen die Befragten der Aussage zu, Hilfe von g-plus bei der Antragstellung wahrgenommen zu haben. Bereits in der Interviewbefragung wurde das Antragsverfahren hinsichtlich seines Zeitaufwandes und seiner Komplexität thematisiert. In der standardisierten Befragung wird die Einstellung, das Antragsverfahren wäre unnötig kompliziert, ebenso wenig geteilt (IHOP=1,7; DEMENZ=1,5) wie die Auffassung, es wäre sehr zeitaufwendig (IHOP=2,3; DEMENZ=2,1). Eher selten wurde die Inanspruchnahme von Unterstützung bei der Konkretisierung des Hospitationsanliegens genannt (jeweils 2,5), noch geringer bei der Suche nach einem geeigneten Hospitationsplatz (IHOP=1,7; DEMENZ=1,8). Beides ist vermutlich vor dem Hintergrund der großen Bereitschaft der Teilnehmer/innen zur Eigeninitiative zu betrachten, welche bereits bei der Auswertung der Interviewgespräche dargelegt wurde (vgl. Abschnitt 3.2.3). Gestützt wird diese Überlegung auch dadurch, dass sich nur eine verschwindend geringe Anzahl der Befragten mehr Unterstützung von g-plus gewünscht hätte (IHOP=1,5; DEMENZ=1,2); gleiches gilt für fremdsprachliche Unterstützung (IHOP= 1,4; DEMEZ=1,3) bzw. den Wunsch nach mehr gemeinsamen Teilnehmerworkshops (IHOP=2,1; DEMENZ=2,2).

Tabelle 42: Programmgestaltung und Unterstützung durch g-plus 1 (Mittelwerte Einzelitems)

			Die Unterstützung durch g-plus war insgesamt sehr hilfreich	Mit der Qualität der Beratung durch g-plus war ich voll zufrieden	Mit der Servicequalität von g-plus war ich voll zufrieden	g-plus half mir bei der Antragstellung	Das Antragsverfahren war unnötig kompliziert	Das Antragsverfahren war sehr zeitaufwendig
IHOP	N	glt.	72	72	72	71	72	72
		fhl.	0	0	0	1	0	0
	MW		**3,9**	**3,8**	**3,9**	**3,2**	**1,7**	**2,3**
	Min.		3	3	3	1	1	1
	Max.		4	4	4	4	4	4
DEMENZ	N	glt.	40	40	40	38	40	39
		fhl.	1	1	1	3	1	2
	MW		**3,9**	**3,9**	**3,9**	**3,1**	**1,5**	**2,1**
	Min.		3	3	3	1	1	1
	Max.		4	4	4	4	4	4

Tabelle 43: Programmgestaltung und Unterstützung durch g-plus 2 (Mittelwerte Einzelitems)

			Ich habe keine Unterstützung durch g-plus in Anspruch genommen	g-plus unterstützte mich bei der Suche nach einem Hospitationsplatz	Bei der Kontaktaufnahme (…) hätte ich mehr fremdsprachliche Unterstützung gebraucht	g-plus half mir dabei, mein Hospitationsanliegen konkreter zu fassen	Die von g-plus zu Verfügung gestellten Informationsmaterialien waren sehr nützlich	Ich hätte mir mehr Unterstützung seitens g-plus gewünscht
IHOP	N	glt.	70	65	69	68	67	72
		fhl.	2	7	3	4	5	0
	MW		**1,8**	**1,7**	**1,4**	**2,5**	**3,2**	**1,5**
	Min.		1	1	1	1	1	1
	Max.		4	4	3	4	4	4
DEMENZ	N	glt.	41	36	40	39	40	41
		fhl.	0	5	1	2	1	0
	MW		**1,7**	**1,8**	**1,3**	**2,5**	**3,4**	**1,2**
	Min.		1	1	1	1	2	1
	Max.		4	4	3	4	4	4

Tabelle 44: Programmgestaltung und Unterstützung durch g-plus 3 (Mittelwerte Einzelitems)

			Das Vorbereitungstreffen im Vorfeld meiner Hospitation fand ich sehr hilfreich	Das Nachbereitungstreffen fand ich sehr hilfreich	Ich hätte mir mehr gemeinsame Treffen gewünscht	Ich hatte jederzeit das Gefühl, g-plus um Unterstützung bitten zu können	g-plus ermutigte mich dazu, etwas über meine Hospitation zu veröffentlichen	g-plus unterstützte mich beim Transfer der Hospitationsergebnisse (…)
IHOP	N	glt.	71	67	71	69	70	66
		fhl.	1	5	1	3	2	6
	MW		**3,6**	**3,4**	**2,1**	**3,8**	**3,6**	**2,1**
	Min.		2	2	1	2	1	1
	Max.		4	4	4	4	4	4
DEMENZ	N	glt.	39	40	38	41	41	32
		fhl.	2	1	3	0	0	9
	MW		**3,6**	**3,6**	**2,2**	**3,8**	**3,3**	**2,3**
	Min.		2	2	1	2	1	1
	Max.		4	4	4	4	4	4

