

Hessisches Institut für Pflegeforschung Nibelungenplatz 1 60318 Frankfurt/Main

Endbericht der Evaluation: 3P – "Pflege Dich selbst!"

Laufzeit: September 2006 - September 2009

Autoren

Prof. Dr. U. Höhmann (Leitung)

Prof. Dr. M. Schilder (wiss. Mitarbeiter)

A. Metzenrath, Dipl. Pflegewirtin (FH) (wiss. Mitarbeiterin)

M. Roloff, Dipl. Pflegewirt (FH) (wiss. Mitarbeiter)

02.10.2009



Inhaltsverzeichnis

Αl	bbildu	ıngsve	zeichnis	4				
Εi	inleitu	ıng		8				
1	Ra	ahmen	pedingungen des Projektes	g				
2	Gı	rundzü	ge des Interventionskonzeptes	11				
	2.1 Ziele			11				
	2.2 Mode		ell der Gesundheitskompetenz	11				
	2.3	Vorg	Vorgehen					
3	Der Evaluationsauftrag, das Evaluationskonzept und die Hauptfragestellungen			17				
	3.1	Der l	Evaluationsauftrag	17				
	3.2	Das	Evaluationskonzept und die Hauptfragestellungen	17				
	3.	2.1		19				
4	Er	gebnis	se der Evaluation	22				
	4.1	Form	ative Prozessbegleitung	22				
	4.2	Inter	views mit den Leitungsverantwortlichen	26				
	4.2.1		Befragungszeitpunkte und Frequenz	27				
	4.	2.2	Themenblöcke der Interviews und Auswertung	28				
	4.2	2.3	Ergebnisse					
	4.2.3.1		ZEITPUNKT TI (ANFANG 2008)					
	4.2.3.2		ZEITPUNKT T2 (ENDE 2008 – ANFANG 2009: ENDE DER ENTWICKLUNGSPHASE UND ERSTER	Transfer				
)		32					
	4.2.3.3		ZEITPUNKT T3 (JULI/ AUGUST 2009: PROJEKTENDE)	37				
	4.2.4		Fazit	44				
	4.3	Inter	views mit den Transferakteuren	47				
	4.3.1 I		Befragungszeitpunkte und Interviewpartner	47				
	4.3.2 N		Methodik	48				
			Ergebnisse					
	•	4.3.3.1	Phase I: Primäre Entwicklungsphase auf der ersten Modellstation des Alice Hospit	ALS 49				
		4.3.3.	I.I Bewertung des Implementationsvorgehens	50				
	4.3.3.1.2		.2 Inhaltliche Bewertung des Konzeptes	51				
		4.3.3.	.3 GRAD DER ZIELERREICHUNG: HAT SICH GESUNDHEITSKOMPETENZ GEBILDET?	51				
		4.3.3.	.4 Empfehlungen für künftige Implementationsprozesse	51				
	•	4.3.3.2	Phase 2: Transfer auf die erste Modellstation der Kinderklinik	52				
		4.3.3.	2.1 Bewertung des Implementationsvorgehens	53				
		4.3.3.	2.2 Inhaltliche Bewertung des Konzeptes	55				



	4.3.3.2	4.3.3.2.3 GRAD DER ZIELERREICHUNG: HAT SICH GESUNDHEITSKOMPETENZ GEBILDET?			
	4.3.3.2	2.4 Empfehlungen für Weitere Implementationsprozesse	55		
	4.3.3.3	3.3.3 Phase 3 – Transfer auf die restliche Kinderklinik			
	4.3.3.3	4.3.3.3.1 BEWERTUNG DES IMPLEMENTATIONSVORGEHENS			
	4.3.3.3	.3.3.3.2 Inhaltliche Bewertung des Konzeptes			
	4.3.3.3	4.3.3.3.3 GRAD DER ZIELERREICHUNG: HAT SICH GESUNDHEITSKOMPETENZ GEBILDET?			
	4.3.3.3.4 Empfehlungen für Weitere Implementationsprozesse				
4	.3.4	Fazit	60		
4.4	Inhal	tsanalyse der Problemsheets	63		
4	4.4.1 Methode				
4	.4.2	Codierung	64		
	4.4.2. I	Codierung der Belastungen und Lösungsansätze	64		
	4.4.2.2	CODIERUNG DER THEMENKOMPLEXE	68		
	4.4.2.3	CODIERUNG DES STATUS 3P-KREIS	70		
	4.4.2.4	CODIERUNG DER GESUNDHEITSHEBEL	71		
	4.4.2.5	Codierung der Belastungspunkte	71		
4	4.4.3 Ergebnisse				
	4.4.3.1	Berufsgruppenkontext	73		
	4.4.3.2	Treffen zu den Lösungsprozessen	75		
	4.4.3.3	Belastungspunkte	76		
	4.4.3.4	Status der Problemlösungsprozesse	77		
	4.4.3.5	Verteilung der Gesundheitshebel	79		
	4.4.3.6	KATEGORIEN DER PROBLEMBENENNUNGEN	80		
	4.4.3.7	Ergebnisse aus den Dokumentenbereichen der Problemlösungsprotokolle	81		
4	.4.4	Fazit	82		
4.5	Schri	ftliche Befragung der Mitarbeiter der Kinderklinik	84		
4	.5.1	Konzept des Fragebogens	84		
4	.5.2	Methodisches Vorgehen	84		
	4.5.2.1	FELDZUGANG	84		
	4.5.2.2	Datenanalyse	85		
4	.5.3	Darstellung der Ergebnisse	86		
	4.5.3.1	STICHPROBENBESCHREIBUNG	86		
	4.5.3.2	SOZIODEMOGRAPHIE	87		
	4.5.3.3	TEIL A: ARBEITSPLATZANFORDERUNGEN	91		
	4.5.3.4	TEIL B: BETEILIGUNG UND ENTWICKLUNGSMÖGLICHKEITEN	101		
	4.5.3.5	TEIL C: ZUSAMMENARBEIT UND RÜCKMELDUNG	107		



4	4.5.3.6	TEIL D: WOHLBEFINDEN UND ZUFRIEDENHEIT	. 116
4.5	5.4	Fazit	128
5 Zu	ısamm	enfassende Schlussfolgerungen	134
Anhang	j		143
Literatu	ırverze	eichnis	182
Abbi	ldun	ngsverzeichnis	
Abbildu	ıng 1: l	Modell der Gesundheitskompetenz	12
Abbildu	ıng 2: (Checkliste Gesundheitskompetenz	13
Abbildu	ıng 3: I	Instrumente der Gesundheitskompetenzentwicklung	15
Abbildu	ıng 4: I	Projektphasen, Evaluationsstrategien, Leitfragen und Instrumente	19
Abbildu	ıng 5: (Chronologische Übersicht über das Evaluationsvorgehen	20
Abbildu	ıng 6: l	Übersicht Interviewzeitpunkte	47
Abbildu	ıng 7 S	Strukturschema der Auswertungstabelle	64
Abbildu	ıng 8 C	Codebaum für die Anforderungen aus dem Problembereich	66
Abbildu	ıng 9 C	Codebaum für die eingesetzten Ressourcen in dem Lösungsansatz	67
Abbildu	ıng 10	Themenkategorien unter dem Fokus der Problembenennung	68
Abbildu	ıng 11	Themencodierung im Kontext der Berufsgruppen und der Problemursache	70
Abbildu	ıng 12	Statusanzeige des Problemsheets im Lösungsprotokoll (Quelle: EDV-gestütz	ztes
Lö	sungs	protokoll aus dem 3P-Projekt im Alice Hospital)	70
Abbildu	ing 13	B Wahlmöglichkeiten der Gesundheitshebel im Lösungsprozess (Quelle: El	DV-
ge	estützte	es Lösungsprotokoll aus dem 3P-Projekt im Alice Hospital)	71
Abbildu	ıng 14	Verteilungsmöglichkeit der Belastungspunkte im Rahmen des Lösungsprozes	ses
(Q	uelle:	EDV-gestütztes Lösungsprotokoll aus dem 3P-Projekt im Alice Hospital)	72
Abbildu	ıng 15	Verteilung der Lösungsprotokolle auf die Stationen (Stand August 2009)	73
	•	6 Problemlösungsprozesse verteilt auf den Berufsgruppenkontext n=77	
		ation Alice-Hospital und KIKLI (Stand August 2009)	
	•	Problemlösungsprozesse verteilt auf den Berufsgruppenkontext n=30 nur Kl	
•		ugust 2009)	
	_	Problemlösungsprozesse verteilt nach Berufsgruppenkontext n=47 (Modellsta spital)	
		Verteilung der Arbeitstreffen bezogen auf die Themen im Berufsgruppenkon	
	_	I und der Modellstation Alice-Hospital (Stand August 2009) n=141	
		Verteilung der Arbeitstreffen bezogen auf die Themen im Berufsgruppenkon	
	•	I (Stand August 2009) n=62	
		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	



Abbildung 21 Verteilung der Arbeitstreffen bezogen auf die Themen im Berufsgruppenkontext
der Modellstation Alice-Hospital (Stand August 2009) n=7976
Abbildung 22 Gewählte Belastungspunkte verteilt auf die Themen und ihre
berufsgruppenbezogenen Probleme n=77 Kinderklinik und Modellstation Alice-Hospital
(Stand August 2009)77
Abbildung 23 Status der Problemlösungsprozesse im 3P-Kreis beider Kliniken n=7778
Abbildung 24 Status der Problemlösungsprozesse im 3P-Kreis Kinderklinik n=3078
Abbildung 25 Status der Problemlösungsprozesse im 3P-Kreis Modellstation Alice-Hospital
n=4778
Abbildung 26 Gewählte Gesundheitshebel in der Kinderklinik n=88 (Stand August 2009)79
Abbildung 27 Gewählte Gesundheitshebel auf der Modellstation Alice-Hospital n=126 (Stand
August 2009)80
Abbildung 28 Themenkategorien der Problemlösungsbenennung in der Kinderklinik n=30
(Stand August 2009)80
Abbildung 29 Kategorien der Problembenennungen auf der Modellstation Alice-Hospital n=47
(Stand August 2009)81
Abbildung 30 Art der Anforderungen bei genannten Problemen n=263 (KIKLI und Modellstation
Alice-Hospital)81
Abbildung 31 Eingesetzte Ressourcen in den Problemlösungsprozessen (KIKLI und
Modellstation Alice-Hospital) n=16382
Abbildung 32: Stichprobe und Rücklauf der schriftlichen Befragungsstichprobe und Rücklauf der
schriftlichen Befragung86
Abbildung 33: Altersverteilung nach Zeitpunkten87
Abbildung 34: Familienstand nach Zeitpunkten88
Abbildung 35: Arbeitszeit nach Zeitpunkten89
Abbildung 36: Berufserfahrung allgemein und auf Station nach Zeitpunkten89
Abbildung 37: Berufserfahrung seit der Ausbildung nach Zeitpunkten90
Abbildung 38: Qualifikation nach Zeitpunkten91
Abbildung 39: Wahrgenommene Belastung durch Lärm92
Abbildung 40: Wahrgenommene Belastung durch unangenehme Temperaturen92
Abbildung 41: Stärke der Belastung durch Lärm93
Abbildung 42: Stärke der Belastung durch unangenehme Temperaturen93
Abbildung 43: Übersicht quantitative Arbeitsanforderungen94
Abbildung 44: Emotionale Anforderungen95
Abbildung 45: Bewertung der Arbeitszeit96
Abbildung 46 Deskriptive Darstellung der ERI-Subskalen (gesamt)97
Abbildung 47: Deskriptive Darstellung der ERI-Subskalen (nach Zeitpunkten)98



Abbildung: 48: ERI-Quotient (gesamt)	99
Abbildung 49: ERI-Quotient (nach Zeitpunkten)	99
Abbildung 50: Prozentuale Verteilung des ERI-Quotienten unter und über 1	100
Abbildung 51: Partizipation	102
Abbildung 52: Psychological Empowerment Instrument	103
Abbildung 53: Entwicklungsmöglichkeiten	106
Abbildung 54: Verankerung von Routinen	107
Abbildung 55: Zusammenarbeit im Team	108
Abbildung 56: Rückmeldung von Kollegen	108
Abbildung 57: Rückmeldungswunsch von Kollegen	109
Abbildung 58: Rückmeldung Vorgesetzte(r)	109
Abbildung 59: Rückmeldungswunsch Vorgesetzte(r)	110
Abbildung 60: Führung	111
Abbildung 61: Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen	113
Abbildung 62: Berufsübergreifende Schnittstellen	115
Abbildung 63: Belastung im Leben und durch die Arbeit	117
Abbildung 64: Burnout und Arbeitszufriedenheit	118
Abbildung 65: Commitment	119
Abbildung 66: Stressbewältigungsstrategien während Arbeit vorhanden?	120
Abbildung 67: Eingesetzte Stressbewältigungsstrategien	121
Abbildung 68: Arbeitsanpassung an eigene Bedürfnisse	122
Abbildung 69: Einschätzung individueller Fähigkeiten	123
Abbildung 70: Einschätzung gruppenbezogener Fähigkeiten	124
Abbildung 71: Benötigter Unterstützungsbedarf	126





Einleitung

Der Pflegeberuf geht mit hohen physischen und psychischen Belastungen einher. Mögliche Folgen davon sind hohe Fehlzeiten und Krankenstände, emotionaler Rückzug oder Burnout¹. Dennoch weisen viele Pflegekräfte eine hohe Arbeitszufriedenheit auf².

Diese Tatsache gilt es zu nutzen, denn die Entwicklungen in der Gesellschaft sowie die Fortschritte in Medizin und Pflege führen zu einer zunehmenden Anzahl multimorbider Menschen, die unter veränderten finanziellen und strukturellen Rahmenbedingungen versorgt werden müssen. Zudem ergreifen immer weniger Menschen den Pflegeberuf³. Deshalb ist es von größter Wichtigkeit, die Gesundheit und Motivation der Pflegekräfte zu erhalten, und den Beruf attraktiver für nachkommende Generationen zu gestalten, damit das Pflegepersonal den genannten Veränderungen gewachsen ist. Wichtiges Element ist hierbei die Reduktion von Belastungen, sowohl auf struktureller und sozialer als auch auf personaler Ebene.

Vor diesem Hintergrund wurde das Projekt "Partizipative Prävention in der Pflege – Entwicklung von Präventionskompetenz und Gesundheits-Scorecard des Pflegepersonals im Krankenhaus", kurz "3P", mit einem gesundheitsförderlichen Schwerpunkt initiiert, um mittels eines partizipativen Ansatzes ein Kompetenz-Konzept zu entwickeln und dessen Wirksamkeit zu überprüfen, welches die Pflegekräfte dazu befähigen soll, fähigkeits- und wissensbasierte aktive Verhaltensweisen/-Handlungen aufzubauen, die darauf abzielen, Verhältnisse so zu verändern oder zu deren Veränderung beizutragen, dass das Auftreten von Gesundheitsbeeinträchtigungen verhindert wird⁴.

Das Hessische Institut für Pflegeforschung übernahm dabei den Evaluationsauftrag als Unterauftragnehmerin der FH Wiesbaden, die als Hauptauftragnehmerin des Bundesministeriums für Bildung, Forschung und Entwicklung (BMBF), das Interventionskonzept entwickelte und implementierte.

¹ vgl. DAK, 2000, S. 136; Braun u. Müller, 2005, S. 131

vgi. Brown u. Reimer, 1995, S. 59f; Stordeur u. a., 2005, S. 36f; Müller u. a., 1997, S. 194; DAK-BGW, 2005, S. 44f

³ vgl. Hasselhorn, 2005, S. 135; Blättner u. a., 2005, S. 10

⁴ vgl. Projektantrag 3P, S. 13



1 Rahmenbedingungen des Projektes

Das Bundesministerium für Bildung, Forschung und Entwicklung fördert innerhalb des Forschungsprogramms "Arbeiten, Lernen, Kompetenzen entwickeln - Innovationsfähigkeit in einer modernen Arbeitswelt" Projekte, die sich mit der Integration von an Sicherheit und Gesundheit orientiertem Handeln in die betrieblichen Abläufe befassen. Ein Förderschwerpunkt dieses Programms ist der "Präventive Arbeits- und Gesundheitsschutz". Innerhalb dieses Schwerpunktes befassen sich 5 Fokusgruppen mit unterschiedlichen inhaltlichen Themenfeldern. Diese sind im Einzelnen:

- 1. Prävention als Wettbewerbsfaktor
- 2. Betriebliches Innovationsmanagement
- 3. Überbetriebliche Allianzen
- 4. Partizipation und Führung
- 5. Gesundheitsförderung im demographischen Wandel

Zur Förderung des Tiefen- und Breitentransfers von Forschungsergebnissen ist diesen 5 Fokusgruppen das Metaprojekt "Strategischer Arbeits- und Gesundheitsschutz" (kurz "Starg") übergeordnet.

Das 3P-Projekt ist der Fokusgruppe "Partizipation und Führung" zuzuordnen. Der Projektzeitraum beträgt 3 Jahre (September 2006 bis September 2009). Das Fördervolumen beträgt 1,2 Millionen Euro. Die Durchführungsorganisationen sind das Alice Hospital in Darmstadt und die Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margaret. Wissenschaftlicher Verbundpartner ist die Fachhochschule Wiesbaden. Entsprechend setzt sich die Projektleitung aus einem Vertreter der FH Wiesbaden und einem Vertreter der Geschäftsführung des Alice Hospitals zusammen. Wissenschaftlicher Kooperationspartner der Interventionsgruppe ist die Firma Fritz Change AB Schweden, auf deren Vorarbeiten das Konzept der Gesundheitshebel maßgeblich gründet.

Die durchführenden Kliniken haben eine Projektsteuerungsgruppe aus 9 Personen eingerichtet. Beteiligt sind: die beiden Projektleitungen (Interventionsgruppe mit wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen, der Geschäftsführer des Alice Hospitals), eine Projektkoordinatorin, zwei Vertreter aus dem Controlling, die sich intensiv mit der Entwicklung der Gesundheitsscorecard befassen, ein Betriebsratsvertreter des Alice Hospitals, ein Vertreter der Abteilung für Öffentlichkeitsarbeit und der Vertreter des Kooperationspartners Fritz Change AB Schweden. Zu vielen Besprechungen wurden die PDLs beider Kliniken sowie der leitende Chefarzt der Kinderklinik im Laufe des ersten dreiviertel Jahres sukzessive hinzugezogen.

Bis auf die hausinterne Projektkoordinatorin betreten alle Mitglieder der Interventions- und Steuerungsgruppe mit dem pflegebezogenen Forschungssektor Neuland.



Als "Anlaufstelle" vor Ort dient das 3P-Projektbüro, welches an 3 Tagen der Woche durch die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen des Interventionsteams besetzt ist. Sie übernehmen auch den Großteil der Durchführungsorganisation.

Nach ca. der Hälfte der Laufzeit scheiden beide ursprünglichen wissenschaftlichen MitarbeiterInnen aus. Die Konzeptentwicklungszeit im Alice-Hospital ist beendet und die nun neu eingestellte wissenschaftliche Mitarbeiterin hat die Schwerpunktaufgabe den Transfer des Interventionskonzeptes auf die Kinderkliniken zu organisieren und zu begleiten.

Die personelle Kompensation für die Mitarbeiter der Entwicklungsstation im Alice-Hospital beträgt für einen umgrenzten Zeitraum rechnerisch eine Pflegekraft. Die Schulungen und Projektaktivitäten der Mitarbeiter, die zu Überstunden führen, können damit als solche abgerechnet werden.

Das Untersuchungsfeld Alice-Hospital ist ein Haus der Grund- und Regelversorgung, in dem auf 5 stationären Abteilungen 146 Betten vorhanden sind. Eine Besonderheit des Alice Hospitals ist die Organisation als Belegkrankenhaus.

Die erste Pilotstation des Projektes ist eine Innere Station mit dem Schwerpunkt Gastro- und Enterologie. Insgesamt versorgen dort 18 Pflegekräfte (13,5 Vollzeitstellen) 24 Patienten.

Das zweite Implementationssetting, die Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margaret, umfasst 80 Betten verteilt auf 5 stationäre Abteilungen. Im Gegensatz zum Alice Hospital sind die Kinderkliniken im Chefarztsystem organisiert.

Die zweite Pilotstation dieser Klinik versorgt allgemeinpädiatrische und chirurgische Krankheitsbilder von Kindern und Jugendlichen im Alter von 5 bis 18 Jahren. Die Station hat 24 Betten. Die Patienten werden von 20 Pflegekräften (18 Vollzeitstellen) versorgt.



2 Grundzüge des Interventionskonzeptes

2.1 Ziele

Zur Reduktion von Belastungssituationen für das Pflegepersonal hat sich die Interventionsgruppe des "3P-Projekts" folgende **Gesamtziele** gesetzt:

- 1. Partizipative Entwicklung und Umsetzung einer individuellen und organisationsbezogenen Präventionskompetenz für das Pflegepersonal im Krankenhaus, die in organisatorischen Routinen verankert wird.
- 2. Messung des Präventionserfolges mit Hilfe einer Gesundheits-Scorecard auf individueller, Gruppen- und Organisationsebene⁵.

Hinzu kommt die Integration des Ansatzes der Präventionskompetenz in das Curriculum der Erstausbildung der Kranken- und Kinderkrankenpflegeschule und Ausbildungen anderer Ausbildungsträger, evtl. auch an wissenschaftlichen Hochschulen. Dieser Teil ist nicht Gegenstand der vorliegenden Evaluation, sondern wird im Rahmen eines eigenständigen Projektes der Evangelischen Fachhochschule Darmstadt begleitet.

2.2 Modell der Gesundheitskompetenz

Die Interventionsgruppe definiert Gesundheitskompetenz wie folgt:

" (...) die Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Person, die eigene Gesundheit zu fördern, erhalten und wiederherstellen zu können (..)" (vgl. Pfaff, 2007; zit. n. North u. a., 2008, S. 71). "Dabei beinhaltet Gesundheitskompetenz im Sinne der betrieblichen Gesundheitsförderung die Fähigkeit, Belastungen (Beanspruchungen zu erkennen, zu bewerten, Strategien zu entwickeln, ihre Wirksamkeit zu reflektieren und Gesundheitsroutinen zu entwickeln" (ebd.).