Zum Zweck des Programmvergleiches sollte auch für die Unterstützung durch g-plus eine Skala gebildet werden. Aufgrund der unterschiedlich erfassten Dimensionen (Programmgestaltung, aktive Unterstützung, Bewertung Servicequalität etc.) wurden einige Items eliminiert. Die Skala „Unterstützung durch g-plus“ setzte sich schließlich aus neun Items zusammen: „g-plus half mir bei der Antragstellung“, „g-plus unterstützte mich bei der Suche nach einem Hospitationsplatz“, „g-plus half mir dabei, mein Hospitationsanliegen konkreter zu fassen“, „die von g-plus zu Verfügung gestellten Informationsmaterialien waren sehr nützlich“, „das Vorbereitungstreffen im Vorfeld meiner Hospitation fand ich sehr hilfreich“, „das Nachbereitungstreffen fand ich sehr hilfreich“, „ich hatte jederzeit das Gefühl, g-plus um Unterstützung bitten zu können“, „g-plus ermutigte mich dazu, etwas über meine Hospitation zu veröffentlichen“ und „g-plus un-

terstützte mich beim Transfer der Hospitationsergebnisse in meine Heimateinrichtung“. Die Reliabilitätsanalyse zeigt eine befriedigende bis gute interne Konsistenz an (α=.755).

Tabelle 45: Unterstützung durch g-plus (Skalenmittelwerte)

		N	Mittelwert
Unterstützung durch g-plus	IHOP	72	2,8
	DEMENZ	41	2,9

Beide Programme weisen für die Skala „Unterstützung durch g-plus“ einen Mittelwert von knapp unter 3 von 4 Punkten auf (IHOP=2,8; DEMENZ=2,9). Durch einen T-Test zeigt sich, dass dieser Unterschied nicht signifikant ist (t=-.705; df=111; p=.483). Abschließend bleibt zu erwähnen, dass die gebildete Skala lediglich eine zusammenfassende Darstellung der abgefragten, aktiv in Anspruch genommenen Unterstützungsleistungen widerspiegelt und keineswegs zu verwechseln ist mit einer „Zufriedenheitsskala“. Mit der Service- und Beratungsqualität waren die Teilnehmer/innen nahezu vollkommen zufrieden (vgl. Tabelle 42).

5.5.3 Unterstützung durch die Hospitationseinrichtung

Analog zur betrieblichen Unterstützung und zur Unterstützung durch das Institut g-plus sollte in der standardisierten Befragung auch die Unterstützung erfasst werden, die die Hospitationseinrichtungen gewährleisteten. Hierzu wurden den Teilnehmer/innen 4 Items vorgelegt. In beiden Programmen liegen insgesamt sehr hohe Werte vor (vgl. Tabelle 47). Die Aussagen „ich fühlte mich in meiner Hospitationseinrichtung willkommen“ (IHOP=3,6; DEMENZ=3,9) und „ich hatte während meines Aufenthaltes immer wieder auch Gelegenheit, an nicht geplanten Aktivitäten teilzunehmen“ (IHOP=3,7; DEMENZ=3,8) erfuhren zum Teil fast vollständige Zustimmung. Etwas weniger stark, aber immer noch in einem sehr hohen Bereich, verhält es sich bei den Werten für die Items „meine Ansprechpartner vor Ort waren stets für mich da, wenn ich sie brauchte“ (IHOP=3,5; DEMENZ=3,7) und „ich hatte einen genauen Plan über die Aktivitäten, die während der Hospitation laufen sollten“ (IHOP=3,4; DEMENZ=3,5). Die Reliabilitätsanalyse ergibt bzgl. der Skalentauglichkeit der 4 Items eine gute bis befriedigende interne Konsistenz (α=.752).

Tabelle 46: Unterstützung durch die Hospitationseinrichtung (Skalenmittelwerte)

		N	MW
Unterstützung durch die Hospitationseinrichtung	IHOP	72	3,6
	DEMENZ	38	3,8

Die Skala „Unterstützung durch die Hospitationseinrichtung“ erreicht bei IHOP einen Mittelwert von 3,6, bei DEMENZ von 3,8 von 4 Punkten. Der T-Test zeigt, dass diese Differenz das 5-%-Signifikanzniveau knapp verfehlt (t=-1.886; df=102.073; p=.062). Die Einschätzungen der IHOP- bzw. DEMENZ-Teilnehmer unterscheiden sich demnach nicht hinsichtlich der Unterstützung durch ihre Hospitationseinrichtungen, welche in beiden Programmen auf einem sehr hohen Niveau angesiedelt ist.