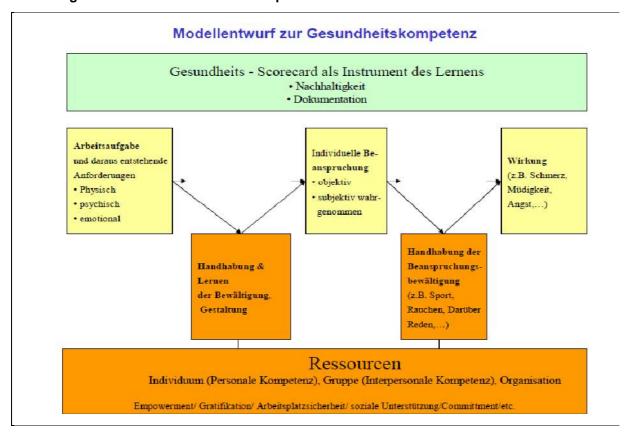
Aufbauend auf dieser Definition entwickelte die Interventionsgruppe das oben abgebildete Konzept als Arbeitsgrundlage und Definitionsrahmen für das weitere Vorgehen im Projekt und zur Interpretation erzielter Ergebnisse⁶.

Ausgangspunkt bilden arbeitsbezogene Belastungen, wobei Belastungen als objektive Arbeitsanforderungen definiert sind, denen jeder Mitarbeiter ausgesetzt ist und die nicht per se als negativ zu werten sind. Erst die "Konfrontation" dieser Belastungen mit individuellen Voraussetzungen kann zu Beanspruchungen führen.

 ⁽vgl. Projektantrag, S. 1)
 (vgl. interne Projektunterlagen: Präsentation Modell der Gesundheitskompetenz vom 24.01.2006, Folie 3)

HessIP

Abbildung 1: Modell der Gesundheitskompetenz



Bei Beanspruchungen handelt es sich um die subjektiv empfundenen physischen und psychischen Auswirkungen der Arbeitsbelastungen auf die Pflegenden. Ob und wie stark eine Belastung zu einer Beanspruchung wird, hängt von den individuell unterschiedlichen Voraussetzungen einer Person ab und den zur Verfügung stehenden Ressourcen.

Gesundheitskompetenz soll dazu befähigen, die arbeitsbezogenen Belastungen zu verringern / verhindern, um das Entstehen oder die Ausprägung von Beanspruchungen zu verhindern bzw. zu verringern. Zudem sollen die Mitarbeiter lernen, ihre eigenen Erholungsbedürfnisse zu erkennen.

Außerdem soll der Umgang mit auftretenden emotionalen Beanspruchungen, wie zum Beispiel der plötzliche Tod eines Patienten, die Auseinandersetzung mit Angehörigen, das Miterleben von Schmerz und Leid usw. behandelt werden.

Im Verlauf des Projektes wurde eine Checkliste erstellt (s. Abbildung 2), anhand derer jede Person erkennen kann, inwieweit sie selbst über Gesundheitskompetenzen verfügt bzw. diese entwickelt hat.



Abbildung 2: Checkliste Gesundheitskompetenz

- Eine Checkliste-		
	 0	+
1. Ich kenne meine typischen Belastungen, ihre Auswirkungen und		
kann meine Belastungen sowie ihre Ursachen beschreiben.		
2. Ich habe den Willen, meine eigene Gesundheit aktiv zu pflegen und zu erhalten.		
3. Ich kenne die Gesundheitshebel und ihren Einsatz zum Belastungsabbau.		
4. Ich kann mit meinen Kollegen gemeinsam Lösungen zum Belastungsabbau entwickeln.		
5. Wir setzen die Lösungen konsequent um und beurteilen ihre Wirksamkeit.		
6. Ich gestalte mein Verhalten so, dass sich meine Beanspruchungen in erträglichen Grenzen halten.		
7. Ich weiß, wie ich mich in der Arbeit erholen kann.		
8. Ich ziehe mein Fitness- und Erholungsprogramm regelmäßig durch.		
9. Ich messe meinen Stress und meine Beanspruchungen regelmäßig.		
10. Ich reflektiere mit meinen Kollegen regelmäßig über meine eigene Gesundheit und die Gesundheit der Gruppe.		

Zur Etablierung der Gesundheitskompetenz wurden 3 zentrale konzeptionelle Elemente im Verlaufe des Projektzeitraums bearbeitet (s. Abbildung 3, S. 15).

I. Gesundheitshebel⁷

Gesundheitskompetenz wird u. a. mithilfe von erarbeiteten Kompetenzfeldern, den so genannten "Gesundheitshebeln", erworben und umgesetzt. Insgesamt gibt es momentan 6 Gesundheitshebel (s. Abbildung 3). Die Anzahl kann aber flexibel erweitert oder verkürzt werden. Mit ihnen sollen im Rahmen der Dialogseminare und des Problemlösungsprozesses die Belastungssituationen analysiert und entsprechende Maßnahmen entwickelt werden

⁷ (vgl. interne Projektunterlagen: "Die Messung von Gesundheitskompetenz im Projekt "3P-Partizipative Prävention in der Pflege"" vom 06.02.2008, S. 4f)



II. Dialogseminare⁸

Sie sind zentrales Werkzeug für den Lern- und Reflexionsprozess über die Entwicklung von Gesundheitskompetenzen. In ihrem Rahmen werden anhand der Gesundheitshebel ein neues und gemeinsames Verständnis und Wissen bezüglich der Beschreibung von Belastungssituationen und entsprechender Kompetenzen zur Belastungskontrolle entwickelt. Die eigentliche Problemlösung findet nicht hier statt.

III. Problemlösungsprozess⁹

In diesem Rahmen findet über mehrere Monate hinweg die systematische Bearbeitung von Belastungssituationen anhand eines Regelkreis-Schemas (erst Problemlösungs- dann Entlastungssheets) durch die Pflegekräfte statt. Er umfasst die Schritte Problemerkennung und -benennung, Analyse, Ziel, Maßnahmenformulierung, Umsetzung, Evaluation und ggf. Anpassung der Maßnahmen. Während die Vermittlung der Gesundheitshebel direkt darauf zielt Gesundheitskompetenzen oder deren Vorstufen zu entwickeln, trägt die systematische Einführung des Problemlösungsprozesses zu folgenden Zielen bei:

- standardisierte (wiederholfähige) Vorgehensweise um Belastungssituationen abzuarbeiten.
- Sicherstellung, dass im Problemlösungsprozess die Belastungsdimension beachtet wird,
 d.h. die Problemlösung unter Berücksichtigung des Teilziels "Belastungsreduktion" gesehen wird,
- Versuch, die Gesundheitshebel als analytische Instrumente in den Problemlösungsprozess zu integrieren,
- Verschriftlichung des Problemlösungsprozesses mit Hilfe eines Formulars, damit alle Pflegenden (verschiedene Schichten, Teilzeit, Nachtschicht) daran Anteil nehmen können
- Sicherung einer kontinuierlichen Bearbeitung an Problemlösungen (Stand markieren)
 Sicherung der Nachhaltigkeit.

⁸ (vgl. Interne Projektunterlagen: "Gesundheitskompetenz in der Pflegearbeit" vom 31.09.2007, S. 13f; "Die Wirkung der Gesundheitshebel" vom 26.02.2008, S. 7)

⁽vgl. interne Projektunterlagen: "Die Wirkung der Gesundheitshebel" vom 26.02.2008, S. 33)



Die folgende Übersicht zeigt die verschiedenen eingesetzten Instrumente im Zusammenhang¹⁰:

Abbildung 3: Instrumente der Gesundheitskompetenzentwicklung

Prioritäten setzen	9	Dialogseminare
Handhabuna von Abweichungen	ITS- CKLUN	Problemlösungs-
Kommunikation und Zusammenarbeit	DHE 'WI(prozess zur Belas-
Handhabuna von organisatorischen Rahmenbedin-	GESUNDHEITS NZ-ENTWICKL	tungsreduktion
Oualitätsarbeit	G TEN	Integration in den
Handhabung von Beanspruchungen (emotionale Beanspruchungen, Stressbewältigung, Fitness etc.)	KOMPE	Arbeitsalltag

Die Entwicklung von Gesundheitskompetenz wird als 3-phasiger Lernprozess angesehen:

- In einem ersten Schritt werden die Methoden der Gesundheitshebel und des Problemlösungsprozesses erlernt und zudem die partizipative Vorgehensweise durch die Analyse aktueller Belastungssituationen in Dialogseminaren unterstützt.
- 2. Dann geht es um die Implementierung und organisatorische Einbindung der Vorgehensweise in den Arbeitsalltag durch regelmäßige (ursprünglich Problemlösungs-, dann Entlastungstreffen). Diese Treffen finden überwiegend intraprofessionell innerhalb des Pflegeteams statt und teilweise interprofessionell mit anderen Berufsgruppen (z. B. Ärzte, weitere Funktionsbereiche). Während der ersten Treffen ist ein Präventionscoach anwesend, um bei ggf. auftretenden Unsicherheiten unterstützend einzugreifen.
- In einem abschließenden Schritt soll sich das selbständige präventive Arbeiten auf der Station verstetigen und eine Rückkopplung und nachhaltige Verankerung des Präventionserfolges mit einer Gesundheits-Scorecard stattfinden, die im Projekt entwickelt wurde¹¹.

(vgl. North u. a., 2008, S. 73f)

^{10 (}vgl. interne Projektunterlagen: "Die Messung von Gesundheitskompetenz im Projekt "3P-Partizipative Prävention jn der Pflege"" vom 06.02.2008, S. 6)



2.3 Vorgehen

In Grundzügen war das Interventionsvorgehen in 2 Phasen geteilt: Von September 2006 bis September 2007 fand eine Entwicklungs- und Erprobungsphase des Konzeptes mit einer Modellstation des Alice-Hospitals – als einem Belegkrankenhaus – statt. Von Herbst 2007 bis Mitte 2009 fand dann im zweiten Schritt die Konzeptmodifikation und -erprobung erst auf einer Modellstation der chefarztgeführten Kinderklinik und mittlerweile auf fast allen Stationen der Kinderklinik statt. Die Abbildungen 1-9 im Anhang zeigen das geplante und in Grundzügen realisierte Interventionsvorgehen im Einzelnen. Als Einschränkung ist allerdings darauf zu verweisen, dass die Projektaktivitäten, sowohl die Schulungsseminare als auch die Einübung der Problemlösungs- /Belastungslösungsprozesse noch nicht abgeschlossen sind und die Indikatoren der Scorecard sich noch in einem von allen als vorläufig angesehenen Teststadium befinden.



3 Der Evaluationsauftrag, das Evaluationskonzept und die Hauptfragestellungen

3.1 Der Evaluationsauftrag

Im Rahmen des 3P-Projektes übernimmt das Hessische Institut für Pflegeforschung als Unterauftragnehmerin der Interventionsverantwortlichen der FH Wiesbaden die Evaluation. Grundlagen hierfür sind die Arbeitspakete 4.1 bis 4.5 aus dem Projektantrag. Die Arbeitspakete umfassen danach folgende Inhalte:

- 1. Herunterbrechen von übergreifenden Zielen in konkrete Teilziele und entsprechender Resultate innerhalb der einzelnen Arbeitspakete in Zusammenarbeit mit der Interventionsgruppe.
- 2. Prozessbegleitung: Operationalisierung und Umsetzung des erarbeiteten Evaluationskonzeptes. Beachtet werden sollen dabei auch Kriterien der Nachhaltigkeit.
- 3. Teilnahme an Supervisions-Workshops: Alle Akteure der Präventionskette sind vertreten.
- 4. Periodische Berichterstattung: nach den Supervisions-Workshops wird eine schriftliche Berichterstattung erwartet, die partizipativen Charakter aufweisen soll, d. h., die Ergebnisse sollen den Mitarbeitern auf Station zugänglich gemacht werden.
- 5. Abschluss-Evaluation: Wirksamkeits- und Nachhaltigkeitsanalyse mit ggf. Anregung zur weiteren Verstetigung viel versprechender Resultate.

3.2 Das Evaluationskonzept und die Hauptfragestellungen

Aufbauend aus dem Evaluationsauftrag, den Zielen der Interventionsgruppe¹² und dem geplanten Aufbau des Projektes beschäftigt sich die Evaluation mit 5 zentralen Fragestellungen:

- 1. Wie wird das Konzept "Gesundheitskompetenz" konzeptionell gefasst?
- 2. Wie wird der partizipative Ansatz zur Förderung der Gesundheitskompetenz der Pflegenden im Projekt umgesetzt?
- 3. Trägt das Interventionskonzept zur Förderung/Entwicklung der Gesundheitskompetenz der Pflegenden bei? Welche Wirkungen auf die Zielgruppe lassen sich feststellen?
- 4. Welche Maßnahmen werden zur Verstetigung der Projektergebnisse getroffen?
- 5. Scorecard: Über welche Zielindikatoren wird die Wirkung der Gesundheitskompetenz abgebildet?

¹² vgl. Projektantrag, S. 1



Der Auftrag und die Fragstellungen erfordern zwei kombinierte Evaluationsstrategien:

- 1. Formative Evaluationselemente, mit fortlaufender beratender Prozessbegleitung während der Konzeptentwicklung und -implementation sowie während der Modifikation der Schulungskonzepte und während der Verstetigungsplanung. Hier erfolgte jeweils eine Rückmeldung von Evaluationsergebnissen im Rahmen von zeitnahen Feedbackschleifen an die Akteure.
- 2. Summative Evaluationselemente, mit einer weitestmöglichen Wirkungsanalyse des entwickelten Konzeptes mittels Methoden der empirischen Sozialforschung.

Die folgende Abbildung 4 fasst die zentralen Evaluationsaktivitäten anhand der für eine Evaluation üblichen Projektphasen (Rossi et al. 2004) zusammen und verweist auf die jeweils hauptsächlich bearbeiteten Fragestellungen. Abbildung 5 zeigt die Chronologie der Umsetzung der Evaluationsmaßnahmen. Da die eingesetzten Erhebungsmethoden oftmals summative und formative Elemente enthielten, sind sie in der Abbildung 6 beiden Evaluationsstrategien zugeordnet.

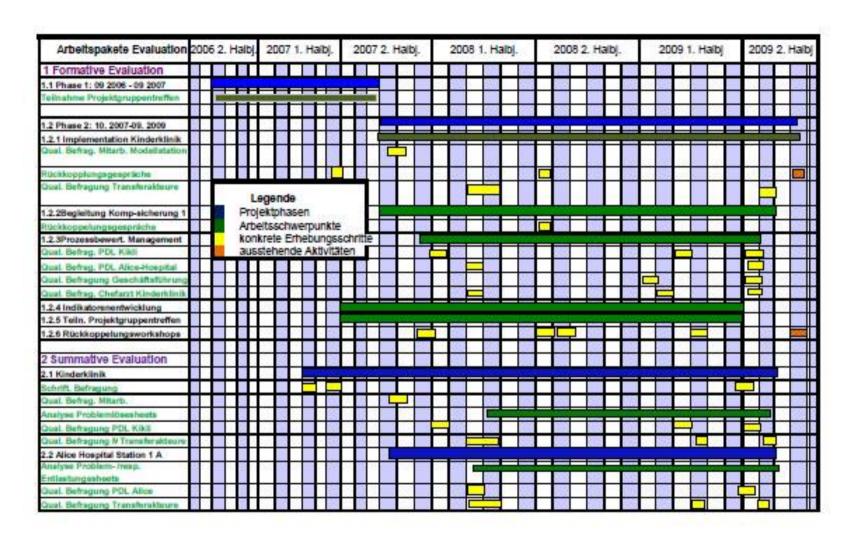


Abbildung 4: Projektphasen, Evaluationsstrategien, Leitfragen und Instrumente

Projektphase	Evaluations- strategie	Leitfragen	Methodische Instrumente
Evaluation der Ausgangsprobleme	summativ	1. Wie ist der Bedarf im Untersuchungsfeld einzuschätzen, d. h. wie und wodurch sind die Pflegekräfte belastet, wie gehen sie vor, um Belastungen zu senken /zu vermeiden und ihre Gesundheit zu stärken?	 schriftliche Befragung der Interventionsstation und der gesamten Kinderklinik Qualitative Interviews mit 4 Mitarbeiterinnen der Interventionsstation
Programmtheorie: theore- tische/methodische Be- gründung des Projektvor- gehens	formativ	 Wie sieht das Interventionskonzept aus, d. h. welche theoretischen Wirkannahmen liegen ihm zugrunde? Was will die Intervention erreichen? Ist dies passgenau für die Belange und die Situation des Untersuchungsfeldes? 	 Diskussion in internen Projektgruppentreffen Qualitative Interviews mit Transferakteuren Teilnahme an Rückkopplungsworkshops 3.2.1
Prozessbegleitung und - bewertung	formativ summativ	Ist das Implementationsvorgehen passend für die Ausgangssituation und Gegebenheiten des Untersuchungsfeldes?	 Diskussion in internen Projektgruppentreffen Qualitative Interviews mit beiden PDLs, dem geschäftsführenden Chefarzt der Kinderklinik und dem Geschäftsführer des Alice-Hospitals Rückkopplungsgespräche mit Interventionsstation Qualitative Interviews mit Transferakteuren Analyse von Problemlösungssheets Rückkopplungsworkshops mit Interventionsteam
Überprüfung der Projekt- ergebnisse und Versteti- gung	summativ	 Was hat die Intervention bewirkt? Sind die Wirkungen die angestrebten? Sind weitere Wirkungen feststellbar? Gibt es Maßnahmen zur Sicherung der Nachhaltigkeit? Welche Indikatoren werden für die Gesundheitsscorecardentwicklung genutzt und wie wird diese im Haus bewertet? 	 Partielle Mitdiskussion bei der Indikatorenentwicklung für die Scorecard Schriftliche Befragung der Interventionsstation und der restlichen Kinderklinik Analyse der Problemlösungssheets Qualitative Interviews mit Transferakteuren Qualitative Interviews mit beiden PDLs, dem geschäftsführenden Chefarzt Kinderklinik und dem Geschäftsführer des Alice-Hospitals
Kosten-Nutzen-Analyse		Nicht Teil der Evaluation	



Abbildung 5: Chronologische Übersicht über das Evaluationsvorgehen





Das Evaluationskonzept musste sich aufgrund des Wunsches der Auftrag gebenden Interventionsgruppe und der Verantwortlichen der Projekteinrichtung auf die angegebenen Methoden und Erhebungen begrenzen. Weitere Datenerhebungen und intensiverer Feldkontakt wie z.B. Interviews mit ärztlichen Mitarbeitern und Belegärzten und insbesondere die Durchführung geplanter teilnehmender Beobachtungen zur Überprüfung der Funktionalität der Problemlösungen wurden vor dem Hintergrund zusätzlich befürchteter Belastungen der (Stations-) Mitarbeiterinnen abgelehnt.

Auch das ursprünglich geplante quasi-experimentelle Design mit Multimethodenansatz konnten nicht realisiert werden. Entsprechend erforderliche T1-Erhebungen bei Kontrollgruppen konnten aufgrund von Bedenken der Interventionsgruppe nicht vor Beginn der weiteren Interventionsaktivitäten durchgeführt werden, sodass mit Wegfall der Kontrollgruppe nunmehr ein Pretest-Posttest-Design mit weitgehend qualitativem Multimethodenansatz vorliegt. Auch wenn diese Veränderung im Design eine Reduktion der Aussagekräftigkeit der Daten, insbesondere der schriftlichen Befragung nach sich zieht, lässt der Multimethodenansatz dennoch begründete Rückschlüsse auf interventionsbezogene Veränderungen zu. Davon unberührt bleibt die Aussagekraft der Bewertungen der beteiligten Akteure.

Die zentralen Ergebnisse der Datenerhebungen werden im Folgenden vorgestellt.

Nach einem ersten Überblick über die im Rahmen der formativen Projektbegleitung gewonnenen Erkenntnisse (Kap. 4.1) folgen die zentralen Ergebnisdarstellungen aus den einzelnen Teilerhebungen.

Die im Zwischenbericht bereits dargelegten Evaluationsergebnisse der ersten Entwicklungsphase werden hier nicht mehr en detail aufgeführt, sondern gehen als Hintergrund und Vergleichsgrößen in die Bewertung der hier kommentierten Daten ein.

Die zusammenfassenden Schlussfolgerungen (Kap. 5) binden die Einzelergebnisse der verschiedenen Datenerhebungen der summativen und formativen Evaluationsstrategien zusammen und geben Ausblick auf einen Gesamteindruck der – z.T. noch im Umsetzungsprozess befindlichen - Projektaktivitäten.



4 Ergebnisse der Evaluation

4.1 Formative Prozessbegleitung

Wie Abbildung 5 zeigt, findet die formative Evaluation durchgehend von September 2006 bis zum Projektende im Sommer 2009 statt.

In der <u>ersten Projektphase</u> (September 2006 bis September 2007) haben die Evaluatoren in einer ersten Instrumenten- und Projektentwicklungsphase an 12 internen Projektsitzungen teilgenommen, mit aktiven Diskussionsbeiträgen und einigen schriftlichen Kommentaren zum Vorgehen und zu konzeptionellen Inhalten der Intervention. Hinzu kam die aktive regelmäßige Teilnahme an den monatlichen Treffen der z. T. erweiterten Steuerungsgruppe.

Für die Evaluationsgruppe blieb hier vor allem Klärungsbedarf zur Reichweite des Konzeptes und der Interventionen zur Gesundheitskompetenz offen, z.B. zur Frage, ob damit auch Elemente der Verhältnisebene oder allein Elemente der Verhaltensebene angesprochen werden sollen. Die Begrifflichkeit dieser Zielgröße wechselte mehrfach im Projekt zwischen Präventions- und Gesundheitskompetenz, ohne dass die inhaltlichen Implikationen hinreichend transparent wurden.