Tabelle 47: Unterstützung durch die Hospitationseinrichtung (Mittelwerte Einzelitems)

			Ich fühlte mich in meiner Hospitationseinrichtung willkommen	Meine Ansprechpartner vor Ort waren stets für mich da, wenn ich sie brauchte	Ich hatte einen genauen Plan über die Aktivitäten, die während der Hospitation laufen sollten	Ich hatte … immer wieder Gelegenheit, an nicht geplanten Aktivitäten teilzunehmen
IHOP	N	glt.	72	72	72	72
		fhl.	0	0	0	0
	MW		**3,6**	**3,5**	**3,4**	**3,7**
	Min.		1	1	1	2
	Max.		4	4	4	4

DEMENZ	N	glt.	38	38	38	36
		fhl.	3	3	3	5
	MW		**3,9**	**3,7**	**3,5**	**3,8**
	Min.		3	2	1	3
	Max.		4	4	4	4

5.6 Gesamtbewertung der Teilnehmer/innen

Eine globale Gesamtbewertung ihrer Hospitation konnten die Befragten anhand von fünf Items vornehmen. Auf einem jeweils hohen Punkteniveau ergibt sich für beide Programme die folgende Rangfolge (vgl. Tabelle 48): Die Gesamtzufriedenheit mit der Hospitation grenzt an den Bereich der völligen Zustimmung (IHOP=3,9; DEMENZ=3,8), gefolgt vom subjektiven Nutzen des durch die Hospitation Gelernten bei der täglichen Arbeit (IHOP=3,5; DEMENZ=3,6). Mit 3,4 Punkten bei IHOP und 3,5 Punkten bei DEMENZ fällt die Beurteilung der Kosten-Nutzen-Relation ähnlich positiv aus, wie die des Profits der Heimateinrichtung durch die Hospitation (IHOP=3,2; DEMENZ=3,3). Dass die jeweils erzielten Ergebnisse gleichermaßen durch eine Inlandshospitation hätten erreicht werden können, findet nahezu gar keine Zustimmung unter den Befragten (IHOP=1,3; DEMENZ=1,4)

Tabelle 48: Gesamtbewertung (Mittelwerte Einzelitems)

			Was ich durch die Hospitation gelernt habe, nützt mir bei meiner täglichen Arbeit	Von der Hospitation hat meine Heimateinrichtung profitiert	Die Ergebnisse hätten durch eine Inlandshospitation genauso gut erreicht werden können	Das Verhältnis von Kosten und Nutzen meiner Hospitation ist absolut angemessen	Insgesamt bin ich mit meiner Hospitation zufrieden
IHOP	N	glt.	72	69	70	69	72
		fhl.	0	3	2	3	0
	MW		**3,5**	**3,2**	**1,3**	**3,4**	**3,9**
	Min.		2	1	1	1	1
	Max.		4	4	4	4	4
DEMENZ	N	glt.	41	37	39	40	39
		fhl.	0	4	2	1	2
	MW		**3,6**	**3,3**	**1,4**	**3,5**	**3,8**
	Min.		3	1	1	2	3
	Max.		4	4	2	4	4

Was sich bei Betrachtung des Profildiagrammes andeutet, wird durch den Mittelwertvergleich bestätigt: In Hinblick auf die Gesamtbewertung durch die Teilnehmer/innen liegen keine signifikanten Unterschiede zwischen IHOP und DEMENZ vor (Nutzen: t=-1.002; df=100.590; p=.319; Profit: t=-.521; df=104; p=.603; Inlandshospitation: t=-.701; df=107; p=.485; Kosten-Nutzen-Relation: t=-.703; df=107; p=.484; Gesamtzufriedenheit: t=1.503; df=106; p=.136). Für beide Programme kommen die Teilnehmer/innen zu einer sehr positiven Gesamtbeurteilung.

5.7 Änderungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der Programme durch die Teilnehmer/innen

Am Ende des inhaltlichen Teils des Fragebogens wurden die Teilnehmer/innen dazu eingeladen, in einem offenen Antwortfeld auszuformulieren, welche Änderungen sie für eine Weiterentwick-

lung der Hospitationsprogramme empfehlen würden. Diese Möglichkeit nutzten lediglich 55 der Befragten (48,7%). Knapp die Hälfte der Textantworten hatte jedoch keine Verbesserungsvorschläge oder Kritikpunkte zum Gegenstand, sondern vielmehr Dankbarkeitsbekundungen und Lob an das Team von g-plus. Die restlichen Sequenzen beinhalteten explizite oder implizit über Kritik geäußerte Änderungsvorschläge. Trotz der Heterogenität der Aussagen gab es bestimmte wiederkehrende Thematisierungslinien, die sich in etwa gleichmäßig auf beide Programme verteilten.