Zudem standen Fragen der Übertragung eines Ansatzes, der zuvor für andere Arbeitsfelder entwickelt wurde und im Anfang wenig auf die spezifischen Konstellationen der Berufssituation der Pflege (in einem Belegkrankenhaus und einer chefarztgeführten Klinik) zugeschnitten war, im Fokus der Diskussion.

Diese Uneindeutigkeit konnte bis zum Schluss nicht völlig aufgelöst werden, wie auch die Interviewauswertungen der verschiedenen Gruppen (s.u.) zeigen werden. Darüber hinaus blieben Fragen offen, die sich auf das partizipative Vorgehen und dessen Umsetzung im Projekt bezogen. Wann sollten welche Leitungen einbezogen werden, welche operativen Einflussmöglichkeiten haben Mitglieder der Interventionsgruppe Mitarbeiterinnen des Hauses gegenüber? Wie weit geht die Reichweite der stationsinternen Problemlösungen?

Einige dieser Schwierigkeiten lagen sicherlich darin begründet, dass im Haus zu Beginn unterschätzt wurde, was es bedeutet, an einer Konzeptentwicklung mitzuarbeiten und nicht die Rolle der Umsetzer fertiger Vorgaben einnehmen zu können.

Zur Plausibilität des Konzeptes von fünf Gesundheitshebeln ergab sich vor allem aus Gesprächen mit Mitarbeiterinnen für die Evaluatoren die Frage nach der Begründung des Ausschlusses eines sechsten "Qualitätshebels" in den Schulungen, der im ursprünglichen Konzept der Interventionsgruppe enthalten war. Der Ausschluss dieses Hebels in der Praxis lag wohl vor allem darin begründet, dass das Verständnis dieses Hebels im Haus weitgehend mit dem Ausfüllen formaler "Abhaklisten" konnotiert war – und so in diesem Zusammenhang wenig attraktiv erschien. Ein anderes Qualitätsverständnis konnte im Projekt nicht mehr vermittelt werden.



Als gut vermittelbar erwiesen sich hingegen die eingeführten Problemlösungsprozesse, deren Grundstruktur für alle schnell erlernbar war und nach einigen Modifikationen in der Dokumentation auch gut akzeptiert wird.

Diese Ergebnisse waren Gegenstand der Zwischenberichterstattung und zweier Rückmeldeworkshops mit allen Beteiligten. Sichtbar wurden erste Umsetzungsprobleme im Rahmen der Problemlösungssystematik. Diese bezogen sich auf: Das Verhältnis von Themenwahl und Problem, das Verhältnis von Problem und Lösungsvorstellung sowie auf Fragen nach der alltagstauglichen Realisierbarkeit und langfristigen Entlastungsfunktion der Problemlösungsstrategien.

Nachdem die vorläufige Konzeptentwicklung im Rahmen der Dialogseminare auf der Entwicklungsstation des Alice Hospitals zu einem ersten Abschluss gekommen war, ging es dort in der nächsten Phase um die Festigung des Kompetenzerwerbs bei den Pflegenden. Dazu wurden die entwickelten Problemlösungsprozesse in den Pflegeteams weitergeführt. Die formativen Evaluationstätigkeiten beschränkten sich dabei vorrangig auf eine diskursive Begleitung der Implementation, soweit sie von der Interventionsgruppe und der Geschäftsführung zugelassen wurde. Ein Versuch der Interventionsgruppe auf Wunsch der Pflegenden die Belegärzte mit in die Problemlösungsprozesse einzubeziehen wird kurzzeitig praktiziert, dann aber bald abgebrochen. Dies geht einher mit einer Klärung der Reichweite der Projektaktivitäten seitens der Klinikleitung: es wird beschlossen, die in den interprofessionellen Problemlösungsprozessen angesprochenen Strukturprobleme nicht zum weiteren Projektgegenstand zu machen.

Damit enden die Projektaktivitäten auf der Entwicklungsstation, auf der gerade die engagierten Mitarbeiterinnen zu Teilen enttäuscht und in ihre Schranken verwiesen zurückbleiben. Zwei von ihnen werden im Folgenden zu "Transferakteuren" fortgebildet und engagieren sich maßgeblich bei der Einführung von Dialogseminaren und Problemlösungsprozessen in der Kinderklinik. Beide sind bis zum Projektende und aller Wahrscheinlichkeit nach darüber hinaus aktiv.

In der **zweiten Projektphase** nehmen die Evaluatoren ebenfalls an den monatlichen Projektsitzungen teil und präsentieren periodisch Zwischenergebnisse der Erhebungen.

Eine neue wissenschaftliche Mitarbeiterin der Interventionsgruppe begleitet nun das Projekt, der Schwerpunkt liegt auf Transferaktivitäten. Das auf der Modellstation des Alice Hospitals (Belegarztsystem) entwickelte Konzept soll nun in das Setting einer zweiten Erprobungsstation der Kinderklinik (Chefarztsystem und spezifische Bedingungen der Kinderkrankenpflege) übertragen werden. Hierbei kommt es zu erheblichen Reibungsverlusten, weil die Frage der Freiwilligkeit der Teilnahme für die Mitarbeiterinnen der mit Interaktionskonflikten belasteten Modellstation im Vorfeld nicht für alle hinreichend klar geregelt war. Nach ausdrücklicher Leitungsintervention entschließt sich die Modellstation im Januar 2008 dann zu einer verzö-



gerten Weiterarbeit in langsamerem Tempo und mit abgespeckten Konzepten. Die zuvor konzeptionell weitgehend offene Frage, ob die Veränderung belastender Rahmenbedingungen im Zusammenspiel der Berufsgruppen zum Problemlösungsthema werden soll, wird nun eindeutig verneint. Interdisziplinäre Problemlösungsprozesse im Rahmen des Projektes werden nicht angedacht. Zudem werden nun nach hausinternen Klärungsprozessen und der nach übereinstimmender Rückmeldung aller Praxisbeteiligten, die Schulungskonzepte deutlich abgespeckt. Eine Arbeitsgruppe zur Gestaltung des Transfers wird gebildet, der Projektmitarbeiter der Interventionsgruppe, die hausinternen Bildungsbeauftragten, die PDL der Kinderklinik, die beiden Transferakteurinnen der Modellstation des Alice-Hospitals und Mitarbeiter der ersten Modellstation der Kinderklinik angehören. Seit Januar 2008 finden nun Kurzschulungen für die StationsmitarbeiterInnen statt, fast alle Stationen beteiligen sich nun (vgl. Auswertung der Problemsheets, die gegen Ende des Projektes "Entlastungssheets" genannt wurden). Die Schulungen dauern an und werden zurzeit sehr unterschiedlich angenommen. Periodische Nachschulungen werden angeboten, um die Mitarbeiterinnen möglichst breit zu erreichen. Hausinterne Überlegungen gehen in die Richtung, im Rahmen der Schulungen nun auch fachliche und organisatorische Inhalte anzusprechen – und so in hausinternen, weiterführenden Konzeptadaptionen den Projektfokus zu erweitern.

Am zweiten Diskussionsschwerpunkt dieser zweiten Projektphase, der Entwicklung von Scorecardindikatoren, wurde die Beteiligung der Evaluationsgruppe nur sehr partiell vorgesehen. Die Interventionsgruppe hat in Zusammenarbeit mit den hausinternen Verantwortungsträgern eine vorläufige Form entwickelt, die sich auf der Modellstation der Kinderklinik auch im Test befindet. Die Bewertung der Akteure fällt zum jetzigen Zeitpunkt in der Mehrzahl jedoch noch eher ablehnend aus.

Als Fazit dieser Form der Prozessbegleitung lässt sich zum Zeitpunkt des Berichtes folgendes festhalten:

Das Interventionsvorgehen stellte für alle Beteiligten eine große Herausforderung dar:

Die Interventionsgruppe stieß bei der Konzeptentwicklung und Umsetzung auf für sie unerwartete feldspezifische Besonderheiten, was sich vor allem auf die positional hierarchische Eingebundenheit der Pflege, ihre konkreten Arbeitsaufgaben und ihren Umgang mit dem Erwerb und Ausprobieren neuer Konzepte bezog. Die Offenheit im Feld musste im Laufe der Konzeptentwicklung und Erprobung erst mühsam erarbeitet werden. Die, wenn auch verspätete, Einbeziehung der Pflegedienstleitungen erwies sich in beiden Häusern als erforderlich, auch wenn nach wie vor – erwartungsgemäß - nicht in allen Teilen des Feldes die für die gemeinsame Lösung von Problemen gewünschte Offenheit erreicht ist.

Als äußerst hilfreich und schnell erlernbar wurde hingegen der Ansatz der Problemlösungsprozesse vermittelt und als Systematik akzeptiert. Hier liegt sicher ein zentraler – hoffentlich



bleibender Gewinn für die Mitarbeiter, wenn es gelingt, diese Systematik regelhaft zu verankern und auch auf bedeutsamere Probleme zu richten (s.u.). Aus Sicht der Evaluation ist es jedoch erforderlich, die Inhalte der Problemlösungen im Weiteren zu reflektieren, was jedoch nicht Gegenstand des Projektes war. Empfohlen wird dies vor allem unter zwei Gesichtspunkten. Zum einen unter der Frage des systematischen Gesundheitsbezuges der Problemlösungen und im Hinblick auf die Frage einer effizienten Themen- und Strategiewahl, mit denen es gelingt, die "wirklichen" Probleme zu bearbeiten und nicht in zum Teil vorsichtig gewählten organisatorischen "Kleinproblemen" untergehen zu lassen.

Trotz vieler Modifikations- und Konkretisierungsaktivitäten konnte die konzeptionelle Unschärfe des Gesundheitskompetenzansatzes bis zum Schluss nicht völlig aufgehoben werden. Die Bedeutung der Gesundheitshebel für die Problemlösungen / bzw. als Instrumente zum Erkennen und Lösen von Belastungssituationen ist bis zum jetzigen Zeitpunkt ebenfalls nicht unwidersprochen.

Vor allem nach Rückschnitt der Projektinterventionen auf die Verhaltensebene der Mitarbeiter reagierten die Pflegenden der ersten Modellstation zum großen Teil mit Enttäuschung ihrer anfänglichen Aufbruchstimmung. Die Kinderklinik als Transfereinrichtung hingegen profitiert von der nun bestehenden klaren Konzepteingrenzung und Rollenklärung der Akteure.

Die Entwicklung der Scorecard wurde maßgeblich vom Interventionsteam betrieben und stößt bislang im Haus noch überwiegend auf Skepsis im Hinblick auf ihre Praktikabilität und den zusätzlichen Erkenntnisgewinn.

Als ausgesprochen engagiert und hilfreich erlebten alle Beteiligten die Interventionsgruppe bei der Unterstützung der Öffentlichkeitsarbeit zum Projekt. Neben öffentlichkeitswirksamen erfolgreichen Tagungen stand am Ende der Gewinn eines Preises.

Für die Mitarbeiter des Hauses, gleich welcher Hierarchiestufe, lag die Herausforderung vor allem darin, sich erstens auf eine erheblich aufwendigere als erwartete Konzeptentwicklung mit offenem Ausgang einzulassen und zweitens schrittweise ein partizipatives Vorgehen zu erproben. Angeschnitten wurden mit dem Projekt Fragen nach Grenzverläufen zwischen den Hierarchieebenen. Dazu werden weitere Diskussionen hausintern geführt. Die ursprünglich ökonomisch (mit)motivierte Projektbeteiligung einiger Leitungen geriet zugunsten inhaltlicher Überlegungen stark in den Hintergrund.



4.2 Interviews mit den Leitungsverantwortlichen

Als Leitungsverantwortliche werden hier die beiden Pflegedienstleitungen der beteiligten Kliniken, eine als zusätzliches Mitglied der Geschäftsleitung, der Geschäftsführer des Alice Krankenhauses und der geschäftsführende Chefarzt der Kinderkliniken Prinzessin- Margret verstanden (n = 4).

Die Entwicklung ihrer Perspektiven im Laufe der Projektarbeit wird etwas ausführlicher dargestellt, um ihrer Stimme als Steuerungsverantwortliche, sowohl für den Projektverlauf als auch für die Ergebnisbewertung und die Verstetigung der Projektergebnisse deutlich Gewicht zu verleihen.

Von Beginn der Projektlaufzeit (September 2006) an, waren der Geschäftsführer und der geschäftsführende Chefarzt in den Lenkungskreis eingebunden. Die Beteiligung der beiden Pflegedienstleitungen erfolgte nach 6-8 Monaten Projektlaufzeit. Allerdings ist die hausinterne Projektkoordinatorin in einer ihrer Teilfunktionen ebenfalls Stellvertreterin der PDL des Alice Hospitals. Sie war von Beginn an eingebunden und war das motivierende Bindeglied zwischen der Praxis und der Interventionsgruppe. Nach Beendigung des Projektes im Alice Hospital, hat sie als Fortbildungsbeauftragte maßgeblich die Koordinations- und Entwicklungsarbeiten am modifizierten Transferkonzept für die Kinderkliniken übernommen. Der Betriebsratsvorsitzende war ebenfalls von Beginn an eingebunden und hat den Gesamtprozess im Sinne der Projektideen jederzeit begleitet und sehr fördernd unterstützt.

Erst nach Beendigung der Entwicklungsphase der Projektinterventionen im August 2008, werden die pflegerischen und medizinischen Leitungsverantwortlichen offiziell und strukturiert zur expliziten und aktiven Unterstützung eingebunden. Im Rahmen einer zu diesem Zeitpunkt gegründeten Transfer AG (Mitglieder: Fortbildungsbeauftragte, Betriebsrat, Projektmitarbeiterin der Interventionsgruppe, Öffentlichkeitsbeauftragter, zwei geschulte Transferakteure, Mitarbeiter der erstem Modellstation der Kinderklinik), die maßgeblich von der Fortbildungsbeauftragten und Projektkoordinatorin des Hauses koordiniert wird, wirkt nun die PDL der Kinderklinik von diesem Zeitpunkt an aktiv an der Anpassung und Modifikation des im Alice-Hospital entwickelten Konzeptes für die nun erfolgenden Transferschulungen in der Kinderklinik mit.



4.2.1 Befragungszeitpunkte und Frequenz

Die Interviews mit den Leitungsverantwortlichen wurden zu folgenden Zeitpunkten durchgeführt:

	T 1	T2	Т3
1. PDL Prinzessin Margret Kinderklinik:	29.1.08	3.2.09	22.7.09
2. GF Chefarzt Prinzessin Margret Kinderklinik:	26.3.08	4.2.09	23.7.09
3. PDL Alice-Hospital	27.3.08		11.8.09
4. Geschäftsführer Alice-Hospital		30.10.08	22.7.09

Die Leitungen der Kinderklinik wurden zu allen drei Zeitpunkten befragt.

Die Leitungen des Alice-Hospitals wurden zu zwei Zeitpunkten befragt:

- Die PDL zu Beginn ihrer offiziellen Einbeziehung in die Steuerungsgruppe des Projektes und am Ende der Projektlaufzeit.
- Der Geschäftsführer, mit dem engsten Kontakt zum Projektteam, zum ersten Mal im Herbst 2008, als nach der Entwicklungsphase der Interventionen die Entscheidung gefallen ist, keinen flächendeckenden Projekttransfer im Alice-Hospital vorzunehmen sowie am Ende der Projektlaufzeit. Das erste Interview hatte deutlich retrospektive Anteile und gibt seine Position zum ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt wieder.

Die verschiedenen Interviewzeitpunkte nehmen Bezug auf die unterschiedlichen Entwicklungsphasen des Projektes.

Zum ersten Zeitpunkt im frühen Jahr 2008 standen Grundzüge der Projektinterventionen fest, eine erste Erprobung auf der Entwicklungsstation im Alice-Hospital hat stattgefunden und die Einbeziehung einer weiteren Station in den Kinderkliniken zur Konzepterprobung und - modifikation hat begonnen. In dieser Projektphase waren die Leitungsverantwortlichen erstmalig mit den konkreten Projektinterventionen konfrontiert.

Zum zweiten Interviewzeitpunkt, im Frühjahr 2009, lagen erste Erfahrungen mit der Umsetzung des Projektkonzeptes auf einer Modellstation in der Kinderklinik vor, so dass erste Prozessbewertungen und Empfehlungen für die Weiterarbeit und den Transfer auf weitere Stationen in der Kinderklinik möglich waren. Zu diesem Zeitpunkt haben sich 4 Stationen explizit zur Weiterarbeit bereiterklärt, bzw. an einem Transfer der Projektinterventionen Interesse gezeigt. Die Psychosomatik hat einige Male partielle Problemlösungsverfahren erprobt, bleibt aber ansonsten bei ihrem Projekt unabhängig begonnen Kommunikationsverbesserungsprozess. Im Alice-Hospital wurde der Transfer vorerst ausgesetzt, die Modellstation arbeitet in größeren Abständen bei Bedarf mit der erlernten Methodik weiter.

Der dritte Erhebungszeitpunkt markiert das Ende der extern begleiteten Projektlaufzeit. Die Projekterfolge sind öffentlichkeitswirksam aufbereitet, eine Informationsveranstaltung unter



Beteiligung der Hessischen Krankenhausgesellschaft mit guter Teilnehmerzahl hat stattgefunden, externe Fortbildungsangebote des Hauses zum Gesundheitscoach sind ausgeschrieben. Intern stehen nun ein Resümee an und Entscheidungen über Verstetigungsmaßnahmen.

4.2.2 Themenblöcke der Interviews und Auswertung

Zu allen Interviewzeitpunkten standen die folgenden Hauptfragen im Zentrum des Erkenntnisinteresses. Sie wurden als offene Leitfragen den Interviewpartnern vorgetragen und durch Nachfragen ergänzt. Die Zeitdauer der Interviews schwankte zwischen 30 Minuten und zwei Stunden.

- 1. Welche Ziele verbinden die Leitungsverantwortlichen mit dem Projekt?
- 2. Wie bewerteten die Leitungsverantwortlichen das Projektvorgehen?
- 3. Wie bewerten die Leitungsverantwortlichen den inhaltlichen Projektfokus?
- 4. Wie bewerten die Leitungsverantwortlichen den Projektstand/ die Projektresultate?
- 5. Welche Empfehlungen geben die Leitungsverantwortlichen für den weiteren Projektverlauf und Transfer?
- 6. Welche Verstetigungsaktivitäten haben sie eingeleitet/konkret geplant?
- 7. Wie sehen sie Ihre Rolle im Projekt und in der Verstetigung der Aktivitäten?

Die folgende Ergebnisdarstellung orientiert sich an diesen Hauptfragen der Interviewleitfäden und dokumentiert die zentralen Sichtweisen der Befragten zu den einzelnen Themenblöcken im Zeitverlauf. Die Auswertung der Antworten erfolgt dabei im Rahmen einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse (Mayring 2002) und lehnt sich in der Paraphrasierung möglichst nah an den Originalaussagen der Beteiligten an. Wir danken den Leitungsverantwortlichen für die Offenheit und das Vertrauen in den Gesprächen und hoffen die Ergebnisse so zu beschreiben, dass zum einen die zentralen Aussagen, die den Einzelnen wichtig waren, gewahrt bleiben, jedoch ein Rückschluss auf die jeweilige Person nicht möglich ist.

4.2.3 Ergebnisse

Zur Auswertung liegen 10 Interviews vor, die auf drei signifikante Projektzeitpunkte Bezug nehmen. Um die im Rahmen der Evaluation zugesicherte Anonymität der Befragten sichern zu können, werden im Weiteren deren Aussagen als gemeinsame "Leitungsperspektive" zusammengefasst dokumentiert, gleichwohl positionale Unterschiede sich auch in durchaus verschiedenen Bewertungen niederschlagen.



Vorweg lässt sich konstatieren, dass alle Leitungen die verhaltensbezogenen Projektaktivitäten der Mitarbeiter uneingeschränkt unterstützt haben. Im Hinblick auf Maßnahmen zur Verhältnisprävention sehen sie jedoch unterschiedlich weitreichende Erfordernisse und signalisieren differenzierte Unterstützung.

4.2.3.1 Zeitpunkt T1 (Anfang 2008)

Zu diesem Zeitpunkt herrschte noch weitgehend Unklarheit über die spezifische Zielrichtung der Projektinterventionen, sie befanden sich in Entwicklung. Beteiligt waren: eine hausinterne Steuerungsgruppe, in der von Beginn an zwei der Leitungen involviert waren sowie die Mitarbeiter der Modellstation des Alice-Hospitals.

Generell lassen sich die Haltungen der Leitungen zu diesem Zeitpunkt als hoffnungsvoll, abwartend charakterisieren. Erwartungen und Befürchtungen wurden eher grundsätzlich beschrieben und griffen "immer schon" wahrgenommene aber schwer realisierbare Wünsche und Erfordernisse zur Bearbeitung von "bekannten" Motivations- und Eigenständigkeitsdefiziten der Mitarbeiter, z.T. verbunden mit positiven ökonomischen Effekten auf. Informationsdefizite und Unsicherheiten hinsichtlich erwarteter Rollenmuster und angestrebter Projektschwerpunkte werden artikuliert. Die Mitglieder der Interventionsgruppe werden in ihrem Vorgehen, ihren Ansprüchen und Zielen als noch diffus, als heterogen und mit unklarer Weisungsbefugnis erlebt.

1. Perspektiven zu den Projektzielen

Zu Beginn des Projektes waren die Zielvorstellungen der Leitungen noch verhalten, wenig spezifisch. Sie verleihen ihrer Unsicherheit Ausdruck, nicht genau zu wissen "worauf das Projekt hinauslaufen soll". Ihre Erwartungen bezogen sich weitgehend auf vier zentrale allgemeine Aspekte der Arbeitssituation für die Pflege.

- a) Entwicklung von Gesundheitskompetenz bei Pflegenden: Gemeint ist damit vorrangig die Verbesserung der Möglichkeiten der Pflegenden zum Stressabbau und die Verminderung von Krankheitstagen.
- b) **Die Verbesserung der Arbeitseinstellung**: Im Blick liegt vorrangig die Verbesserung der Artikulationskompetenz und Eigeninitiative bei Innovationen sowie bei der Lösung organisatorischer (Arbeitsabläufe) und personeller Probleme (z.B. Personalengpässe), ohne die Leitung schnell einzuschalten.

Das Projekt wird als Chance gesehen, hierfür passgenaue Schulungs- und Fortbildungserfordernisse der Stationsmitarbeiter aber auch des mittleren Managements zu identifizieren und zu leisten.



- c) Verbesserung des wirtschaftlichen Erfolgs: Dieses Votum sieht hier das wichtigste Ziel.
- d) **Skepsis an emanzipatorischen Zielen:** Die Hälfte der Befragten äußert massive Skepsis, ob die genannten Ziele mit dem angedachten Projekt erreichbar seien. Sie sehen die Gefahr, dass in der Projektanlage eher "äußere" Marketingerfolge, als "interne" Verbesserungen im Fokus liegen.

2. Perspektiven zum Projektvorgehen

Nach den Anfangserfahrungen standen sieben Themen im Vordergrund, die sich aus den bisherigen Erfahrungen während der Entwicklungsphase des Projektes ergaben:

- a) Verzögerte Einbeziehung der beiden PDLs in das Projekt: Verbunden war dies mit einem persönlichen Informationsdefizit und der Schwierigkeit motivierend auf die Teilnahmebereitschaft der eigenen Mitarbeiter einwirken zu können.
- b) Freiwilligkeit der Teilnahme der Stationsmitarbeiter: Alle Leitungen thematisieren die als problematisch gewertete Form der Teilnahmesicherung der Mitarbeiter; sie sahen sich im Spagat einerseits eine erforderliche "kritische Masse" von Mitarbeitern zur Teilnahme bewegen, andererseits aber die Zusicherung der Freiwilligkeit der Teilnahme einhalten zu müssen.
- c) Unklare und divergierende Partizipationsvorstellungen: Vor dem Hintergrund unklarer Projekterwartungen liegen die Perspektiven der Leitungen für ein angemessen partizipatives Projektvorgehen im Spektrum von Laissez-faire, Furcht vor sinkendem Einfluss, ungebrochenem Dirigismus und der Suche nach neuen Partizipationschancen für die Mitarbeiter.
- d) **Dialogseminare der Entwicklungsphase zu aufwendig:** Das wird von allen thematisiert.
- e) Skepsis, ob Problemlösungen die "wirklichen" Probleme im Arbeitsalltag erreichen: Die Mehrzahl stellt in Frage, ob in der angedachten Projektsystematik schwerwiegende Probleme wie Personalengpässe, kooperationshinderliche Teamkonflikte, etc. in den Blick genommen werden können.
- f) Problemlösungsformulare bedingt hilfreich: Sie gelten als einfach zu handhaben, jedoch ohne Anleitung im Umgang wird die Gefahr gesehen, dass zu viele kleine Probleme hochgespielt und gleichzeitig bearbeitet werden.
- g) Multidisziplinäre Ausrichtung und eine akademische Begleitung der Problemlösungssitzungen: Ein Votum sieht darin eine conditio sind qua non zur wirksamen Bearbeitung belastender Schnittstellen- und Hierarchiefragen.



3. Perspektiven zum inhaltlichen Fokus

Der inhaltliche Projektfokus stellt sich zum ersten Zeitpunkt für die Mehrzahl noch diffus dar. Die Grenze zwischen Verhältnis- und Verhaltensebene wird nur in einem Interview thematisiert.

- a) Förderung von Eigeninitiative der Mitarbeiter: Alle Leitungen messen diesem Fokus extrem hohe Bedeutung zu. Sie sehen darin vorrangig Entlastungspotential für die eigene Arbeit.
- b) **Strukturelle Probleme außerhalb der Reichweite:** Ein Votum stellt klar, dass diese, wie z.B. Personalengpässe, Schnittstellenprobleme zum ärztlichen Bereich, etc. mit dem Gesundheitshebelkonzept nicht bearbeitet werden können.
- c) Große Bedeutung für die Außendarstellung der Kliniken: Dies konstatieren alle,
 - allerdings mit sehr unterschiedlicher Bewertung.
- d) **Gesundheitshebel sind nützliche Hilfskonstrukte:** Sie helfen anderweitig bekannte Inhalte praxisnah zur Anwendung zu bringen ("Nicht Gesundheitshebel müssen gelernt werden, sondern Kommunikation").
- e) **Scorecard bleibt in Relevanz unklar**: Es ist den meisten unklar, welchen inhaltlichen Fokus und welche Relevanz die Scorecard als Controlling- oder Führungsinstrument haben könnte.

4. Perspektiven zu Projektresultaten

Zum jetzigen Zeitpunkt steht der Wunsch nach Alltagstauglichkeit im Vordergrund und unterstützende Absichtserklärungen die Umsetzungschancen im verhältnismäßig kleinen Haus gemeinsam zu fördern.

5. Empfehlungen zum weiteren Vorgehen/Transfer

Die Transferempfehlungen gründen zum jetzigen Zeitpunkt wiederum in allgemeinem Führungswissen der Leitungen und in ersten Erfahrungen mit den Instrumentenentwicklungen und -erprobungen auf der Modellstation im Alice-Hospital.

Im Vordergrund wurden gesehen:

- a) **Frühzeitig Leitungen einbeziehen:** Dies wünschen alle Leitungen auch wenn die gewünschte Intensität der inhaltlichen Beteiligung sehr unterschiedlich ist.
- b) Balance zwischen Freiwilligkeit und Verpflichtung finden: Genannt wird hier von allen das Erfordernis, im Vorfeld des Projektes klare Regeln zu setzen und auf eine "kritische Masse" an Teilnehmern zu achten.



- c) Das Transferkonzept muss Kommunikation in den Vordergrund rücken aber weniger aufwendig sein: Weniger die Gesundheitshebel, als vielmehr problemlösende Kommunikationsprozesse sollten gefördert und eingeübt werden, gewünscht wird geringerer zeitlicher Aufwand als die aus der Entwicklungsphase bekannten Schulungskonzepte erfordern.
- d) **Reichweite der Problemlösung klarstellen:** Ein Votum bezieht sich auf die auch für dieses Projekt noch erforderliche Klarstellung der Problemlösungskapazität der Intervention, "dass nicht Probleme aufgegriffen werden, die später nicht gelöst werden können".

6. Eingeleitete /konkret geplante Verstetigungen

Aufgrund des Bottom-up Ansatzes bestand anfänglich überwiegend die Hoffnung, dass "die Nachhaltigkeit" sich aus sich heraus entwickelt".

7. Eigene Rolle im Projekt / bei der Verstetigung

Die Mehrzahl der Befragten äußerte zum jetzigen Zeitpunkt Unsicherheiten / Ambivalenzen im Hinblick auf die im Projekt erwartete / zugewiesene Rolle im angestrebten, partizipativen Bottom-up Prozess.

Gleichwohl begründet jede Leitung aus ihrem persönlichen Führungsverständnis heraus, die jeweils eigene Unterstützungsstrategie.

4.2.3.2 Zeitpunkt T2 (Ende 2008 – Anfang 2009: Ende der Entwicklungsphase und erster Transfer)

Die Interviews zu diesem Zeitpunkt finden vor den folgenden wichtigsten Weiterentwicklungen des Projektes statt:

- Die Intervention im Alice-Hospital und erste Konzeptentwicklungen für den Transfer sind weitgehend beendet.
- Die Entscheidung ist gefallen, dort vorerst keinen Transfer auf andere Stationen vorzunehmen; interessierte Stationen k\u00f6nnen sich unter bestimmten Bedingungen bewerben.
- Die Entscheidung ist ebenfalls gefallen, Belegärzte nicht systematisch einzubeziehen.
- Die Mitarbeiter der Modellstation im Alice-Hospital sind weiterhin sehr engagiert, Problemlösungen auf ihrer Station voranzutreiben; sie sehen aber klar, z.T. mit Enttäuschung, die Grenzen ihrer Problemlösungsbemühungen, denn ihr Desiderat Kooperationsfragen mit den dortigen Belegärzten mit Leitungsunterstützung einzubeziehen, wird – sowohl aus konzeptionellen Gründen als auch aus ökonomischen Erwägungen der Leitung heraus- nicht systematisch in den Projektfokus eingeschlossen.



- Eine neue Projektmitarbeiterin des Interventionsteams soll im nun folgenden Arbeitspaket, die Erstellung eines Transferkonzeptes und dessen Umsetzung in der Kinderklinik betreuen.
- Die ursprünglich ausgewählte Projektstation in der Kinderklinik ist nach Ablehnungen und Zögern sowie nach darauffolgenden Leitungsinterventionen in reduzierter Besetzung zur Weiterarbeit bereit.
- Weitere Stationen in der Kinderklinik haben ihr Interesse an der Erprobung eines Transfers bekundet.
- Eine Transfer- AG befindet sich in Gründung, der neben der Projektmitarbeiterin des Interventionsteams, die Fortbildungsbeauftragte und interne Projektkoordinatorin, der Betriebsrat, der Öffentlichkeitsbeauftragte, die beiden Transferakteure sowie die PDL der Kinderklinik angehören. Dort wird gemeinsam ein kondensiertes Konzept zur Schulung der Gesundheitshebel und der Problemlösungsprozesse erarbeitet.
- Als prozessunterstützende Transferakteure in die Kinderklinik haben sich zwei besonders geschulte Mitarbeiter der Modellstation des Alice –Hospitals bereiterklärt; auf den Stationen der Kinderklinik wurden sog. "Paten" für die Durchführung der regelmäßigen Problemlösungstreffen und die Datensammlung für die Scorecard benannt und jeweils geschult und begleitet.
- Das Konzept der Gesundheitshebel und Problemlösungsprozesse wird bei Schülern im Rahmen des Ausbildungscurriculums erprobt.

Die Perspektiven, mit denen die Leitungen zum zweiten Zeitpunkt die erfragten Interviewthemen behandeln, sind ebenso durch ein erstes Resümee zur inhaltlichen Reichweite und zum formalen Vorgehen gekennzeichnet wie durch den Wunsch, für die bislang als gelungen angesehene Projektinterventionen günstige Transfer- und Verstetigungsbedingungen zu finden, aber auch für erkannte Schwierigkeiten Lösungen zu finden.

1. Perspektiven zu den Projektzielen

Zu Beginn des Projektes waren die Zielvorstellungen der Leitungen globaler formuliert, hoffnungsvoll und abwartend. Vor dem Hintergrund der bisherigen Erfahrungen und der Entwicklungen im Alice-Hospital werden sie nun konkretisiert und richten sich auf die Erprobung der Projektinterventionen in einem Chefarzt geführten Haus. Der Informationsstand der beteiligten Leitungen ist weiterhin heterogen. Im Mittelpunkt stehen konkretere Zielvorstellungen:

a) Entwicklung von neuen Rollenkompetenzen der Pflegenden: Alte Rollenbilder sollen durch die Übernahme eigenständiger Prozessverantwortung und der Kompe-



tenz zu Problemlösungen im Rahmen eigener Netzwerke abgelöst werden; abzielen möge dies auf Emanzipation und Entschärfung der Hierarchie.

- b) Begonnene Aktivitäten zur Kommunikationsverbesserung in der Kinderklinik systematisch aufgreifen und fortführen: Seit langem begonnene Prozesse zur Kommunikationsverbesserung und Vertrauensförderung sollen mit dem Interventionskonzept nun auf systematischere Füße gestellt werden.
- c) Schüler integrieren: Schüler sollen nun in der Ausbildung frühzeitig das Gesundheitshebelkonzept lernen, um selbständig Überlastungen vorbeugen zu können.
- d) Transferschulung muss sich auf größere Feldkenntnis stützen
- e) Festhalten am Ziel, Hierarchie- und Schnittstellenprobleme mit dem ärztlichen Dienst in der Kinderklinik besser als im Alice-Hospital bearbeiten zu können:

 Dies wird als Wunsch formuliert, der Prozess wird jedoch als ergebnisoffen gesehen.

2. Perspektiven zum bisherigen Projektvorgehen

Nach Abschluss der Entwicklungsphase werden bisherige Stärken und Schwächen analysiert und folgende Bewertungen vorgenommen:

- a) Top-Down Interventionen stärken: Die meisten Leitungskräfte sehen die Begrenzungen des bisherigen Bottom-up Ansatzes und wollen früher beteiligt sein: Ihr Wunsch/ ihre Absicht schwankt zwischen "klarer Steuerungsverantwortung übernehmen" bis hin zum Wunsch nach "mehr Information, um besser unterstützen zu können".
- b) Freiwilligkeit der Teilnahme in der Kinderklinik nur zum Teil gegeben: Es liegen ambivalente Einschätzungen vor, ob und wie sinnvoll es war, dass die Leitungen motivierend-steuernd auf die Teilnahmebereitschaft der Modellstation in der Kinderklinik eingewirkt haben.
- c) Zielerreichung durch Problemlösungsprozesse: Es wird sowohl Skepsis als auch Zuversicht geäußert, ob/ dass das Konzept der Gesundheitshebel und das Vorgehen bei den Problemlösungsprozessen geeignet sind, um Schnittstellenproblem zum ärztlichen Sektor zu bearbeiten; höherer Stellenwert wird den damit eingeleiteten Kommunikationsprozessen beigemessen.
- d) Transfer: Eine hausinterne Transfer-AG wird gegründet; das Transferkonzept wurde "abgespeckt"; PDLs nehmen inhaltlich Einfluss; das Patenkonzept wird ausdrücklich mit verantwortet und unterstützt, ebenso wie die Konzepterprobung bei Schülern und deren Integration in Problemlösungsprozesse auf den Stationen; die Konzeptentwicklung muss in Eigenregie des Hauses übergehen, der Leitung bekannt sein und von ihr gebilligt sein.



3. Perspektiven zum inhaltlichen Fokus

Der inhaltliche Projektfokus klärt sich zunehmend. Grenzen und Reichweite durch die partiellen Scheiternserfahrungen, die Verhältnisdimension im Belegarztsystem einzubeziehen, werden deutlicher und folgendermaßen resümiert:

- a) Individuelle Kompetenzförderung als inhaltlicher Schwerpunkt: Die Befragten äußern, dass Grenzen der Bearbeitung von Hierarchieproblemen und Schnittstellenproblemen mit Ärzten sinnvollerweise früher hätten thematisiert werden müssen.
- b) **Gesundheits- und Arbeitsschutzmaßnahmen stärker betonen:** Die Hälfte hätte sich für diese Bereiche weiterreichende Interventionen gewünscht.
- c) Interventionsfokus weniger eng auf die Pflege begrenzen: Die Mehrzahl ist der Ansicht, die Gesamtorganisation hätte von vornherein einbezogen werden müssen.
- d) **Ambivalente Einschätzung der Scorecard:** Die Voten liegen im Spektrum von: "mit Spannung erwartet", bis "geht am Problem vorbei"; einig sind sich alle Leitungen, dass die u.U. produzierten "betriebswirtschaftlichen Zahlen von der Basis ferngehalten werden sollen".
- e) Aufwand der Problemlösungen in Relation zum inhaltlichen Resultat steht in Frage:

Die Mehrheit äußert Skepsis, ob Ertrag und Aufwand in vertretbarem Verhältnis stehen.

4. Perspektiven zu Projektstand /-resultaten

Eine erste Bilanz liegt vor und bezieht sich auf die folgenden Schwerpunktthemen:

- a) Respekt und Überraschung vor der hohen Motivation und Kompetenz der Mitarbeiter: Die Leitungskräfte lernen ihre Mitarbeiter neu kennen, sehen deren Strukturierungsfähigkeiten und Bereitschaft als Transferakteure zu fungieren
- b) **Bereitschaft zur Mitarbeit als generelles Erfolgskriterium:** Die Bereitschaft weiterer Stationen der Kinderklinik mitarbeiten zu wollen ebenso wie die Engagementbereitschaft der Paten werten die Leitungen als generelles Erfolgskriterium.
- c) Erste Aktivierungserfolge auf den Modellstationen: Die Leitungen sehen die Mitarbeiter nun als aktiver an, sehen Klimaverbesserungen; Problemlösungen der Stationen greifen z. T. Themen auf, die PDL auch gesehen hat (Umstellen des Erste Hilfe Koffers); Hoffnungen werden in zwei Voten laut, dass zukünftig auch schwierigere Probleme, wie Visiten, Übergaben, Schnittstellen behandelt werden.
- d) Generalisierte Entwicklungen durch Arbeit mit Gesundheitshebeln: Sie werden gesehen als "Medium für die Pflege, Empathie besser leben zu können", was sich an einem eigenständigeren Umgangs der Stationen mit Personalengpässen erweist; eine breitere Kommunikationsfähigkeit wird von allen erhofft.



- e) **Scorecard:** Sie wird einhellig noch als **im Experimentalstadium** gesehen, die Mehrheit sieht "hard facts Spalten" für interessant an.
- f) Hilfsmittel wie Problemlösungs-/ Entlastungssheets werden als hilfreich angesehen
- g) **Hürden:** Wahrgenommen werden diese vor allem als "in den Mitarbeitern selbst liegend".
- h) Ambivalente Wertung der Entscheidung, interprofessionelle Schnittstellenprobleme im Belegarztsystem nicht systematisch anzugehen:

Die Voten schwanken zwischen Zustimmung, dem Verweis auf Sachzwänge bis hin zur Ablehnung und in Fragestellung des Projektsinns.

5. Empfehlungen zum weiteren Vorgehen/Transfer

Folgende Empfehlungen für die Weiterarbeit werden auf der Basis der bisherigen Erfahrungen und des anstehenden Transfers formuliert:

- a) **Beim Transfer Top-Down Einfluss stärken:** Regeln der Teilnahme müssen festgelegt werden; die Mehrheit möchte Einfluss auf Schulungsinhalte nehmen.
- b) Rollentrennung von Leitungen und Projektverantwortlichen auf der Station: Das Patenkonzept wird überwiegend befürwortet.
- c) Schulungen in Zeit und Inhalt flexibilisieren
- d) **Den Stationen gute Strukturierungshilfe des Vorgehens anbieten:** Die Hälfte der Voten sieht hier Unterstützungsbedarf der Stationen.
- e) **Einbau von Pflichtfortbildungen in Dialogseminare**: Die Hälfte plädiert dafür, "Pflichtinhalte" in Schulungskonzepte zu integrieren, um sicher zu stellen, dass die "langen Zeiten auch effektiv genutzt werden".
- f) **Frühere Darlegung der Projektgrenzen:** Die Hälfte der Befragten empfiehlt dieses Desiderat explizit, um keine falschen Vorstellungen zu wecken.
- g) **Transferaufwand als eine "positive Investition":** Hier sind sich die Leitungen einig; die Hälfte erhofft sich jedoch darüberhinausgehende "positive finanzielle Auswirkungen".

6. Eingeleitete /konkret geplante Verstetigungen

Mittlerweile werden deutliche Nachhaltigkeitsüberlegungen thematisiert, deren operative Umsetzung in der Kinderklinik weitgehend der PDL zugeordnet ist.

a) Nachhaltigkeit nur dann, wenn sich die Maßnahmen betriebswirtschaftlich lohnen:

Diese Position wird mehrheitlich geäußert.



- b) Qualifikationen der Mitarbeiter als erster Schritt: "Das in Schulungen vermittelte Wissen bleibt ja im Kopf"; "Transferakteure und Paten stehen an herausgehobener Stelle der Nutznießer".
- c) In der Kinderklinik werden erste Überlegungen zum Engagement einer 400.-€

 Kraft diskutiert: Sie soll den Prozess in Gang halten. Abstimmungen zwischen PDL

 und Chefarzt dazu sind im Fluss.

7. Eigene Rolle im Projekt / bei der Verstetigung

Die bisherige Projekterfahrung hat zu einer deutlichen Rollenklärung beigetragen und bei fast allen Leitungsverantwortlichen die Komplexität der Bedingungen, unter denen die gewünschten Veränderungen möglich sind, stärker in den Blick gerückt:

- a) Zu geringe Einflussnahme zu Projektbeginn: Die Mehrheit konstatiert, 1. zu Beginn zu wenig Projektinhalte mit gesteuert zu haben und das nun zu ändern (z.T. durch Mitarbeit in Projektgremien; mehr Informationen bekommen, um sicherzustellen, dass Projektzeit sinnvoll verbracht wird; Leitungsunterstützung auch in Handlungen (z.B. Seminarbegrüßung) zeigen zu können, etc.); 2. zukünftig klarere Regeln zu setzen, "Dinge anders gestalten zu wollen", d.h. vor allem früher Projektgrenzen, Schwerpunkte und Unterstützung aufzuzeigen.
- b) **Projektentwicklungen sind kontinuierlicher Prozess:** Leitungsunterstützung wird unisono als erforderlich um angesehen, um "dran zu bleiben"; Bereitschaft dazu , wird in unterschiedlicher Form positionsspezifisch signalisiert; eine Hälfte möchte sich vorrangig auf gesundheitsbezogene Inhalte konzentrieren, die andere Hälfte sieht sich eher als umfassende "Anstoßgeber" für änderbare Rahmenbedingungen" und "Strukturen".
- c) Leitungen erleben sich als Fremdkörper in Mitarbeiterseminaren: Sie vermuten, offene Diskussionsprozesse der Mitarbeiter zu blockieren.
- d) Probleme der Balance zwischen Autonomie der Mitarbeiter und eigener Einflussnahme: Die Mehrheit der Leitungen formuliert weiterhin Unsicherheiten und Ambivalenzen über angemessene und notwendige Formen der Einflussnahme auf Entwicklungsprozesse (z.B. als Arbeitgeber, bei Rückenproblemen die Durchführung bestimmter Gesundheitsförderungsmaßnahmen verlangen zu können, Inhalte von Schulungskonzepten kontrollieren zu wollen).