Nachhaltigkeit

Zum Thema Nachhaltigkeit fanden sich mit zehn Nennungen die meisten Anregungen. Um eine nachhaltige Sicherung insbesondere von institutionellen und überinstitutionellen Entwicklungsprozessen zu erreichen, werden u.a. gezielte Evaluationsmaßnahmen, Nachfolgetreffen der Teilnehmer/innen (stärkere Netzwerkarbeit, regelmäßige Alumniveranstaltungen), Fördermittel für begleiteten Transfer und Anschlussprogramme angeregt. Ein besonderer Stellenwert komme vor allem der stärkeren Einbindung der Arbeitgeber (Vorgesetzte etc.) der Hospitant/innen beim Thema Nachhaltigkeit zu.

Transfer

Eine intensivere Förderung der Transferbemühungen, vor allem bei der Veröffentlichung der Hospitationsergebnisse, wurde sechsmal genannt. Hier wünschten sich die Befragten vor allem umfangreichere Informationen über Publikationsmöglichkeiten, Unterstützung bei der Kontaktaufnahme mit entsprechenden Medien (Verlage) bzw. Hilfestellungen beim Verfassen entsprechender Texte.

Suche nach Hospitationseinrichtungen

Die Suche nach einem Hospitationsplatz gestaltete sich für einige Teilnehmer/innen aus unterschiedlichen Gründen schwierig. Optimierungspotentiale in dieser Programmphase wurden von sieben Personen benannt. Hilfreich gefunden hätten die Befragten z.B. Broschüren, Datensammlungen etc. mit „best practice“ Beispielen zu gelungenen Kontaktaufnahmen, fremdsprachliche Formulierungshilfen (z.B. landessprachliche Bezeichnungen bestimmter Institutionen), Auslandseinrichtungen mit innovativen Praxen etc.

Antragsverfahren

Drei Nennungen hatten das Antragsverfahren zum Gegenstand. Angemerkt wurde, dass sich aus den Antragsanforderungen eine formale Zugangsrestriktion ergeben habe, die den Teilnehmerkreis auf eine bestimmte Gruppe reduzierte, welche bereits in der Vergangenheit Erfahrungen mit ähnlichen Verfahren hatte. Der Aufwand bei der Beantragung sollte verringert oder „Antragslaien“ entsprechende Unterstützung zur Verfügung gestellt werden, um die wichtige Gruppe der „Praktiker/innen“ nicht auszuschließen.

Weitere Einzelnennungen bezogen sich auf Vorschläge zur Berücksichtigung der speziellen Bedarfe von Freiberuflern, zum stärkeren Praxisbezug bei Symposien, zur Ermöglichung von Mehrfachteilnahmen, zur Ausweitung des Programmes auf therapeutische Berufe wie Ergo- und Physiotherapie sowie zur zeitlichen Aufstockung der Vor- und Nachbereitungszeit.

5.8 Zusammenhangsanalyse von Rahmenbedingungen, Lern- bzw. Transfererfolgen

Mit Hilfe der oben gebildeten Skalen werden im Folgenden Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen Rahmenbedingungen der Hospitation (z.B. betriebliche Unterstützung, Unterstützung durch g-plus etc.) sowie Lern- und Transfererfolgen analysiert.[12]

[12] Zur Lesart der Korrelationstabellen: **bedeutet, dass die Korrelation auf dem 0,01 Niveau zweiseitig signifikant, * auf dem 0,05 Niveau zweiseitig signifikant ist. Als Zusammenhangsmaß (Rho) wird jeweils der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman angegeben.

5.8.1 Zusammenhänge zwischen Teilnehmerintention und Lern- bzw. Transfererfolg

Nennenswerte Korrelationen ergeben sich vor allem in Bezug auf die personale, die interkulturelle und die Fachkompetenz sowie das institutionelle Lernen (vgl. Tabelle 50). So bestehen schwache lineare Zusammenhänge zwischen personaler Kompetenz und der Teilnahmeabsicht, sich beruflich (r=.269; p=.005) bzw. persönlich (r=.281; p=.003) weiterzuentwickeln. Lernerfolge im Bereich der interkulturellen Kompetenz korrelieren am stärksten mit der persönlichen Weiterentwicklungsabsicht (r=.313; p=.001) sowie den Vorhaben, internationale Kontakte zu knüpfen (r=.307; p=.001) und Auslandserfahrung zu sammeln (r=.286; p=.002). Fachkompetenz (r=.333; p<.001) und institutionelles Lernen (r=.284; p=.003) korrelieren dagegen mit dem Motiv, etwas in der Heimateinrichtung verbessern zu wollen.