4.2.3.3 Zeitpunkt T3 (Juli/ August 2009: Projektende)

Die Interviews zu diesem Zeitpunkt markieren das Ende der offiziellen Projektbegleitung. Seit Ende Juni ist keine externe Projektmitarbeiterin mehr im Feld. Die Häuser arbeiten in Eigenregie. Das Instrument der Problemlösungssheets ist unter Praktikabilitätserwägungen konti-



nuierlich angepasst worden und heißt nunmehr "Entlastungssheet". Die Indikatoren der Scorecard sind noch in Entwicklung, in der Kinderklinik haben vier Abteilungen ihre Mitarbeit erklärt, sind mit einem erheblich verkürzten Transferkonzept geschult worden, werden von den beiden geschulten Transferakteuren des Alice Hospitals begleitet, stationsbezogene Paten wurden festgelegt, die Stationen arbeiten mit unterschiedlicher Intensität an den Problemlösungen. Im Alice-Hospital hingegen ist die Arbeit weitgehend zum Stillstand gekommen. PR Maßnahmen sind angelaufen, ein Film ist gedreht, eine Veranstaltung der Hessischen Krankenhausgesellschaft hat stattgefunden und auf unterschiedlichen Tagungen wurde das Projekt mit seinen Ergebnissen vorgestellt, Qualifikationsseminare für externe Gesundheitscoaches sind konzipiert, der Endbericht der Interventionsgruppe befindet sich als Buch im Druck.

Die Leitungen formulieren nun die folgenden zentralen Aussagen zur Bewertung des Gesamtprojektes:

1. Perspektiven zu den Projektzielen

Die Endbefragung will vorrangig überprüfen, ob die ursprünglichen Ziele erreicht wurden, welche noch offen sind und wie die nun erreichten Ziele bewertet werden.

- a) Verschiebung von ökonomischen hin zu Zielen der Personalentwicklung: Das Erreichen von ökonomischen Zielen mithilfe eines solchen Projektes steht nicht mehr im Zielfokus der Leitungen, sondern die Chancen, dies als Instrument zur Personalentwicklung und Förderung von Arbeitszufriedenheit zu nutzen.
- b) Förderung einer eigenständigen Problemlösungskompetenz der Pflege:
 Alle Leitungen sehen dies als Hauptziel, das allerdings nur partiell bei motivierten Mitarbeitern erreichbar sein wird; die erprobte Problemlösungssystematik wird in weiten Teilen als zielführend angesehen.
- c) Grenzen der Projektziele: Im Projektverlauf hat sich die Hälfte der Leitungen mehrfach gegen eine Beteiligung der Belegärzte ausgesprochen, die Enttäuschung der Mitarbeiter darüber wird gesehen.
- d) Offene Ziele/ Desiderata: folgende Aspekte stehen im Vordergrund
 - die Mehrzahl der Leitungen hofft beim Transfer auf das chefarztgeführte Haus (Kinderklinik) die Bearbeitung interprofessioneller Schnittstellen integrieren zu können,- "Führung muss oft noch lernen, mit Partizipation umzugehen",
 - Gesundheitsbezug der Problemlösungen muss stärker in den Vordergrund treten.



2. Perspektiven zum Projektvorgehen

Nach Abschluss des Projektes formulieren die Leitungen aus ihrer bisherigen Erfahrung vor allem Veränderungswünsche an einzelne Schritte des Projektvorgehens:

- a) Leitungseinbindung erfolgte zu spät: Die meisten Leitungskräfte sehen auch in ihrem Resümee die Begrenzungen des bisherigen Bottom-up Ansatzes und wollen früher beteiligt sein: Ihr Wunsch/ ihre Absicht schwankt zwischen "klare Steuerungsverantwortung übernehmen" bis hin zum Wunsch nach "mehr Information", um besser unterstützen zu können. Ausdrücklich danken alle dem Betriebsrat für die uneingeschränkte Unterstützung.
- b) Bessere Vorfeldinformationen und Rollenklärung: Vor Interventionsbeginn hätten die Projektvoraussetzungen und –bedingungen klarer umrissen werden müssen: die Teilnahmeregeln, der Aufwand während der Entwicklungsphase und des Transfers, sowie die "operativen Weisungsbefugnisse der Interventionsgruppe", die von der Hälfte als "unklar bis übergriffig" wahrgenommen wurde.
- c) Abteilungsweise differenziert vorgehen: Das Schulungs- und Patenkonzept als potentielle Herausforderungen für die Führungen, wie auch die Frage eines berufsgruppenübergreifenden Vorgehens sollten weniger strikt, sondern eher gemeinsam in "Abhängigkeit von den Konstellationen in den Arbeitsbereichen entschieden werden".
- d) Außenlegitimation zu sehr im Fokus: Die Relation zwischen Aufwand und Ertrag für die Pflege wird einhellig als zu hoch einschätzt. Bedauert wird von der Hälfte der Leitungen ein zu geringes Achten auf die "internen Wirkungen für die Pflege". Gerechtfertigt wird dies von allen durch die im Nachhinein als dominant angesehene Bedeutung des Projektes für die "Außenlegitimation" und "dass man zu wenig das Innen im Blick gehabt hat".
- e) Vorgehen für Pflege oft eher Belastung als Entlastung: Diese einhellige Kritik bezieht sich zum einen auf die Entwicklungsphase, aber auch auf die Schulungsintensität zu den Gesundheitshebeln und Problemlösungsprozessen, die als zu "kopflastig" angesehen werden und als zu schwierig im Schichtdienstsystem unterzubringen. Uneinigkeit besteht darüber, ob das mittlerweile verkürzte Transferkonzept für interne Schulungen akzeptabel und praktikabel ist.

3. Perspektiven zum inhaltlichen Fokus

Der inhaltliche Projektfokus wird im abschließenden Fazit der Leitungen folgendermaßen gesehen:

a) Partizipation als inhaltlicher Kern des Projektes: Diese Einschätzung formulieren alle Leitungen gleichermaßen.



- b) Grenzen der Partizipation in Hierarchien des Arbeitsalltags: Die Förderung von Partizipation stößt nach Auffassung aller Leitungen an die legitimen Grenzen der bestehenden Hierarchien. Die beteiligten Leitungen können sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht vorstellen, die Belegärzte mit einzubeziehen. Dies formuliert die Mehrheit als Beispiel für die klare Absage, grundlegende Strukturbedingungen im Rahmen des Projektes mit bearbeiten zu wollen.
- c) Das Projektkonzept h\u00e4tte von vornherein die Gesamtorganisation in den Blick nehmen sollen: Als Beispiele f\u00fchrt die Mehrzahl der Leitungen folgende Erg\u00e4nzungsw\u00fcnsche an
 - die Berücksichtigung von systematischen Hierarchie-/ Schnittstellenproblemen der Pflege,
 - Partizipationsstile der Führung gleichzeitig im Projektverlauf mit bearbeiten,
 - parallellaufende Projekte in den Häusern beachten,
 - mehr Vorüberlegungen bei der Auswahl der Modellstationen.
- d) Instrumente (Gesundheitshebelkonzept, Problemlösungssheets): Einigkeit besteht darin, dass die strukturierten Problemlösungsprozesse anhand der Gesundheitshebel die Chance für einen "egalitären Ideenaustausch" bergen. Zum Teil werden sie als alltagstauglich, zum Teil als "zu wenig, für substantielle Problemlösungen" erachtet.
- e) **Gesundheit als Inhalt zu sehr im Hintergrund:** Der Hälfte der Leitungen ist dieser ursprünglich im Titel stehende Fokus verlorengegangen. Sie sehen kaum inhaltliche Bezüge zwischen dem Thema "Gesundheit", den Gesundheitshebeln, den Problemlösungsprozessen und dem Partizipationsschwerpunkt.

4. Perspektiven zu Projektstand /-resultaten

Die Antworten der Leitungen spiegeln einhellig die Einschätzung wider, dass es sich bei dem angestoßenen Projekt um einen langandauernden Prozess handele, so dass eine endgültige Bewertung noch längst nicht möglich sei. Im bisherigen Fazit kristallisieren sich folgende Punkte als zentral heraus:

- a) Konstatierte Wirkungen: Folgende werden genannt
 - "Klimaverbesserungen", diese Beobachtung der Mehrzahl wird nicht mit Beispielen belegt.
 - "Bewusstmachung von Veränderungsmöglichkeiten", die wird von allen genannt, aber hier differenzieren alle Leitungen deutlich zwischen "motivierten Mitarbeitern, die "zum Teil mit ihrem Engagement an ihre Grenze gehen" und weiterhin passiven Mitarbeitern ("die Mitarbeiter sind nicht alle überzeugt davon",



- "manche kommen bei Personalengpässen immer noch an") 'die Transferakteure werden als die deutlichsten Profiteure gesehen,
- Keine "Gesundheitswirkung" bisher erkenntlich,
- Keine "wirtschaftlichen Erfolge durch Projekt möglich",
- "Größere externe Vermarktungswirkung" als "internes Achten auf Pflegewirkung", neben anderen Beispielen, die Publikationsdruck und die Konzeption externer Schulungen in den Vordergrund stellen, wird der mangelnde Transfer ins Alice-Hospital und ein vermutet geringes langfristiges Profitieren der Modellstationen angeführt.
- b) Bewertung von Einzelergebnissen: Folgende werden genannt
 - Als überdauernswert thematisieren die Leitungen übereinstimmend die Problemlösungssystematik und das Führen – allerdings - noch abzuspeckender Belastungssheets;
 - Überlegungen werden angestellt, wie das "Gesundheitskonzept in systematische Mitarbeiterbeurteilungen einfließen kann",
 - Eine Leitung sieht auch die gelernten Schulungsinhalte als überdauerende
 Ressource in den Köpfen der Mitarbeiter,
 - Die **Patenkonzepte** sollten nochmal **überdacht** werden und auf die jeweiligen **Arbeitsbereiche angepasst** werden,
 - Schulungskonzepte müssen nochmals flexibilisiert werden,
 - Die **Nützlichkeit der Scorecard wird überwiegend in Frage gestellt,** von allen aber als im Experimentalstadium angesehen.
- c) **Partizipation und Führungsrolle:** Einige Leitungen thematisieren, dass es ihnen noch nicht klar ist, ob und wie sie "die im Idealfall erforderliche Partizipation leben können und wollen".
- d) Keine Bearbeitung struktureller Hierarchieprobleme: Die Leitungen sind sich einig, die Bearbeitung struktureller Hierarchieprobleme in ihren je verschiedenen Rollen, Einfluss- und Verantwortungssphären vorerst auszuklammern ("Hierarchie ist nicht außer Kraft zu setzen"), - auch wenn weitreichende Gedankenexperimente dazu geäußert werden.
- e) Aktuelle Stagnation der Entwicklung: Diese Einschätzung formulieren alle Leitungen zum augenblicklichen Zeitpunkt und zwar sowohl für die Modellstation des Alice-Hospitals als auch für die Kinderklinik. Die Gründe dafür werden jedoch divergierend gesehen. Sie streuen zwischen den Annahmen "es hat sich schon eine gewissen Zufriedenheit eingestellt" und "die Teams haben resigniert vor den wirklichen Problemen" aber auch "jedes Projekt hat aktive und eher passive Phasen".



 f) Zu hoher Zeitaufwand für erreichte Resultate: Diese Einschätzung formulieren alle Leitungen.

5. Empfehlungen zum weiteren Vorgehen/Transfer

Zu Überlegungen für die Weiterarbeit im eigenen Haus und zu Transferempfehlungen an andere Einrichtungen nennen die Leitungen auf Basis ihrer Projekterfahrungen folgende Punkte:

- a) Verkürzung der Schulungskonzepte und der Formalia: Alle fordern dies als unbedingte Voraussetzung für eine sinnvolle Weiterarbeit im eigenen Haus und für einen praktikablen Transfer in andere Einrichtungen.
- **b)** Jedes Haus muss eigene Voraussetzungen klären: Die Leitungen empfehlen jeder Transfereinrichtung, eine sorgfältige Klärung der je eigenen Bedingungen und darauf bezogener Vorgehensweisen und inhaltlicher Schwerpunkte.
- c) Abteilungsbezogenes, differenziertes Vorgehen: Alle Leitungen thematisieren, dass es sowohl für die hausinterne Weiterarbeit als auch für einen Transfer sinnvoll erscheint, abteilungsbezogen angepasste Inhalte (z.B. Interprofessionalität) und Vorgehensweise (Verzicht auf Paten) zu entwickeln.
- d) Teilnahme- und Verbindlichkeitsregeln für Mitarbeiter festlegen: Dazu betonen alle Leitungen zu jedem Interviewzeitpunkt, wie wichtig es sei, feste Teilnahmeregularien zu entwickeln und Verbindlichkeitsfestlegungen für die entwickelten Problemlösungen zu treffen. Allerdings formulieren alle, dass es wahrscheinlich nur möglich sei, sich bei solchen Entwicklungsprojekten auf ohnehin motivierte Mitarbeiter zu stützen.
- e) Erreichbare Ziele: Alle empfehlen
 - Hierarchiefragen unangetastet zu lassen und "keine Illusionen zu wecken",
 - "sich **keine Hoffnungen** auf direkte Gesundheitswirkungen zu machen, dazu sind andere Interventionen besser".
- f) Eigenes Führungsverständnis im Vorhinein klären: Die Mehrheit betont einen unbedingten frühen Einbindungswunsch sowie das Erfordernis, sich über die eigene "Perspektive zur Partizipation Rechenschaft zu geben", z.B.
 - die "eigene Einstellung zum Mitarbeiter ist Voraussetzung für den Prozess",
 - "man muss Respekt vor den Mitarbeitern haben",
 - die Teilnahme am Projekt ist immer "mehr eine emotionale als eine rationale Entscheidung".
- g) Transfer auf andere Einrichtungstypen: Eine Leitung sieht besondere Chancen für den Transfer eines modifizierten Konzeptes auf Altenheime.



6. Eingeleitete /konkret geplante Verstetigungen

Gegen Ende des Projektes treten konkrete Nachhaltigkeitsüberlegungen zugunsten allgemeiner Absichtserklärungen in den Hintergrund, zumal für das Alice-Hospital die Entscheidung gefallen ist, keinen Transfer auf weitere Stationen vorzunehmen.

- a) Inhaltliche Schwerpunkte, die bleiben sollen:
- Einhellig wünschen die Leitungen, dass vor allem die "abgespeckten Problemlösungsprozesse" bleiben,
- Integration der Inhalte ins Ausbildungscurriculum der Schule.
 Der Scorecard wird überwiegend ambivalente und geringe Bedeutung beigemessen.
- b) Engagement einer 400.-€ Kraft in der Kinderklinik: Diese schon zum zweiten Interviewzeitpunkt geplante Maßnahme befindet sich weiterhin im Gespräch zwischen Chefarzt und PDL.
- c) Fresh-up Kurse in der Kinderklinik: Diese befinden sich in Planung.
- d) Schulung der Mitarbeiter im Alice-Hospital bleibt Desiderat: Ein Teil der Leitungen formuliert Enttäuschung über erforderliche, aber im Rahmen des Projektes nicht mehr stattfindende "crash Kurse zu 3 P für alle Mitarbeiter des Hauses". Diese werden als erforderlich angesehen, um den Schülern, die diese Inhalte nun in der Ausbildung lernen, gerecht werden zu können.
- e) Externe Wirkung: Die Fortbildungsabteilung hat Schulungen zum "Gesundheitscoach" als externes Angebot konzipiert, vermittelt werden dort vor allem Kompetenzen für Transferakteure und Paten. Dies wird zum Teil kritisch gesehen.

7. Eigene Rolle im Projekt / bei der Verstetigung

Im Resümee der Projekterfahrungen formulieren die Leitungen gemeinsame und unterschiedliche Perspektiven, die auf verschiedene Rollen und Balancen im Zusammenspiel von Top-down und Bottom-up Prozessen verweisen.

- a) Verantwortung für den Projektrahmen und die Verstetigung: Hier betonen alle Befragten, wie bisher, dass der Leitungsintervention große Bedeutung für die Klarstellung von Projektzielen, –vorgehen und Verstetigung zukommt ("Verstetigung kommt nicht von unten"). Die meisten wären gern früher eingebunden gewesen. Allerdings nehmen die Leitungen dabei in Abhängigkeit von ihrer Berufsfunktion sehr verschiedene Rollen ein, sie reichen vom:
 - "trouble-shooting, wenn nichts mehr geht", "Optionen bereitstellen", über
 - **aktive Gestaltungsideen** ("Leitungen können selber 3 P machen", "Motivierung der Mitarbeiter") bis hin zum abwartenden



- "habe nichts dagegen, bin aber nicht das Zugpferd".
- b) **Klärung des eigenen Partizipationsverständnisses:** Die Mehrzahl sieht das Erfordernis, angesichts der im Projekt betonten Partizipationsanforderungen das eigene Führungsverständnis für sich klarzustellen, z.B. "auch zu lernen damit umzugehen", "wir sind ja auch nicht mit Partizipation aufgewachsen", "das, was ich an Hierarchie erlebt habe, will ich anders machen".

4.2.4 Fazit

Alle befragten Leitungen filtern am Ende des Projektes die Partizipationsförderung der Pflegemitarbeiter als zentrales Interventionsziel heraus. Zu Projektbeginn angeführte ökonomische und originäre Gesundheitsziele sind – teilweise unter Bedauern - in den Hintergrund getreten.

Auf der Basis des eigenen Rollen- und Führungsverständnisses unterstützen alle Leitungen den eingeleiteten Entwicklungsprozess, durch inhaltliche Teilnahme oder durch die aktive Bereitstellung eines Arbeitsrahmens für die Stationsmitarbeiter (Arbeitszeiten, Räume, etc.). Auch die Problemlösungen der Stationen werden akzeptiert und unterstützt, solange wie sie das bestehende hierarchische Arbeitsgefüge nicht bedrohen oder in strukturell neue Prozessabläufe zwingen.

Die anfänglich unklare, dann angemahnte und daraufhin stufenweise differenzierte Einbindung aller Leitungen erzeugte eine bis zum Projektende andauernde Unsicherheit über die präzise intendierten Interventionsziele. Aus Sicht der Interventionsgruppe stand der Entwicklungsauftrag von Instrumenten zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Pflegenden und die Entwicklung einer Gesundheitsscorecard im Vordergrund – aus Sicht der Leitungen konnte hingegen die unmittelbare Nutzenfrage aller Interventionen und Entwicklungsaktivitäten nur selten ausgeblendet werden. So bleibt für die Leitungen der Kosten-Nutzen Aufwand verhältnismäßig hoch. Sie nehmen deutlichen Einfluss auf eine Reduktion und Kondensation der Schulungen. Im Resultat sehen zwar alle Leitungen "gewisse" Erfolge, stufen jedoch insgesamt die Ergebnisse mit Blick auf die interne Gesundheitswirkung für die Pflege als eher unbefriedigend ein. Gleichwohl verweisen alle auf ein weiteres Resultat, nämlich auf analog zum Projektvorgehen entwickelte Qualifikationsseminare zur Koordination von Problemlösungsaktivitäten auf den Stationen, die allerdings der externen Öffentlichkeit angeboten werden. Als Grund dafür werden mit unterschiedlicher Wertung, Marketingstrategien und Wettbewerbsgesichtspunkte angeführt. Es herrscht Einigkeit, für den internen Gebrauch vor allem erlernte "Techniken der Problemlösung" als fortführenswert anzusehen. Dies, obwohl auch der im modifizierten Transferkonzept reduzierte Schulungs- und Bearbeitungsaufwand von der Mehrheit kritisch



gesehen wird und die Leitungen sich eine längerfristige Erfolgsbeobachtung vorbehalten, um dann über die Form der Fortführung zu entscheiden. Ungeklärt erscheint allen, ob mit dieser Methodik die "wirklichen Probleme der Zusammenarbeit" behandelt werden können und sollen.

Neben einer eigenen Entlastung durch eine verbesserte Rollen- und Problemlösungskompetenz der Pflegenden versprechen sich die Leitungen vor allem größere Mitarbeiterzufriedenheit. In der Folge erhoffen sie ein besseres Betriebsklima, das sich in einer wiederum verbesserten Wettbewerbssituation widerspiegelt. Die dazu notwendigen Techniken, wie die Problemlösungsprozesse anhand der Gesundheitshebel, gelten vor diesem Hintergrund einhellig als attraktiv, solange damit nicht "irrelevante Probleme mit zu hohem Zeitaufwand" gelöst werden oder "unlösbare Hierarchieprobleme" angegangen werden.

Die Leitungen stellen weiterhin fest, dass die aus Sicht der Interventionsgruppe im Mittelpunkt stehende "Gesundheitskompetenz" nie für alle eindeutig nachvollziehbar konzeptionell geklärt werden konnte: so bleibt bei allen bis zuletzt Unsicherheit darüber bestehen, ob und in wieweit Verhaltens- und ob und inwieweit verhältnisbezogene Präventionsanteile im Projektkonzept zum Tragen kommen sollten. Zwar unterstützen alle Befragten die Förderung von selbständigen personalen Problemlösungskompetenzen der Pflegenden, die Mehrheit setzt aber deutliche Grenzen und zeigt Skepsis bei allen Problemthemen, die Hierarchie- und Strukturprobleme der bestehenden Arbeitsorganisation betreffen. Die Frustration engagierter Mitarbeiter darüber wird von einem Teil der Leitungen in Kauf genommen. Nicht zuletzt führen die Verantwortlichen diese Grenzziehung als Begründung dafür an, zunächst keine weiteren Transferaktivitäten auf den Stationen im Alice-Hospital vorzunehmen. Zudem sehen sie jedoch gleichzeitig, dass unter Umständen – auch durch die nun regelhafte Vermittlung im Ausbildungscurriculum der Schule – dort eigene Entwicklungsdynamiken in Gang gesetzt worden sein könnten, die unter anderem zu dem Problem führen könnten, dass Schüler die ersten sind, die 3- P Konzepte auf die Stationen tragen.

Die Projektreichweite in der Kinderklinik ist zum augenblicklichen Projektzeitpunkt für alle Leitungsverantwortlichen noch weitgehend offen. Es liegen seitens der Leitungen viele positive Absichtserklärungen und hohe Bereitschaft zu weiteren Unterstützung vor. Potentielle Scheiternsbedingungen werden am ehesten den Mitarbeitern zugeordnet. Die Hälfte der Befragten stellt explizite Erwartungen in den Raum, in der chefarztgeführten Kinderklinik nun auch Reibungsverluste an Schnittstellen und Hierarchieprobleme mit dem ärztlichen Sektor bearbeiten zu können.

Aus Evaluationsperspektive bleibt es bemerkenswert, dass alle Leitungen die Entlastungen durch die Problemlösungen weitgehend unkommentiert akzeptieren und dabei



gleichzeitig ein sehr hohes Vertrauen in die Kompetenz der Teams setzen, langfristig funktionale Lösungen in Eigenregie erarbeiten zu können. Ein Vertrauen, das, wie die Auswertung der Problemsheets zeigt, nur teilweise gerechtfertigt zu sein scheint.

Die nach vielen Anfangsproblemen von den Leitungen immer wieder angemahnte Klärung von Verbindlichkeitsregeln für die Projektteilnahme und eine Verkürzung des Schulungskonzeptes haben zur Projektmitte zu einer erhöhten Teilnahmebereitschaft der Mitarbeiter in der Kinderklinik geführt. Dies werten alle Leitungen als einen Projekterfolg. Die nun gegen Ende beginnende Stagnation der Projektaktivitäten wird unterschiedlich eingeordnet, soll jedoch im Fokus der Beobachtung bleiben.

Die Aussagekraft und Steuerungsfunktion der noch im Experimentalstadium befindlichen Scorecard wird mehrheitlich kritisch gesehen. Eine abwartende Haltung überwiegt.

Als zentrales Projektfazit stellen alle befragten Leitungen vor allem die damit verbundenen Möglichkeiten zur Personalentwicklung für die Pflegemitarbeiter in den Vordergrund. Die dazu notwendige Balance in den eigenen Führungsstrategien zu finden, nämlich zwischen Top-down Interventionen und den von Mitarbeitern gewünschten Bottom-up Aktivitäten, erscheint der Mehrheit der Befragten als eine schwierige Entwicklungsaufgabe für "das Gebilde Krankenhaus". Auch wenn im Rahmen des Projektes die verhältnisbezogenen Belastungsfaktoren der Pflegemitarbeiter zum Teil in ihrem Stellenwert gesehen oder erahnt werden, bleibt zum jetzigen Zeitpunkt der Spagat zwischen unterstützter, gewünschter und aktiv geförderter Partizipation sowie ökonomischen und hierarchiebezogenen Restriktionen ungelöst.



4.3 Interviews mit den Transferakteuren

Innerhalb des 3P-Projektes haben so genannte "Transferakteure" die Aufgabe, das Interventionskonzept auf die jeweilige Station zu übertragen. Im Einzelnen umfassen ihre Aufgaben:

- Im Rahmen der Dialogseminare und Problemlösungs- /resp. Entlastungstreffen sollen sie die Moderation und den Praxisbezug sicherstellen sowie mit den Mitarbeitern gemeinsam den Umgang mit dem Problemlösungskonzept üben.
- 2. Bei den Problemlösungstreffen auf der ersten Modellstation der Kinderklinik haben die Transferakteure anfänglich diese Treffen moderiert. Nachdem jedoch im Rahmen des Transfers auf die Kinderklinik die Paten der jeweiligen Stationen geschult wurden, haben diese die Moderationsaufgaben übernommen. Die Transferakteure sind jedoch noch zu Beginn der Problemlösungstreffen und später bei Bedarf für die Stationen da, um, wenn nötig, Unterstützung zu geben.
- 3. Sie halten regelmäßigen Kontakt zu den Stationen und erfragen bei Besuchen auf den Stationen, ob es evtl. Probleme oder Unterstützungsbedarf gibt.
- 4. Seit Einführung des Patenkonzeptes leiten und organisieren sie zusätzlich die Patentreffen.

4.3.1 Befragungszeitpunkte und Interviewpartner

Für diese Auswertung stehen 6 Interviews aus zwei Zeitpunkten zur Verfügung. Der erste Zeitpunkt (T1) lag im Frühjahr 2008. Befragt wurden die damaligen Transferakteure des Projektbüros und die beiden Transferakteure der ersten Modellstation des Alice Hospitals (geschulte Pflegemitarbeiterinnen). Im Zentrum dieser Interviews stand zum einen die Bewertung, vor dem Hintergrund der unter 4.3.2 aufgeführten zentralen Themenblöcke der Leitfäden, der bis dato abgeschlossenen primären Konzeptentwicklungsphase auf der ersten Modellstation des Alice Hospitals und zum anderen der in Anfängen umgesetzte Transferprozess auf die zweite Modellstation der Kinderklinik.

Abbildung 6: Übersicht Interviewzeitpunkte

Verortung	Mitarbeiterin	T1 (2008)	T2 (2009)	
Projektbüro	Wiss. Mitarbeiter 1	20.03.2008	nicht mehr im Projekt	
Projektbüro	Wiss. Mitarbeiter 2	05.04.2008	nicht mehr im Projekt	
Projektbüro	Wiss. Mitarbeiter 3	Erst ab Mai/Juni 08`im Projekt	25.06.2009	
Station	Krankenschwester 1	30.04.2008	krank	
Station	Krankenschwester 2	30.04.2008	03.09.2009	



Der zweite Zeitraum ist im Sommer 2009 (T2), nach Abschluss aller Interventionsaktivitäten, gewählt worden. Es wurde aufgrund eines Krankheitsfalles nur ein Transferakteur der ersten Modellstation sowie die Mitarbeiterin des Projektbüros (Personalwechsel von 2008 auf 2009) interviewt. Sie war nur temporär aktiv und mehr zu Beobachtungs- und Unterstützungszwecken anwesend. Diese zurückhaltende Position war Teil der Sicherung der Nachhaltigkeit. Damit sollten die Mitarbeiter des Hauses in ihrer Arbeit selbständig und die Akzeptanz dieser Mitarbeiter auf den teilnehmenden Stationen gestärkt werden. Eine weitere Transferakteurin aus der innerbetrieblichen Weiterbildungsabteilung des Alice Hospitals wurde aufgrund ihres späten Einstiegs nicht mehr interviewt. Das Erkenntnisinteresse bezog sich bei diesen Interviews auf eine abschließende Bewertung des Transferprozesses auf die erste Modellstation der Kinderklinik, den Transfer auf die restliche Kinderklinik sowie auf ein zusammenfassendes Resümee des Projektes. Zentrale Bewertungskategorien bildeten ebenfalls die unter 4.3.2 aufgeführten zentralen Themenblöcke der Leitfäden.

4.3.2 Methodik

Die Aussagen der Transferakteure wurden durch eine zusammenfassende Inhaltsanalyse (Mayring, 2002) ausgewertet. Die Oberkategorien richten sich nach den zentralen Themenblöcken der Interviewleitfäden:

- 1. Bewertung des Implementationsvorgehens
- 2. Inhaltliche Bewertung des Konzeptes
- 3. Grad der Zielerreichung Hat sich Gesundheitskompetenz gebildet?
- 4. Empfehlungen für weitere Implementationsprozesse

Die Unterkategorien ergaben sich aus den jeweiligen Antworten der Befragten. Um die zugesicherte Anonymität der interviewten Personen zu gewährleisten, werden die Ergebnisse als zusammenfassende Perspektive der Transferakteure paraphrasiert und abstrahiert formuliert. Aus diesem Grund wird ebenso auf Zitate der Transferakteure verzichtet. Auch wenn Einzelpositionen erwähnt sind, ist ein Rückschluss auf die jeweilige Person nicht möglich.

4.3.3 Ergebnisse

Aus Gründen der Übersichtlichkeit erfolgt die Ergebnisdarstellung anhand 3 zentraler Projektphasen.

Die <u>erste Phase</u> umfasst die primäre Konzeptentwicklungs- und Implementationsphase auf der ersten Projektstation im Alice Hospital. Erste Erfahrungen mit dem entwickelten Konzept lagen vor. Es galt zu bewerten, ob und in welcher Form ggf. Anpassungsleistungen für den Transfer auf eine weitere Station in ein chefarztgeführtes Haus vorgenommen werden müssen.



Die **zweite Phase** (und gleichzeitig T 1) beinhaltet die Implementation des Interventionskonzeptes auf die 2. Modellstation in das chefarztgeführten Haus, mit allen ggf. noch nötigen Anpassungsnotwendigkeiten. Zu diesem Zeitpunkt waren entsprechende Erfahrungen ihrerseits zu vermuten.

<u>Phase 3</u> (und gleichzeitig T 2) umfasst die flächendeckende Einführung in das chefarztgeführte Haus. Die Interviews lagen am Ende dieser Phase, um eine abschließende Einschätzung des Konzeptes zu erhalten.

Im Grundsatz schätzten die Befragten die Erwartungshaltung aller beteiligten Stationsmitarbeiter als verhalten bis neugierig ein. Auf der Modellstation des Alice Hospitals und der ersten Modellstation der Kinderklinik herrschte anfänglich zudem ein passives Teilnahmeverständnis, d. h. die Pflegekräfte dachten, sie bekämen fertige Lösungen vorgeschlagen und sollten diese nur umsetzen. Ihre eigene aktive Entwicklungs- und Umsetzungsrolle war ihnen zu Anfang nicht klar. Mit dem Transfer auf die restliche Kinderklinik betonten sie bereits ganz zu Anfang explizit und mehrmals die Rolle der Mitarbeiter.

Die Ergebnisse aus den Interviews mit den Transferakteuren werden nachfolgend anhand der 3 Projektphasen dargestellt. Den konkreten Ergebnissen aus den Interviews ist jeweils eine kurze Situationsbeschreibung einschließlich zentraler Rahmenbedingungen der Implementation vorangestellt, um die Interpretation der Ergebnisse zu erleichtern bzw. zu ermöglichen.

4.3.3.1 Phase 1: Primäre Entwicklungsphase auf der ersten Modellstation des Alice Hospitals

Die erste am Projekt beteiligte Station war eine Station des Alice Hospitals. Primäres Ziel der Projektgruppe auf der Station war das Interventionskonzept methodisch und instrumentenbezogen mit Beteiligung der Mitarbeiter zu entwickeln, den IKA-Ansatz (Lantz & Friedrich, 2003) als theoretische Grundlage für das Gesundheitshebel-Konzept an die Pflegearbeit anzupassen und in einem weiteren Schritt die Umsetzung zu erproben.

Rahmenbedingungen und Implementationsprozess

Die Station beteiligte sich auf freiwilliger Basis an dem Projekt. Die Pflegedienstleitung war aus Partizipationserwägungen nicht in den Implementationsprozess eingebunden. Als Transferakteure agierten allein 2 Mitarbeiter aus dem Projektbüro. Ein Teil der Inhalte wurde zudem von einem theorieentwickelnden Mitglied der Projektgruppe vermittelt. Auf der Station begann die primär grundlegende Entwicklungs- und Erprobungsphase im November 2006 und dauerte ca. ein Dreivierteljahr bis Juni 2007.

In dieser Zeit veranstaltete die Interventionsgruppe 8 Dialogseminare (im vierwöchentlichen Rhythmus), in denen u. a. der aktuelle Gesundheitszustand erfasst, inhaltlich die Belastungssituationen der Mitarbeiter angesprochen und analysiert, die Gesundheitshebel vermit-



telt und mit dem letzten Dialogseminar der Problemlösungsprozess auf der Station eingeführt wurde. Bereits vor Einführung des Problemlösungsprozesses übten sich die Mitarbeiter anhand von "Gesundheitsaufgaben" in der Anwendung der Gesundheitshebel, d. h. sie sollten am Dienstende individuell eine aktuelle Belastungssituation mittels der Gesundheitshebel analysieren und sich potentielle Lösungen überlegen. Während der Dialogseminare wurde beschlossen, den Hebel "Qualitätsarbeit" vorerst zurückzustellen, da die Pflegenden sich mit dem Verständnis der Inhalte schwer taten und schreib- und abzeichnungsbezogene Arbeiten mutmaßten.

Nach dieser Phase traf sich die Station wöchentlich im Rahmen sog. Problemlösungstreffen (aktuell: Entlastungstreffen) zur Analyse von Problemsituationen anhand des Problemlösungsprozesses im Pflegeteam. Ab September 2007 fanden zusätzlich wöchentliche Treffen mit anderen Berufsgruppen, insbesondere den Ärzten, statt, da ein nicht unerheblicher Anteil an Belastungssituationen den ärztlichen Aufgaben- und Kompetenzbereich betrafen und demnach eine Lösung ohne sie nicht möglich war (s. Auswertung der Problemsheets).

Die Situation wird zu diesem ersten Zeitpunkt von den Transferakteuren folgendermaßen bewertet:

4.3.3.1.1 Bewertung des Implementationsvorgehens

Beurteilung der Instrumente: Insgesamt wird das Schulungskonzept der Dialogseminare als zu umfangreich und die Schulungsdauer als zu lang beschrieben. Weiterhin hätten die Mitarbeiter die Einführung des Problemlösungsprozesses zu einem früheren Zeitpunkt der Dialogseminare begrüßt. Aus Sicht der Transferakteure hat die Station dann zu Beginn der Problemlösungstreffen zu viele Problemthemen zeitgleich bearbeitet, sodass zu viele Problemlösungen parallel umgesetzt werden mussten. Dies hatte zur Folge, dass aus Sicht der Transferakteure die Reflexion der Sinnhaftigkeit und Effektivität der Lösungsansätze vernachlässigt wurde bzw. die Gefahr dafür gesehen wurde. Im Verlauf der Dialogseminare stellte sich zudem heraus, dass ein tiefergehendes Praxiswissen in Bezug auf die Pflegearbeit der Transferakteure sinnvoll und nötig erscheint.

Beurteilung der Rolle der Führungskräfte: Die Pflegedienstleitung war auf der Modellstation des Alice Hospitals bewusst nicht in den Implementationsprozess eingebunden, um die partizipative Entwicklung im Team nicht zu gefährden. Dies sehen die Transferakteure schon zu diesem Zeitpunkt als problematisch an, denn sie muss über Ressourcen entscheiden, die für manche Problemlösungen nötig sind. Zudem war so bedauerlicherweise ein gegenseitiger Austausch über die Vorgänge auf der Station und daraus resultierendes Verständnis und Unterstützung durch die Pflegedienstleitung nicht möglich.



Inwieweit die Führung insgesamt bereit sei, (strukturelle) Veränderungen einzuleiten oder zu unterstützen, bleibt aus Perspektive der Transferakteure vorerst abzuwarten.

4.3.3.1.2 Inhaltliche Bewertung des Konzeptes

Im Allgemeinen hat die Hälfte der Transferakteure den Eindruck, die "wirklichen Probleme" wie Personalmangel, hierarchische Probleme, mangelnde Wertschätzung oder auch Teamkonflikte werden in den Problemlösungsprozessen nicht bearbeitet, sondern lediglich "kleine organisatorische Probleme". Zudem käme dem Bereich der emotionalen Belastungen bisher zu wenig Bedeutung zu.

<u>Die Instrumente:</u> Das Konzept der Gesundheitshebel wird von den meisten Transferakteuren als zu theoretisch, pflegeunspezifisch und unpraktikabel bewertet. Zudem erklärt jeweils die Hälfte der Transferakteure, in der inhaltlichen Ausgestaltung kämen die Themen "emotionale Belastungen" und "Kommunikation" zu kurz. Nichtsdestotrotz könne es dennoch als Anreiz zum Umdenken und als Analyseinstrument, zum "Aufschließen von Situationen" gut genutzt werden. Diese Einschätzung der Analysemöglichkeit gilt auch für den – anfänglich schwierig zu dokumentierenden- Problemlösungsprozess.

4.3.3.1.3 Grad der Zielerreichung: Hat sich Gesundheitskompetenz gebildet?

Alle Transferakteure teilen den Eindruck, die Modellstation habe, bis auf einzelne Mitarbeiter, das Konzept der Gesundheitshebel nicht verinnerlicht. Die Mitarbeiter wären zwar sensibler für Problemlagen und würden auch gerne mit dem Problemlösungsprozess arbeiten, aber eine umfassende Verinnerlichung des Konzeptes und des Gesundheitsgedankens hat aus ihrer Sicht noch nicht stattgefunden. Einige äußern Bedenken, dass sich ohne das Verständnis der Gesundheitshebel, welches Grundlage für den Problemlösungsprozess und die Bildung von Gesundheitskompetenz sei, sich diese auch nicht entwickeln könne. Zudem sei die Nachhaltigkeit in Gefahr. Auch könne bei einigen Mitarbeitern zwar auf gruppenbezogener aber nicht auf individueller Ebene eine Bereitschaft zur Mitarbeit und Veränderung beobachtet werden.

4.3.3.1.4 Empfehlungen für künftige Implementationsprozesse

Bezogen auf die <u>inhaltliche Gestaltung des Interventionskonzeptes</u> sprechen sich alle Transferakteure für mehr Pflegespezifik in den Dialogseminaren aus, um das Verständnis der Mitarbeiter im Hinblick auf das Konzept zu erhöhen. Zudem halten es die Transferakteure für sinnvoll, den Problemlösungsprozess früher in den Implementationsprozess einzubringen.

Diese Ansicht schlägt sich auch in der <u>Bewertung des konkreten Implementationsprozesses</u> <u>und seiner Akteure</u> nieder. Alle Transferakteure vertreten die Ansicht, dass für zukünftige



Implementationsprozesse die Transferakteure, oder zumindest ein Teil von ihnen, ein tieferes Verständnis für die Abläufe und Strukturbedingungen des pflegerischen Arbeitsalltages haben sollten. Dies sei für die benötigte Pflegespezifik nötig und um Vertrauen und Erkenntnis bei den Mitarbeitern zu fördern. Zudem sei das Konzept der Dialogseminare in seiner Länge zu straffen. Weiterhin wird die Rolle der Pflegedienstleitung diskutiert. Die Mitarbeiter der Modellstation des Alice Hospitals hätten sich in der Wahrnehmung der Transferakteure einen früheren Einbezug gewünscht. Zukünftig wäre es sinnvoll, die Pflegedienstleitung nach Rücksprache mit den Mitarbeitern - früher einzubeziehen. Überhaupt wird die Zustimmung und Unterstützung durch die Führungsspitze als wichtig angesehen und ebenso deren Willen, Partizipationsprozesse zuzulassen.

Als ein weiterer wichtiger Aspekt wird die frühzeitige Information anderer Berufsgruppen herausgestellt, um diese für das Konzept und ggf. veränderte Verhaltensweisen der Projektteilnehmer oder neue Arbeitsabläufe zu sensibilisieren, denn die hochgradig verzahnten Arbeitsabläufe im Krankenhaus würden einen Dominoeffekt in der Akteurskette bewirken: verändert eine Berufsgruppe etwas, hat dies in den meisten Fällen Auswirkungen auf die anderen Berufsgruppen.

Im Hinblick auf die <u>Verstetigungssicherung</u> auf einer Station sollte eine ausreichend große Anzahl an Mitarbeiter motiviert mit dem Konzept arbeiten, da ansonsten die Verstetigung fraglich erscheint. Zur genauen Anzahl an benötigten Mitarbeiter werden hingegen keine einheitlichen Angaben gemacht. Grundsätzlich gelte: "...je mehr desto besser!"

4.3.3.2 Phase 2: Transfer auf die erste Modellstation der Kinderklinik

Nach Abschluss der Entwicklungsaktivitäten auf der Modellstation des Alice Hospitals stand der Transfer des Konzeptes auf eine Modellstation der chefarztgeführten Kinderklinik an. Es sollte eruiert werden, ob und welche Anpassungsleistungen im Hinblick auf das Konzept durch die veränderte Organisationsform nötig wären. Zudem sollten die als nötig erachteten Modifizierungen am Konzept durch die bisherigen Erfahrungen mit der Modellstation des Alice Hospitals umgesetzt werden.

Rahmenbedingungen und Implementationsprozess

Vor dem Transfer in die Kinderklinik wurden das entwickelte Schulungsmaterial und das Konzept der Dialogseminare von zwei Projektmitgliedern des Hauses mit pädagogischen Kenntnissen didaktisch überarbeitet. Sie sollten auch die als erforderlich erachtete didaktische Schulung der Transferakteure übernehmen. Die Schulung sollte mittels des Konzeptes "training-on-the-job" während der Dialogseminare erfolgen. Um nötiges Feedback geben zu können, war die Anwesenheit eines schulenden Projektmitgliedes, welches gleichzeitig eine Führungsposition im Alice Hospital einnimmt, nötig. Das Team der Transferakteure bestand zu diesem Zeitpunkt aus vier Personen: aus den bisherigen Transferakteuren ergänzt um 2



Mitarbeiter der ersten Modellstation, um den als notwendig erachteten Praxisbezug herzustellen.

Da die Modellstation des Alice Hospitals geäußert hatte, eine frühere Einbindung der Pflegedienstleitung wäre sinnvoll gewesen, sollte dies nun beim Transfer in die Kinderklinik umgesetzt werden. Die Station wurde demzufolge gefragt, ob sie die Teilnahme der Pflegedienstleitung an den Dialogseminare wünsche, was diese jedoch vehement verneinte und Unruhe in das Stationsteam brachte.

Auch nahm die erste Modellstation der Kinderklinik zu Beginn des Prozesses nicht freiwillig am Projekt teil, was ebenfalls zu Unmut auf Seiten der Mitarbeiter führte. Nach Gesprächen mit der Projektgruppe und der Führung wurde die Teilnahme am Projekt dann freigestellt. Zudem erbat sich die Station eine vierwöchige Bedenkzeit, um über die Teilnahme am Projekt grundsätzlich zu entscheiden.

Auf dieser ersten Transferstation der Kinderklinik wurden ebenfalls 8 Dialogseminare, allerdings inhaltlich und zeitlich verkürzt, durchgeführt. Diese notwendigen Modifizierungen ergaben sich aus den Erfahrungen mit der ersten Modellstation des Alice Hospitals. Der Problemlösungsprozess wurde, ebenfalls aufgrund der vorliegenden Erfahrungen, zu einem früheren Zeitpunkt, nach der Schulung der ersten beiden Gesundheitshebel eingeführt. Die Problemlösungstreffen folgen nun einem verkürzten, wöchentlichen Rhythmus und blieben zunächst pflegeintern. Ggf. anfallende Probleme mit anderen Berufsgruppen wurden direkt, ohne extra anberaumte Treffen, gelöst. Der Implementationszeitraum dauert noch an.