Vor dem Hintergrund der statistischen Prüfung lassen sich also folgende Thesen belegen:

- Je stärker eine Hospitation mit der Absicht verbunden ist, in der Heimateinrichtung Verbesserungen herbeizuführen, desto größer sind die institutionellen Lernerfolge und die Zuwächse bei der Fachkompetenz.
- Je stärker die persönliche und berufliche Weiterentwicklung im Vordergrund steht, desto stärker profitiert die personale Kompetenz der Teilnehmer/innen.

Je stärker das Ansinnen, Auslandserfahrungen zu sammeln, internationale Kontakte zu knüpfen und sich persönlich weiterzuentwickeln, desto größer sind die Lernerfolge bei der interkulturellen Kompetenz.

Tabelle 49: Zusammenhänge zwischen Teilnehmerintention und Lern- bzw. Transfererfolg

		Personale Kompetenz	Sozial-kompetenz	Fach-kompetenz	Interkult. Kompetenz	Institutionelles Lernen
um in meiner Einrichtung etwas zu verbessern	Rho	,144	,204*	,333**	,212*	,284**
	Sig. (2-seitig)	,140	,035	,000	,026	,003
	N	107	107	108	110	109
um neue Impulse für meine Einrichtung zu gewinnen	Rho	,109	,161	,076	,190*	,157
	Sig. (2-seitig)	,265	,098	,437	,047	,105
	N	107	107	108	110	108
weil ich mich beruflich weiterentwickeln wollte	Rho	,269**	,189	,240*	,069	-,066
	Sig. (2-seitig)	,005	,054	,013	,479	,503
	N	106	105	106	108	104
weil ich mich persönlich weiterentwickeln wollte	Rho	,281**	,166	,143	,313**	-,104
	Sig. (2-seitig)	,003	,088	,139	,001	,287
	N	107	107	108	110	106
um Auslandserfahrung zu sammeln	Rho	,242*	,176	,102	,286**	,174
	Sig. (2-seitig)	,011	,067	,291	,002	,072
	N	109	109	110	112	108
um internationale Kontakte zu knüpfen	Rho	,111	,105	,163	,307**	,225*
	Sig. (2-seitig)	,247	,275	,087	,001	,019
	N	110	110	111	113	109

5.8.2 Zusammenhänge zwischen Hospitationsdauer und Lern- bzw. Transfererfolg

Auffällig bei der Betrachtung von Zusammenhängen zwischen der Dauer der Hospitation und Lern- und Transfererfolgen ist, dass vor allem die „weicheren“ Kompetenzen positiv mit längeren Aufenthalten korrespondieren: Interkulturelle Kompetenz (r=.271; p=.005), Sozialkompetenz (r=.245; p=.012) und personale Kompetenz (r=.221; p=.024). Das institutionelle Lernen (r=-.031; p=.752) und die Fachkompetenz (r=.093; p=.345) stehen dagegen in keinerlei statistischem Zusammenhang mit dem zeitlichen Umfang einer Hospitation (vgl. Tabelle 50).

Die statistische Prüfung stützt daher die folgenden Thesen:

- Je länger die Hospitationen der Teilnehmer/innen dauern, desto eher profitieren diese auf der Ebene interkultureller, sozialer und personaler Kompetenz.

Fachkompetenz und institutionelle Lernerfolge entwickeln sich unabhängig von der Aufenthaltsdauer im Hospitationsland

Tabelle 50: Zusammenhänge zwischen Hospitationsdauer und Lern- bzw. Transfererfolg

		Personale Kompetenz	Sozial-kompetenz	Fach-kompetenz	Interkulturelle Kompetenz	Institutionelles Lernen
Hospitations-dauer	Rho	,221*	,245*	,093	,271**	-,031
	Sig. (2-seitig)	,024	,012	,345	,005	,752
	N	105	105	106	108	104

5.8.3 Zusammenhänge zwischen Transferzeit und Lern- bzw. Transfererfolg

Um zu überprüfen, inwieweit persönliche oder institutionelle Lerneffekte damit in Verbindung stehen, wie groß der Zeitraum zwischen Hospitation und Befragung (=Transferzeit; vgl. Abschnitt 2.3.2) ist, wurden ebenfalls korrelative Verfahren angewandt (vgl. Tabelle 51). Die Ergebnisse weisen jedoch auf keinerlei statistisch bedeutsame Zusammenhänge hin.

Darauf lässt sich folgende These begründen:

Erfolge beim Transfer und persönlichen Lernen stellen sich bereits in der Phase unmittelbar nach der Hospitation ein.

Tabelle 51: Zusammenhänge zwischen Transferzeit und Lern- bzw. Transfererfolg

		Personale Kompetenz	Sozial-kompetenz	Fach-kompetenz	Interkulturelle Kompetenz	Institutionelles Lernen
Trans-ferzeit	Rho	,075	,106	,063	-,075	-,052
	Sig. (2-seitig)	,437	,272	,510	,428	,590
	N	110	110	111	113	109

5.8.4 Zusammenhänge zwischen betrieblicher Stellung und Lern- bzw. Transfererfolg

Wie im Abschnitt zur Stichprobenbeschreibung dargelegt (vgl. Abschnitt 2.3.2), wurde durch den Fragebogen die betriebliche Stellung der Teilnehmer/innen zum Zeitpunkt ihrer Hospitation erfasst. Um den Einfluss der betrieblichen Stellung auf Lern- und Transfererfolge zu untersuchen, wurden die diesbezüglichen Daten in eine Rangskala umgewandelt: Keine Führungspositi-

on < untere Führungsebene < mittlere Führungsebene < obere Führungsebene. Der Status der Selbständigkeit wurde hierbei nicht berücksichtigt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Position, die die Teilnehmer/innen zum Zeitpunkt der Hospitation in ihren Einrichtungen bekleideten, in keinem statistischen Zusammenhang mit dem Erfolg im Bereich des persönlichen Lernens steht (vgl. Tabelle 52). Ein signifikanter Zusammenhang zeigt sich nur zwischen der betrieblichen Stellung der Hospitant/innen und dem institutionellen Lernen (r=.222; p=.031).

Die statistische Prüfung stützt also die These, die bereits in der qualitativen Interviewbefragung aufgeworfen wurde:

Je höher die betriebliche Position der Hospitant/innen, desto eher gelingt der Ergebnistransfer in der Heimateinrichtung.

Tabelle 52: Zusammenhänge zwischen betrieblicher Stellung und Lern- bzw. Transfererfolg

		Personale Kompetenz	Sozial-kompetenz	Fach-kompetenz	Interkulturelle Kompetenz	Institutionelles Lernen
betriebliche Stellung	Rho	-,166	-,189	-,019	-,050	,222*
	Sig. (2-seitig)	,109	,068	,855	,630	,031
	N	95	94	96	97	95

5.8.5 Zusammenhänge zwischen Rahmenbedingungen und Lern- bzw. Transfererfolg

Die korrelative Analyse hebt noch einmal den besonderen Stellenwert hervor, der der betrieblichen Unterstützung beim Transfer der Hospitationsergebnisse zukommt: Der Support der Teilnehmer/innen durch ihre Einrichtung weist einen hochsignifikanten Zusammenhang zum institutionellen Lernerfolg auf (r=.261; p=.003). Weder die Programmgestaltung durch g-plus (r=.173; p=.036) noch die Unterstützung der Hospitationseinrichtung (r=.064; p=.258) haben diesbezüglich einen entscheidenden Einfluss (vgl. Tabelle 54). Die Unterstützung durch g-plus korrespondiert bzgl. des persönlichen Lernens mit der Sozialkompetenz (r=.226; p=.009), die Unterstützung der Hospitationseinrichtung weist dagegen Zusammenhänge zu Lernerfolgen bei der Fachkompetenz der Hospitant/innen auf (r=.216; p=.012).

Durch die statistische Analyse lässt sich also folgende zentrale These belegen:

Je stärker die Unterstützung der Hospitant/innen durch ihre Heimateinrichtungen, desto größer sind die Erfolge beim institutionellen Lernen und beim Ergebnistransfer.

Tabelle 53: Zusammenhänge zwischen Rahmenbedingungen und Lern- bzw. Transfererfolg

		Unterstützung Einrichtung	Unterstützung g-plus	Unterstützung Hospitations-einrichtung
Personale Kompetenz	Rho	-,187*	,092	,074
	Sig. (2-seitig)	,026	,170	,225
	N	108	110	107
Sozialkompetenz	Rho	-,107	,226**	,005
	Sig. (2-seitig)	,135	,009	,478
	N	108	110	107
Fachkompetenz	Rho	,079	,093	,216*
	Sig. (2-seitig)	,208	,167	,012
	N	109	111	108

Interkulturelle Kompetenz	Rho	,013	,060	-,056
	Sig. (2-seitig)	,448	,264	,282
	N	111	113	110
Institutionelles Lernen	Rho	,261**	,173*	,064
	Sig. (2-seitig)	,003	,036	,258
	N	107	109	106

6. Zusammenfassung und Fazit

Die Befunde der Dokumentenanalyse, der Interviewbefragung und der standardisierten Teilnehmererhebung zeichnen ein ausgesprochen homogenes Bild von den Programmeffekten auf das persönliche Lernen der Hospitant/innen.