4.3.3.2.1 Bewertung des Implementationsvorgehens

Teilnahme und Freiwilligkeit: Darüber, dass die unfreiwillige Teilnahme der ersten Modellstation in der Kinderklinik eindeutig negative Konsequenzen für den Implementationsprozess hatte und daher zukünftig solche Situationen zu vermeiden sind, sind sich alle Transferakteure einig. Sie erachten es als sinnvoll, "freiwillige Verbindlichkeit" zu praktizieren, d. h. die grundsätzliche Teilnahme freizustellen. Fällt dann aber der Entschluss der Mitarbeiter zur Teilnahme, sollte an den Einführungsveranstaltungen und Lösungstreffen auch kontinuierlich teilgenommen werden, damit das Konzept verinnerlicht wird und Handlungssicherheit entstehen kann. Dafür benötigen die Mitarbeiter Informationen über das Konzept, über Ziele, Chancen und Grenzen usw. Diese Informationen hat die Modellstation, nach Wahrnehmung einiger Transferakteure, jedoch zu spät erhalten. Daraus entstanden unnötigerweise unrealistische Vorstellungen/ Erwartungen und ebenso Misstrauen.

Rolle der Führungspersonen und Partizipation: Der frühzeitige Einbezug der Pflegedienstleitung wird prinzipiell als sinnvoll erachtet. Allerdings zeigte sich auf der zweiten Modellstation ein unerwarteter, großer Widerstand gegen dieses Vorgehen. Zudem war eine Führungsperson aus dem Haus zu Anfang in den Dialogseminaren anwesend. Ihre Aufgabe war es, den



Transferakteuren didaktisches Feedback zu geben, da diese eine didaktische Schulung für notwendig erachteten. Auch die Anwesenheit dieser Person erzeugte Unmut im Stationsteam und so nahm sie nach klärenden Gesprächen nicht mehr an den Dialogseminaren teil. Das didaktische Feedback erfolgte über eine weitere Führungsperson aus dem Haus, die den Pflegekräften näher steht und deren Anwesenheit akzeptiert wurde. Insgesamt wurden insbesondere zu Beginn des Implementationsprozesses einige, zum Teil schwere, Rollen-übertritte gesehen. Diese resultieren nach Ansicht der Befragten aus den Doppelrollen von Führungskraft und Projektmitglied und werden von den Transferakteuren eindeutig negativ gewertet.

Vor diesem Hintergrund beurteilen die Transferakteure die Bereitschaft der Führung, Partizipations- und Veränderungsprozesse zuzulassen, verhalten. Wenn dies gewünscht würde, müssten die dafür notwendigen Strukturen usw. *vor* der Implementation geschaffen werden. Instrumente: Der überwiegende Anteil der Transferakteure beurteilt das nun verkürzte Konzept der Dialogseminare auf der Modellstation der Kinderklinik als angemessen. Auch die Problemlösungs- /resp. Entlastungstreffen bzw. der Problemlösungsprozess würden gut von den Mitarbeitern angenommen. Allerdings nimmt die Hälfte der Transferakteure wahr, dass die "Gesundheitsaufgaben", d. h. die von jedem Mitarbeiter individuell durchzuführende Analyse eines Problems anhand des Problemlösungsprozesses zum jeweiligen Schichtende, bei den Mitarbeitern auf Ablehnung stoße, da diese zu diesen Zeitpunkten vom vorangegangenen Dienst erschöpft seien.

Im Allgemeinen nimmt ein Teil der Transferakteure eine größere Offenheit der Mitarbeiter wahr und zwar desto eher, je besser die Rahmenbedingungen sind, die das Projekt vorgibt. Zudem sei der gestiegene Teamaustausch durch das Projekt als positiv zu werten.

Transferakteure: Die Rekrutierung zusätzlicher hauseigener Mitarbeiter von der ersten Modellstation als Transferakteure wird von beiden bisherigen Transferakteuren als voller Erfolg gewertet. Sie bringen das nötige Praxiswissen mit und fördern so Verständnis und Vertrauen im Team. Allerdings erfordert die Rolle des Transferakteurs eine weitere Konkretisierung und klarere Abgrenzung im Kompetenzbereich gegenüber Leitungen und Mitarbeitern, da beide Aspekte zu Anfang sehr diffus wahrgenommen wurden. Eine professionelle Moderatorenschulung vor Implementationsbeginn wäre ebenso dringend erforderlich gewesen. Als weiteres Problem wird gesehen, dass die neuen Transferakteure nicht in die Entwicklung des Transferkonzeptes eingebunden gewesen waren, dieses aber vermitteln sollten. Ein Teil der Transferakteure hätte es für sinnvoll erachtet, die eigenen (projektbezogenen) Erfahrungen und Ideen dort produktiv mit einfließen lassen zu können.



4.3.3.2.2 Inhaltliche Bewertung des Konzeptes

Die inhaltliche Unvollständigkeit des Gesundheitshebelkonzeptes wird von den Transferakteuren weiterhin gesehen. Die Mitarbeiter beschäftigten sich überwiegend mit pflegeinternen organisatorischen Kleinproblemen. Strukturelle hierarchische Probleme oder interpersonale Konflikte und Problemlagen fänden nach wie vor keine bzw. wenig Beachtung. Des Weiteren sei trotz des veränderten Transferprozess und der veränderten didaktischen Unterlagen keine größere Pflegespezifik oder Praktikabilität hergestellt. Der Problemlösungsprozess allerdings wird weiterhin als sinnvolles Strukturierungsmittel für die Bearbeitung von Problemen bewertet, den die Mitarbeiter gerne aktiv einsetzen.

4.3.3.2.3 Grad der Zielerreichung: Hat sich Gesundheitskompetenz gebildet?

Im Grundsatz bewerten die Transferakteure die Situation auf der ersten Modellstation der Kinderklinik ähnlich wie auf der ersten Modellstation des Alice Hospitals. Es sei lediglich eine partielle Sensibilisierung für Problemlagen zu erkennen aber keine grundsätzliche Übernahme des Gesundheitshebelansatzes, womit die Bildung von Gesundheitskompetenz fraglich sei, stellen doch die Gesundheitshebel die analytische Grundlage für den Problemlösungsprozess dar, der wiederum zentraler Bestandteil der erfolgreichen Entwicklung von Gesundheitskompetenz ist.

Der Problemlösungsprozess wird auch von den Mitarbeitern dieser Station aktiv und gerne eingesetzt. Allerdings verschärfe der nun frühere Einbezug des Problemlösungsprozesses die Fokussierung der Mitarbeiter darauf, was Befürchtungen einer zu starken Fixierung auf (organisatorische) Probleme weckt, so dass der Gesundheitsbezug immer weiter verloren gehe. Zudem sei die Nachhaltigkeit in Gefahr. Gruppenbezogene Lösungsprozesse würden zwar in Teilen umgesetzt, zur langfristigen Verankerungen des Gesundheitsbezuges nötige individuelle Perspektivänderungen in Bezug auf die eigene Gesundheit fänden aber nicht statt.

4.3.3.2.4 Empfehlungen für weitere Implementationsprozesse

Neben den bereits ausgesprochenen Empfehlungen resultieren aus der Bewertung von Phase 2 folgende zusätzliche Anregungen für zukünftige Implementationsprozesse:

<u>Vor Implementationsbeginn</u> sei eine ausführliche Information der potentiellen Teilnehmer über Ziele, Chancen und Grenzen der Intervention usw. durchzuführen, damit sie eine fundierte Entscheidung für oder gegen ihre Teilnahme fällen könnten und keine unrealistischen Erwartungen oder Vorstellungen geweckt würden.



In Bezug auf den konkreten <u>Transferprozess</u> äußert ein Transferakteur, die Sinnhaftigkeit der Gesundheitsaufgaben sei grundsätzlich zu überdenken, da die Mitarbeiter sie ablehnen. Ebenso erscheine das Konzept der Dialogseminare trotz der stattgefundenen inhaltlichen und strukturellen Kürzung noch immer zu lang und zu theoretisch.

Die Hälfte der Befragten betont darüber hinaus nun, dass die <u>Transferakteure</u> nicht direkt aus der Durchführungsorganisation kommen sollten, um das notwendige Vertrauensverhältnis aufbauen zu können, was bei zu engen Verflechtungen von Mitarbeitern und Transferakteuren schwierig sei. Zudem könne so evtl. Rollenkollisionen vorgebeugt werden. Grundsätzlich müsse potentiellen Transferakteuren konkrete Angaben zu geschätztem zeitlichen und inhaltlichen Aufwand gemacht werden, damit diese sich für oder gegen diese Rolle entscheiden könnten.

Die Rolle der Führungspersonen und deren Einbezug haben sich als zentrales Element herausgestellt. Neben den bereits genannten Aspekten "Einbezug der Pflegedienstleitung" und "Partizipationswille" seien Rollendopplungen "Führung und Interventionsmitglied" grundsätzlich wegen Rollenkollisionen zu vermeiden.

4.3.3.3 Phase 3 – Transfer auf die restliche Kinderklinik

Nach Abschluss der ersten beiden Entwicklungs- und Erprobungsphasenphasen stand nun die flächendeckende Einführung des Konzeptes in der Kinderklinik an.

Rahmenbedingungen und Implementationsprozess

Der Transfer auf die restliche Kinderklinik wurde grundlegend verändert und verkürzt. Es wurde im Vorfeld eine Arbeitsgruppe "Transfer" gegründet. Die AG bestand aus Mitarbeitern des Alice Hospitals, drei Vertretern des Projektbüros (2 davon nur temporär), Mitarbeitern der ersten beiden Modellstationen aus Alice Hospital und Kinderklinik sowie der Pflegedienstleitung der Kinderklinik. Der Transfer und dessen Planung wurden bewusst als Maßnahmen der Verstetigungssicherung in die Hand der Durchführungsorganisation gelegt. Der Transfer verlief in 4 Schritten:

- 1. Ende November 2008 fand der 1. Einführungsworkshop statt. Dazu eingeladen waren die Stationsleitungen plus jeweils 2 interessierte Mitarbeiter und, zu Informationszwecken, die Ärzte. Diese erschienen allerdings nur in geringer Anzahl und blieben darüber hinaus auch nicht lange. Die Dauer der Veranstaltung betrug 4 Stunden, in denen folgende Inhalte vermittelt wurden: die ersten 4 Gesundheitshebel, Grenzen/ Chancen des Projektes und zu erfüllende Rahmenbedingungen (2 Paten benennen, mind. 2x im Monat treffen, regelmäßig die Pflegedienstleitung informieren). Die Anzahl der Teilnehmer war auf Wunsch der Pflegedienstleitung freigestellt.
- 2. Danach erhielten die Stationen 14 Tage Bedenkzeit, in denen sie über ihre grundsätzliche Teilnahme beschließen sollten. Alle bettenführenden Abteilungen ent-



- schlossen sich dann zeitnah zur Teilnahme. Nach einigen Wochen folgten weitere Funktionsabteilungen nach.
- 3. Nach Ablauf der 14 Tage folgte für die Mitarbeiter der Stationen der 2. Workshop, an dem pro Station unterschiedlich viele Mitarbeiter teilnahmen. Inhalte waren die restlichen Gesundheitshebel und der Problemlösungsprozess.
- 4. Einige Stationen begannen bereits im Dezember 2008 andere erst im Januar 2009 mit den Entlastungstreffen (frühere Problemlösungstreffen).

Grundlegende Änderungen sind also die starke Verkürzung des Konzeptes der Dialogseminare und die Einführung des Patenkonzeptes. "Paten" sind engagierte Mitarbeiter einer jeden Station, die sich vor Ort um die Umsetzung des Konzeptes und die Verstetigung kümmern. Die Paten treffen sich alle 4 Wochen zu einem Patentreffen, an dem auch die Präventionscoaches (frühere Transferakteure) sowie die Pflegedienstleitung der Kinderklinik teilnehmen. Zweck ist der gegenseitige Austausch und das voneinander Lernen sowie ggf. die Entwicklung einer gemeinsamen Strategieplanung bei stationsübergreifenden Problemen.

Eine weitere Strategie der Mitarbeiter-Motivation war eine ausgedehnte Werbeaktion der Führungsebene der Kinderklinik im Vorfeld der Workshops.

Neben diesen Maßnahmen fand eine namentliche Umbenennung des Konzeptes des "Transferakteurs" in "Präventionscoach" statt, vermutlich um den Namen dem Projektthema anzupassen. Als Präventionscoaches agieren wieder die beiden Mitarbeiter der ersten Modellstation des Alice Hospitals, eine Mitarbeiterin des Projektbüros (aber überwiegend in passiver Beobachter- und Unterstützungsperspektive) und eine Mitarbeiterin der innerbetrieblichen Fort- und Weiterbildungsabteilung des Alice Hospitals.

Die genannten Maßnahmen zeigen die Bemühungen, aus den Erfahrungen mit den beiden Modellstationen zu lernen und diese positiv umzusetzen. Nachfolgend die Einschätzungen der Präventionscoaches zu den entsprechenden Bereichen:

4.3.3.3.1 Bewertung des Implementationsvorgehens

Teilnahme und Freiwilligkeit: In der Kinderklinik ist die Teilnahme zwar freiwillig aber die von den Präventionscoaches angestrebte "freiwillige Verbindlichkeit" ist noch nicht eingetreten. Die Teilnahme an den Einführungsveranstaltungen und den Lösungstreffen ist nach wie vor sehr schwankend, was von den Präventionscoaches als kritisch bewertet wird, da die Problemlösung und überhaupt die Arbeit mit dem Konzept aufgrund der unterschiedlich ausgeprägten Wissensbestände erschwert wird. Was jedoch als eindeutig positiv gewertet wurde, war die explizite Darstellung der Chancen und Grenzen, Ziele und Rahmenbedingung der Intervention innerhalb der Einführungsveranstaltungen.



Die Rolle der Führung in diesem Implementationsprozess wird deutlich positiver bewertet. Das frühe und formale Einbinden der Pflegedienstleitung in die Patentreffen (wobei die Pflegedienstleitung auf ihre Anwesenheit nicht besteht) wird als sinnvoll beurteilt, da zum einen Vertrauen untereinander entsteht und zum anderen gleich die Bedingungen und ggf. notwendigen Unterstützungsmaßnahmen für Lösungsvorschläge mit der Pflegedienstleitung besprochen und geklärt werden können bzw. welche Lösungsansätze umsetzbar erscheinen. Ebenso wird die intensive Werbung für den Implementationsprozess von Seiten der Führung vor Implementationsbeginn als positiv und motivationsfördernd eingeschätzt.

Instrumente: Über das Konzept der Dialogseminare herrschen unterschiedliche Meinungen: einige halten es für zu lang, andere für zu kurz und komprimiert. Einig ist man sich aber in der Einschätzung, dass die Gesundheitshebel nach wie vor zu theoretisch und alltagsfremd für die Pflegekräfte sind, der Problemlösungsprozess dennoch gut von den Mitarbeitern angenommen würde. Allerdings würden die Entlastungstreffen zu Beginn eher als Belastung wahrgenommen. Als vermutete Gründe werden die anfängliche Unsicherheit im Umgang mit dem Konzept, die Unbewusstheit in Bezug auf den eigenen Handlungsspielraum und der erhöhte Nachschulungsbedarf genannt, der sich aufgrund des verkürzten theoretischen Inputs in den Dialogseminaren ergibt. Mit zunehmender Sicherheit im Umgang mit dem Konzept nehme das Belastungsgefühl bei den Mitarbeitern aber wieder ab. Weiterhin wird der gemeinsame "Start" der Abteilungen in Bezug auf die Arbeit mit dem Konzept als positiv gewertet, da so gegenseitiges Verständnis gewährleistet sei. Ein Teilnehmer äußert Besorgnis, die Stationen würden sich zu wenig (1-2 Mal im Monat) treffen, um das Konzept verinnerlichen zu können.

Ein höheres Interesse von Seiten der Ärzte bei den Dialogseminaren wäre als hilfreich für den weiteren Prozess eingeschätzt worden. Ohne dass dies geschieht, werden die aus der Vergangenheit bekannten Verständnisprobleme befürchtet.

Präventionscoaches und Paten:

Der Alltagsbezug der Präventionscoaches wird weiterhin als zentraler positiver Faktor für den Implementationsprozess herausgestellt. Zudem wird die Mitgliedschaft in der AG "Transfer" und die Möglichkeit der Einflussnahme auf das Transferkonzept als positiv gewertet. Allerdings herrsche weiterhin die Wahrnehmung von Rollen- und Kompetenzdiffusität. Ausgelöst würde dies wohl durch den veränderten Aufgabenbereich. Die Präventionscoaches sind aktuell zu Beginn der Problemlösungstreffen und bei Bedarf für die Stationen da, um, wenn nötig, Unterstützung im Umgang mit dem Konzept zu geben. Die eigentliche Moderation der Treffen sollte aber von einem Stationsmitglied erfolgen. Da diese aber erst verspätet eine Moderatorenschulung erhielten, was "idealerweise vorher hätte stattfinden sollen", war zu Anfang der Treffen große Unsicherheit auf deren Seite zu verzeichnen. Dazu kam der ungewohnte Umgang mit dem Konzept. Beide Faktoren erforderten ein stärkeres Eingreifen der



Präventionscoaches als geplant. Parallel bestand aber der Anspruch, die Selbständigkeit und Partizipationshandlungen der Stationen nicht zu gefährden. Dieses Spannungsfeld sei wohl für das Gefühl der Rollendiffusität verantwortlich.

Die neu eingeführte Nachhaltigkeitsstrategie der "Paten" und dazugehörig die "Austauschplattform" Patentreffen werden als Erfolg bewertet. Allerdings müssten die Paten auf ihren Stationen gewollt und akzeptiert sein, ansonsten drohten Rollenkonflikte im Spannungsfeld von Teammitglied und Führungsrolle.

4.3.3.3.2 Inhaltliche Bewertung des Konzeptes

Auch in dieser Phase nehmen die Präventionscoaches noch immer die überwiegende Bearbeitung organisatorischer Marginalprobleme und die inhaltlichen "blinden Flecke" des Konzeptes wahr. Als weitere notwendige Ergänzung sei die jeweilige Teamstruktur und Gruppendynamik stärker in den Blick zu nehmen, um ggf. auftretenden Teamkonflikten frühzeitig zu begegnen und so eine erfolgreiche Implementation und generelle Möglichkeit der Lösungsfindung zu gewährleisten. Die Lösung von Teamkonflikten allerdings, so ein Votum, sei nicht Teil der Intervention.

<u>Die Instrumente:</u> Neben der bisher angesprochenen unzureichenden Anpassung des Gesundheitshebelkonzeptes an pflegepraktische Problemstellungen und der Handhabbarkeit im alltäglichen Arbeitsvollzug äußert nun ein Votum grundsätzliche Bedenken an der Abbildbarkeit komplexer Alltagssituationen in einem fromalisierten Konzept.

Zudem seien generell die unterschiedlichen Zielebenen der Intervention, Person und Gruppe, nicht deutlich genug vermittelt worden bzw. würden verwirren. Dies gilt insbesondere für den Hebel "Umgang mit Beanspruchungen" der eindeutig individuumspezifisch sei, während der Rest meist auf gruppenbezogenen Prozessen beruhe.

4.3.3.3.3 Grad der Zielerreichung: Hat sich Gesundheitskompetenz gebildet?

Auf der ersten Modellstation des Alice Hospitals habe sich der Problemlösungsprozess fest etabliert und soll auch nach Projektende weitergeführt werden. Ein grundsätzlicher Perspektivwechsel hin zur eigenen Gesundheit habe aber immer noch nicht stattgefunden. Partiell sei weiterhin eine höhere Sensibilität gegenüber arbeitsbezogenen Belastungsdeterminanten zu erkennen, insgesamt sei die Einstellung des Teams im Hinblick auf das Projekt aber sehr heterogen.

Auf der ersten Modellstation der Kinderklinik stelle sich die heterogene Projekteinstellung im Team noch klarer heraus mit konkreten negativen Folgen für den Implementationsprozess:



- Durch die geringe Anzahl motivierter Mitarbeiter und die kritischen Stimmen im Team herrsche noch immer eine sehr aufwandsbezogene Perspektive auf die Projektintervention.
- Es fänden zu wenige Problemlösungstreffen statt, um eine nachhaltige Verankerung der Lösungen und ihre durchgehende Bearbeitung sicherzustellen. Zudem erschwere die geringe Anzahl Motivierter die Umsetzung.

Einschätzung für die weiteren Abteilungen der Kinderklinik

Aufgrund der erst relativ kurzen Laufzeit des Implementationsprozesses sei es für eine Beurteilung noch zu früh. Jedoch herrsche momentan noch eine hohe Aufwandorientierung und Frustration vor, da zu Beginn erst einmal hohe Eigenleistungen erbracht werden müssten, bevor Ergebnisse sichtbar würden. Insgesamt sei der Einsatz des Konzeptes jedoch erfolgreich, es hapere aber noch an der langfristigen Verankerungen der Lösungen.

4.3.3.3.4 Empfehlungen für weitere Implementationsprozesse

Als Ergänzung zu den bereits genannten Faktoren in diesen Abschnitten können folgende Punkte festgestellt werden:

In Bezug auf den konkreten <u>Transferprozess</u> bzw. auf die Ausgestaltung der Dialogseminare herrscht Uneinigkeit. Es wird geäußert, das Konzept könne nun so bleiben, aber auch, dass eine erneute Ausweitung (zeitlich und inhaltlich) von Vorteil sein könne, um die Implementation zu sichern, da aktuell ein hoher Nachschulungsbedarf in den Entlastungstreffen bestünde. Mehr Einigkeit herrscht bei der Einschätzung, die Moderatoren der Entlastungstreffen benötigen vor Beginn der Treffen eine Moderatorenschulung oder entsprechende Vorkenntnisse, um ihrer zugedachten Strukturierungs- und Steuerungsaufgabe als Moderatoren gewachsen zu sein.