In der Selbsteinschätzung der Teilnehmer/innen hatten beide Programme positive Effekte auf den Ebenen der personalen, der sozialen, der interkulturellen und der Fachkompetenz. Die deutlichsten Auswirkungen fanden sich jeweils bei der Fachkompetenz, wobei DEMENZ hier signifikant stärker das berufliche Fachwissen förderte, wohingegen sich bei IHOP eher die Entwicklung anwendungsorientierter Handlungs- und Methodenkompetenz andeutete. Diese Unterschiede korrespondieren mit den Schwerpunkten, die sich aus dem jeweiligen Programmzuschnitt ergeben. Da DEMENZ explizit als Studien- und Fortbildungsprogramm zur Wissensvermittlung und wissenschaftlichen Fundierung der gesundheitsdienstlichen Versorgung von demenziell erkrankten Menschen konzipiert wurde, ist es folgerichtig, dass Wissenserwerb und -erweiterung auch im Vordergrund des Teilnehmeroutputs stehen, während IHOP ausdrücklich Praktiker/innen adressiert und dementsprechend lösungsorientierte, anwendungsbezogene Vorhaben fördert, ergo Handlungskompetenzen stärkt.

Im Bereich der „weicheren“ Kompetenzen (Sozialkompetenz, interkulturelle und personale Kompetenz) finden sich signifikante Unterschiede zwischen den beiden Programmen nur bei der interkulturellen Kompetenz. Hier erzielt IHOP systematisch die stärkeren Effekte. Die Entwicklung solcher *social skills* und personaler Kompetenzen hängt jedoch weniger davon ab, an welchem der beiden Programme teilgenommen wurde, als vielmehr, wie lange die jeweilige Hospitation dauerte.

Bezogen auf institutionelle Lerneffekte (Transfer neuer Methoden/Verfahren/ Techniken, Erweiterung/Erneuerung des Angebotes, Verbesserungen in der Mitarbeiterqualifizierung u.a.) zeigen die Ergebnisse der standardisierten Befragung etwas weniger starke Tendenzen, als dies vor dem Hintergrund der Interviewerhebung und insbesondere der Dokumentenanalyse erwartet werden konnte. Offenbar konnten nicht alle konkreten Transferabsichten der Teilnehmer/innen, die in den Abschlussberichten geäußert wurden, erfolgreich in den Einrichtungen verwirklicht werden – dies gilt für beide Programme gleichermaßen. Erklärungen hierfür liefern die von den Teilnehmer/innen der schriftlichen Befragung mehrfach geäußerten Transferbarrieren, wie beispielsweise die international unterschiedlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen und Qualifikationsstandards, mangelnde Veränderungsbereitschaft von Kolleg/innen und Vorgesetzten sowie andere betriebliche Hindernisse. Die statistische Untersuchung belegt eindeutig, dass Transfererfolge im Sinne der Entwicklung neuer Angebote und Qualitätsverbesserungen in den Einrichtungen maßgeblich von der aktiven Unterstützung der Hospitant/innen durch deren Betriebe abhängig sind. Dies gilt umso mehr, wenn die Programmteilnehmer/innen selbst nicht als Führungspersonen beschäftigt sind. Insgesamt erscheint die Unterstützung durch die Heimateinrichtungen aus Sicht der Hospitant/innen im Kontext der stan-

dardisierten Befragung als stark verbesserungsfähig.

Was das überinstitutionelle Lernen im Sinne der Netzwerkbildung und des Wissenstransfers über das unmittelbare eigene Arbeitsumfeld hinaus angeht, so bewirken beide Programme sehr positive Effekte. Da die Hospitationen bei über 80 Prozent der Befragten länger als ein Jahr zurückliegen (bei knapp 55 Prozent sind es sogar mindestens drei Jahre), weisen die positiven Befunde bei der internationalen Netzwerkbildung darauf hin, dass beide Programme nachhaltig dazu beitragen, die Internationalisierung des Pflege- und Gesundheitswesens weiterzuentwickeln.

Teilnehmer/innen beider Programme zeigen in einem ausgeprägten Maße Initiative bei der Weitergabe ihres Wissens, auch außerhalb der Heimateinrichtung. Dokumentieren lässt sich dieser überinstitutionelle Programmeffekt anhand der Vielzahl unterschiedlicher Aktivitäten, wie die Publikation von Fachartikeln, außerbetriebliche Schulungsmaßnahmen, Vorträge und andere öffentlichkeitswirksame Veranstaltungen, mittels derer die Hospitationsergebnisse in die Breite getragen werden.

Die Leitfragen, denen die vorliegende Evaluation folgte, lassen sich vor dem Hintergrund der Ergebnisse überwiegend positiv beantworten:

Das Programmangebot von Praxis- und Bildungsaufenthalten im Ausland erweist sich im Spiegel der empirischen Untersuchung auf den Ebenen des persönlichen, des institutionellen und des überinstitutionellen Lernens als effektiv, effizient und wirksam (Leitfrage 1).

Hinsichtlich Qualitätsverbesserungen in Versorgungsstrukturen und -prozessen können IHOP und DEMENZ als Inkubatoren für Innovationen im Gesundheitswesen betrachtet werden, da durch sie generierte neuartige Wissens- und Erfahrungsbestände regelmäßig in breitere Fachöffentlichkeit gelangen. Inwieweit solche Innovationsimpulse schließlich von Dritten aufgegriffen und skaliert werden bzw. eine Diffusion stattfindet, lässt sich im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht aufklären (Leitfrage 2).

Die Effektivität von Auslandshospitationen als Instrument der Personalentwicklung wird vor allem durch die ausgeprägten Lernerfolge im Bereich der beruflichen Kernkompetenzen, aber auch bei den immer wichtiger werdenden *soft skills* belegt. Als Instrument zur Qualitätsverbesserung in den Einrichtungen sind Auslandshospitationen dann besonders effektiv, wenn sie nicht nur von den einzelnen Teilnehmenden, sondern auch von deren Kolleg/innen und Vorgesetzten als Chance zur Organisationsentwicklung angenommen werden (Leitfrage 3).

Von einer Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit in den Einrichtungen können nicht alle Programmteilnehmer/innen berichten. Wenngleich tradierte Formen der Arbeitsteilung, gestaffelte Hierarchien und die damit einhergehende Reklamation von professioneller Zuständigkeit das Geschehen in den meisten Einrichtungen nach wie vor zu prägen scheinen, so konnte die Interdisziplinarität zumindest in einigen Fällen von den Hospitationen profitieren. In Hinblick auf die Förderung eines internationalen Kontaktaufbaus konnte gezeigt werden, dass das „Internationale Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit“ und das „Internationale Studien- und Fortbildungsprogramm Demenz“ systematisch nachhaltige Erfolge erzielen (Leitfrage 4).

7. Literatur

Afentakis, A. & Maier, T. (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. In: Wirtschaft und Statistik, H. 11, S. 990-1002. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Monatsausgaben/WistaNovember10.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff am 26.9.13)

Blass, K. (2011): Altenpflege zwischen Jederfrauqualifikation und Expertentum. Verberuflichungs- und Professionalisierungschancen

einer Domäne weiblicher (Erwerbs-)Arbeit. Saarbrücken: iso-Verlag.

Bundesagentur für Arbeit (2011): Arbeitsmarktberichterstattung: Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland. Nürnberg. Verfügbar unter:

http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/ Berichte-Broschueren/Arbeitsmarkt/ Generische-Publikationen/Gesundheits-und-Pflegeberufe-Deutschland-2011.pdf (Zugriff am 26.9.13)

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA) (2008): Alles grau in grau? Älter werdende Belegschaften und Büroarbeit (2. Aufl.). Verfügbar unter:

http://www.baua.de/de/Publikationen/Broschueren/A46.html (Zugriff am 06.08.13)

Deutsche Gesellschaft für Evaluation (2002): Standards für Evaluation. Köln: DeGEval.

Flick, U. (1995): Qualitative Forschung. Theorien, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. Reinbek: Rowohlt.

Gläser, J. & Laudel, G. (2009): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Helfferich, C. (2009): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Klein, B. Gaugisch, P. & Stopper, K. (2008): Pflege 2015: Neue Arbeitsanforderungen und zukünftige Qualifizierungsbedarfe. Stuttgart: Fraunhofer IRB.

Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN) (2012): Kinder- und Jugenddelinquenz im Bundesland Saarland. Hannover.

Mayring, P. (1993): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.

Raupp, J. & Vogelsang, J. (2009): Medienresonanzanalyse. Eine Einführung in Theorie und Praxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

In der Reihe *iso*-Report erscheinen aktuelle Beiträge aus der am Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft Saarbrücken laufenden Forschung, Evaluation und wissenschaftlichen Begleitung.

Verfügbar unter: www.iso-institut.de