Das Konzept der Paten wird als sinnvoll erachtet und sollte beibehalten werden. Allerdings müssten die Paten auf ihren Stationen, wie bereits erwähnt, gewünscht und akzeptiert sein, um Rollenkonflikte zu vermeiden. Plane eine Institution zudem die Einführung auf mehreren Stationen, sollte die Einführung des Konzeptes zeitgleich stattfinden, um das gegenseitige Verständnis zu gewährleisten und die gegenseitigen Motivationseffekte nutzen zu können.

4.3.4 Fazit

Die zentralen Einschätzungen der Präventionscoaches/ Transferakteure werden nun anhand der Themen Rahmenbedingungen, Akteure, Instrumente und Gesundheitskompetenz zusammengefasst.



Als wesentliche Rahmenbedingung wurde die Freiwilligkeit der Teilnahme klar herausgestellt, da sonst die nötige Motivation der Mitarbeiter nicht gegeben ist. Ebenso sei auf die frühzeitige und vollständige Information über alle geplanten Interventionen zu achten. Dabei seien die Themenbereiche "Chancen und Grenzen", "Teilnahmebedingungen" und die ausdrückliche Klarstellung der geforderten aktiven Rolle der Pflegekräfte/ Mitarbeiter besonders wichtig. Im Hinblick auf die Rolle der Führungskräfte hat sich herausgestellt, dass der Zeitpunkt und die Form des Einbezuges der Pflegedienstleitung mit ihr und den Mitarbeiter im Vorhinein abgeklärt werden sollte, um anschließend Missverständnisse und Irritationen zu vermeiden. Im Allgemeinen sollte die Führungsebene Partizipations- und Veränderungswillen aufweisen, da sonst keine Veränderungsprozesse stattfinden können. Die deutliche Äußerung der Unterstützung der Intervention wirke ebenfalls motivierend auf die Mitarbeiter, allerdings seien Doppelrollen wegen der Gefahr von Rollenkollisionen zu vermeiden.

Auf der Ebene der einzelnen Akteure werden folgende Faktoren als zentral thematisiert:

- Die Präventionscoaches sollten Pflegepraxiswissen, am besten auch konzeptbezogenes Wissen, besitzen. Allerdings sollten sie nicht aus der Durchführungsorganisation stammen, um das nötige Vertrauensverhältnis zu den Mitarbeitern aufbauen zu können. Zudem benötigen sie didaktische Kompetenzen, um ihrer Moderatorenrolle gerecht werden zu können.
- Die Paten von den Stationen bilden einen wichtigen Bestandteil der Implementation.
 Sie müssen von ihren Teams aber gewollt und akzeptiert sein, ansonsten drohen Rollenkonflikte und Frustration.
- Die **Moderatoren der Patentreffen** benötigen Moderationskompetenz, um insbesondere zu Beginn der Problemlösungstreffen die Gruppe zu strukturieren.
- Die **teilnehmenden Mitarbeiter** sollten Veränderungswillen und Motivation mitbringen. Dafür sei die frühzeitige Information der Mitarbeiter von zentraler Bedeutung.
- **Weitere Berufsgruppen** seien frühzeitig einzubinden und zu informieren, da sonst die Lösung interprofessioneller Probleme fraglich sei.

Auf Ebene der <u>Instrumente</u> werden die Gesundheitshebel heterogen beurteilt. Sie seien auf der einen Seite gut zur Problemanalyse, hätten aber andererseits "blinde Flecken" und wären insgesamt zu theoretisch und alltagsfremd.

Über die optimale inhaltliche und zeitliche Konzeption der Dialogseminare herrscht Uneinigkeit. Einig ist man sich aber in der Einschätzung, der Problemlösungsprozesse/ die Entlastungstreffen würden gut angenommen. Allerdings bestünde die Gefahr der Fixierung auf kleinere organisatorische Probleme, ausgelöst durch die "blinden Flecken" des Gesamtkonzeptes. Trotz allem böten die Entlastungstreffen einen formalen Rahmen, in



dem strukturiert an Problemen gearbeitet werden könne, was als äußerst positiv bewertet wird, da dies sonst im Allgemeinen nicht vorgesehen sei.

Bezüglich einer erfolgreichen Entwicklung von <u>Gesundheitskompetenz</u>, herrscht ebenfalls eine heterogene Einschätzung. Der strukturierte Problemlösungsprozess würde gerne und aktiv genutzt, allerdings gäbe es noch Probleme in der nachhaltigen Verankerung der gefundenen Lösungsansätze. Zudem wird es kritisch gesehen, dass die Gesundheitshebel oft nur nebenbei eingesetzt würden, da sie die Verständnisgrundlage der Situationsanalyse und des Problemlösungsprozesses darstellten. Die Sensibilität für arbeitsbezogene Belastungsdeterminanten sei nur partiell erfolgreich verankert. Ein genereller Perspektivenwechsel hin zur eigenen Gesundheit hätte nicht stattgefunden.

Zusammenfassend lassen sich aus den Implementationsbewertungen der Transferakteure Anregungen für einen weiterführenden Umsetzungs- und Verstetigungsprozess ableiten:

Sie beziehen sich auf erforderliche Rollenklärungen und Sicherstellen von Rollenkompetenzen auf allen Ebenen im Vorfeld sowie eine inhaltlich und in der Reichweite klar geschärfte pflegepraxisnahe Ausrichtung des Implementationskonzeptes.



4.4 Inhaltsanalyse der Problemsheets

Im Rahmen des 3P-Projekts stehen der Erwerb und die Förderung einer Gesundheitskompetenz für Pflegende der stationären Versorgung im zentralen Interesse. Die Intervention der Problemlösungstreffen mit einer systematischen Bearbeitung von relevanten Problemen (Problemsheets) der Hauptakteure (Pflegenden) soll die Möglichkeit der Gesundheitskompetenzentwicklung stärken. Vor diesem Hintergrund stand die Analyse der Problemsheets unter den folgenden Fragestellungen:

- 1. Welche Themen (Problemthemen, Ursachen, einhergehende Anforderungen, Lösungsansätze) werden behandelt?
- 2. Wieviele Treffen fanden zu den einzelnen Problembearbeitungen statt?
- 3. Welchen Status erreichten die Problemlösungsprozesse?
- 4. Wie erfolgte die Nutzung und Verteilung der Gesundheitshebel?

4.4.1 Methode

Da eine direkte Teilnahme der Evaluatoren an den Problemlösungstreffen nicht möglich war, wurde der systematische Lösungsprozess durch eine strukturierte qualitative Dokumentenanalyse¹³ evaluiert.

Die Systematik des Formblattes - mit dem Weg über die Benennung des Themas, der Problemdefinition/ nalyse, der zu vermindernden oder zu verhindernden Belastungen, den möglichen Lösungen und der angegebenen Gesundheitshebel - wurde direkt zur Strukturierung der Auswertung übernommen und in ein tabellarisches Format überführt. Hierzu wurden lediglich die Benennungen der einzelnen Prozessschritte verändert (s. Abbildung 7, blaue Felder). Die protokollierten Aussagen in diesen Feldern konnten so theoriegeleitet codiert und ausgewertet werden.

Die formellen Daten aus den Bereichen "Belastungspunkte", "Anzahl der Teilnehmer pro Problemlösungstreffen", "Anzahl der Problemlösungstreffen zu einem Sheet" und "Status des 3P-Kreises" (s. Abbildung 7, oranger Bereich) wurden ebenfalls in die Matrix der Auswertungstabelle übertragen. So konnten die durch die Dynamik des Projektes entstehenden Veränderungen des Problemlösungsprotokolls – eine zu Beginn des Projektes handschriftlich geführte Dokumentation, die im weiteren Verlauf in ein EDV gestütztes Formular (mit zusätzlichen Versionsveränderungen) überführt wurde - in die Auswertung integriert werden.

¹³ vgl. Mayring 2002, S. 46-50 und S. 114-117



Abbildung 7 Strukturschema der Auswertungstabelle

Benennung im Formblatt	Benennung in der Excel-Tabelle			
Thema	Thema			
Problembeschreibung und Ursachenbenennung	Problembenennung			
Welche Belastungen sollen vermindert/ verhindert werden?	Belastungen durch das Problem			
Lösungsvorschlag unter Berücksichtigung der Gesundheitshebel	Lösungsansatz			
Gesundheitshebel	Gesundheitshebel			
Belastungspunkte				
Anzahl der Teilnehmer pro Problemlösungstreffen				
Anzahl der Problemlösungstreffen zu einem Sheet				
Status des 3P-Kreises				

Für die Erstellung des tabellarischen Datensatzes wurde die Excel-Software Version 2007 verwendet, da mit der Pivot-Table Funktion dieser Software die summarische Auswertung und grafische Aufbereitung der Ergebnisse in zwei weiteren Schritten möglich war.

4.4.2 Codierung

Für die Codierung kamen zwei methodische Ansätze zum Einsatz. Bei den Dokumentenbereichen, in denen Belastungen und Lösungsansätze formuliert waren, wurde eine deduktive Codierung mittels theoriegeleiteten Kategorien durchgeführt. Für die Themenkomplexe der Problemsheets wurden induktiv Kategorien gebildet, die Zuordnung erfolgte in einem weiteren Schritt. Beide Schritte sollen hier erläutert werden.

4.4.2.1 Codierung der Belastungen und Lösungsansätze

Die Dokumentenbereiche des Problemlösungsprotokolls "Problemdefinition/ Analyse", "Belastungen aus dem Problem", "Zieldefinition" und "Lösungsansatz unter Berücksichtigung der Gesundheitshebel" wurden mittels theoriegeleiteten Kategorien codiert (siehe Abbildung 8, S. 66 und Abbildung 9, S. 67). Eine fehlende Trennschärfe in der Formulierung von Belastungen und Lösungsansätzen zu den einzelnen Dokumentenbereichen führte zu der Entscheidung der Evaluatoren, immer dann Belastungen oder Lösungsansätze zu codieren, wenn sie so aus dem Kontext zu verstehen waren.

Die so benannten Belastungen/ Beanspruchungen werden hier als "Anforderungen" codiert, die Lösungsansätze als "Ressourcen" bezeichnet, die aktiviert werden können. Zur Differenzierung der Anforderungen und Ressourcen wurde der Ursprungsort in "intern" (innerhalb der Person liegend, z.B. "Eigenmotivation") und "extern" (außerhalb der Person liegend, z.B. "Delegation" oder "Anschaffen neuer Geräte") klassifiziert. Zur Klarstellung der Beeinflussbarkeit von genannten Anforderungen bzw. der Aktivierung von Ressourcen aus



Sicht der Akteure, wurde mit den Codes "direkter Einflussbereich" (z.B. "bessere Selbstorganisation") und "nicht direkter Einflussbereich" (z.B. "Delegation an XY") gearbeitet.

Externe Anforderungen bzw. Ressourcen können unterschiedlichen Bereichen entstammen: "interpersonal" (Beziehungen zwischen mindestens 2 Personen, z.B. "bessere Absprachen treffen mit XY"), "sozio-kulturell" (unmittelbare die Lebenswelt überschreitende, aber für die Arbeit bedeutsame gesellschaftliche und kulturelle Gegebenheiten, z.B. "Arbeitskultur im Haus"), "materiell-technisch" (Geld, Vermögen, Güter, Dienstleistungen, Technik, z.B. "neue Geräte anschaffen") und "organisationsbezogen" (Abläufe, Zuständigkeiten, Regeln, z.B. "Abläufe verändern").

Eine Differenzierung von internen Anforderungen bzw. Ressourcen erfolgte in "körperlich-physisch" (Funktionen und Kräfte des Organismus, z.B. "länger dableiben") und "personal-soziopsychisch" (Persönlichkeitsmerkmale, Wissen, Werte/ Überzeugungen/ Haltungen, Gefühle, motivationale Komponenten, Handlungsbereitschaft und –kompetenz, z.B. "Motivation für bestimmte Handlungen").

Für die Nutzung von Ressourcen wurden zwei übliche Regulationsmechanismen unterschieden und codiert: "die Veränderung des eigenen Verhaltens" (z.B. "sich besser organisieren") und "Veränderung der Bedingungen" (z.B. "andere Arbeitszeiten"). Zur Terminologie vgl.: Pfaff¹⁴, Lazarus/Folkmann ¹⁵, Badura¹⁶, Faltermaier¹⁷, Siegrist¹⁸, Becker¹⁹.

Problemlösungsformulare mit interdisziplinären Komponenten wurden aus dem Blickwinkel zweier betroffener Gruppen untersucht und bei den Angaben zwischen der Perspektive "Arzt" und "Pflegekraft" unterschieden.

¹⁴ vgl. Pfaff 2004

¹⁵ vgl. Lazarus, Folkmann 1988

¹⁶ vgl. Badura 2008, S. 3-34

¹⁷ vgl. Faltermaier 2005, S. 157-166

¹⁸ vgl. Siegrist 1998, S. 225-235

¹⁹ vgl. Becker 2003, S. 13-15



Abbildung 8 Codebaum für die Anforderungen aus dem Problembereich

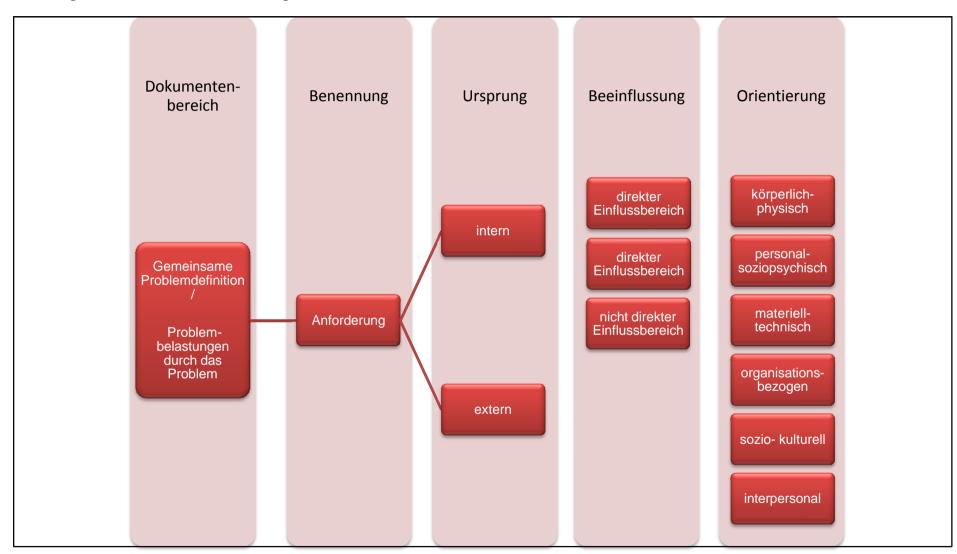
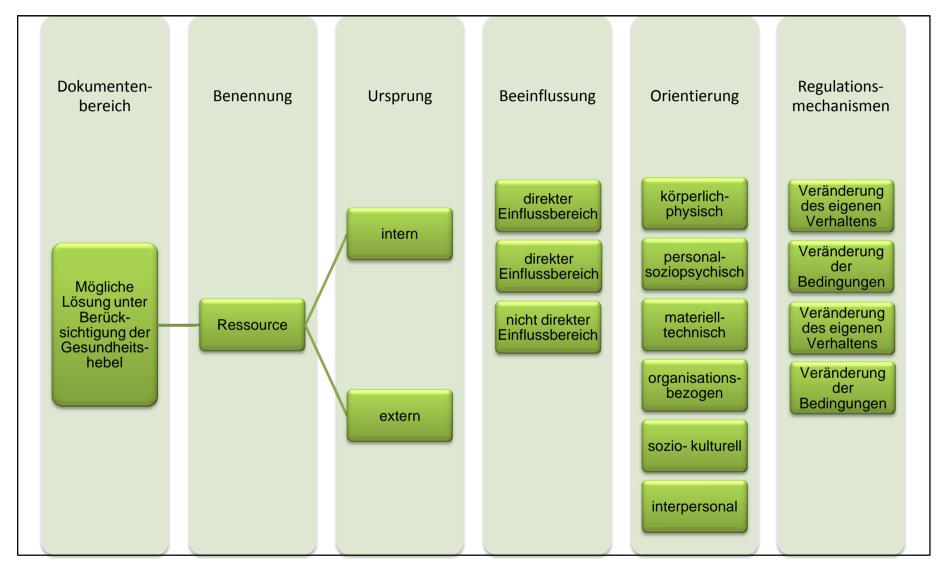




Abbildung 9 Codebaum für die eingesetzten Ressourcen in dem Lösungsansatz





4.4.2.2 Codierung der Themenkomplexe

Das Thema der Problemlösungsprozesse wurde unter der Betrachtung des Problems zum Berufsgruppenkontext (z.B. Fachbereiche, interdisziplinäre Personengruppen) und der Problemursache hin untersucht. Hierbei kam es auf induktivem Weg zur Bildung von Kategorien. Für den Berufsgruppenkontext konnte zentral zwischen monodisziplinären und interdisziplinären Problemen unterschieden werden. Im Detail bildeten sich die Kategorien "monoprofessionelles Problem (Pflege)" - ein Problemgebiet, welches eine singuläre Relevanz für Pflegende eines Teams auf einer Station oder Fachgruppe aufweist (z.B. die Unordnung im Patientenzimmer durch eine inkonsistente Materialwirtschaft von Pflegeartikeln) -, "interprofessionelles Problem (Pflege/ Arzt)" - ein Problem, welches sich in der Kooperation zwischen der Berufsgruppe der Pflegenden und der Ärzte abspielt (z.B. Belastungen aus der Tatsache zu spät geschriebener Entlassungsbriefe, die den kompletten Arbeitsablauf der Patientenentlassung für beide Berufsgruppen unterbrechen) – und "interprofessionelle Probleme (Pflege/ andere Fachgruppen)" – ein Problem, welches sich in der Kooperation zwischen der Berufsgruppe der Pflegenden zweier differenter Fachdisziplinen oder anderer Berufsgruppen außer den Ärzten abspielt (z.B. fehlende Absprachen und Informationen im Bereich der Entsorgung von infektiösen Abfallsäcken zwischen dem Pflegeteam und dem Reinigungspersonal).

Die Betrachtung der Problemlösungsprozesse unter dem Fokus der Problembenennung führte zur Bildung von acht Themenkategorien (s. Abbildung 10).

Abbildung 10 Themenkategorien unter dem Fokus der Problembenennung

Themenkategorien		
Zusammenarbeit mit Mentoren		
Personalmangel (erhöhte Arbeitsbelastung)		
Arbeitsorganisation (allgemeine Rahmenbedingungen)		
Arbeitsorganisation (teamintern)		
Interpersonelle Teamprobleme		
Interpersonelle Teamprobleme (verschiedener Stationen/ gleicher Fachdisziplin)		
Interdisziplinäre Teamprobleme		
Sonstige		

In der Kategorie "Zusammenarbeit mit Mentoren" findet sich eine Ursache des Problems im kooperativen Miteinander von Mentoren und den anzuleitenden Personen. Ein Beispiel für ein solches Problem zeigt sich in einer fehlenden Zuordnung der Schüler zu den Mentoren.



Hier kann es zu Unsicherheiten auf Seiten des Anzuleitenden kommen, da die mögliche Ansprechperson bei Problemen nicht bekannt ist.

Für den Punkt "Personalmangel (erhöhte Arbeitsbelastung)" zeichnet sich ein Personalmangel (z.B. reduzierte Schichtbesetzung, erhöhter Krankenstand oder Überbelegung von Patientenbetten auf Station) als zentrale verantwortliche Ursache für entstehende Belastungen ab.

Der Bereich "Arbeitsorganisation (allgemeine Rahmenbedingungen)" weist sein Ursachenpotential für die Problementstehung in Störungen des Arbeitsablaufes durch von außen regulierende und einwirkende Faktoren auf. Das Verhalten von Eltern bezogen auf die Pflege ihres Kindes durch die professionellen Pflegenden und sich ein daraus ergebendes Konfliktverhältnis zwischen beiden Parteien ist ein Beispiel für diese Kategorie.

Der Aspekt der "Arbeitsorganisation (teamintern)" zeigt ebenfalls Störungen im Arbeitsablauf (siehe oben), allerdings durch Verhaltensweisen im eigenen Arbeitsteam. Ein Beispiel hierfür zeigt sich in einem differenten Verhalten der Pflegenden bei der Apotheken-Bestellung (einmal wird der Medikamentenrücklauf aus der Apotheke überprüft, aber nicht gegengezeichnet, ein andermal wird er dokumentiert, in einem dritten Fall wird auf diesen Arbeitsschritt komplett verzichtet), welches zu Belastungen bei fehlenden Medikamenten auf der Station führen kann.

Die Kategorie "Interpersonelle Teamprobleme" beschreibt als Ursache eines Problems Konflikte im Team unter den einzelnen Mitgliedern. Beispielhaft hierfür ist ein insuffizientes Kritikverhalten von Pflegenden untereinander bei fehlerhaften Übergaben oder mangelnder Zimmerauffüllung (Pflegeartikel).

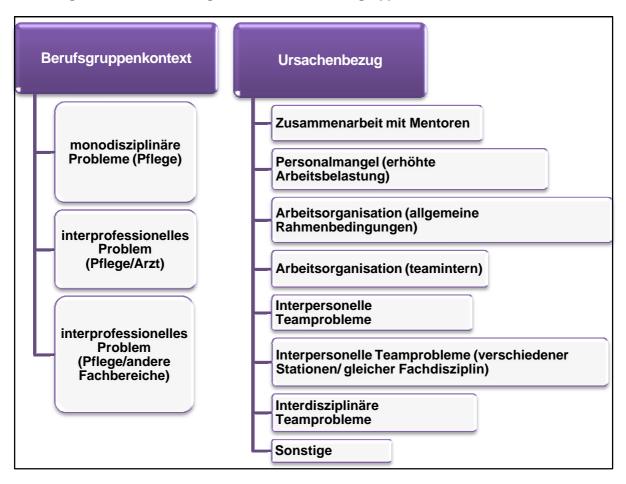
Für "Interpersonelle Teamprobleme (verschiedener Stationen/ gleicher Fachdisziplin)" zeigen sich die Ursachen von Problemen aus Konflikten zwischen Personen oder Gruppen verschiedener Stationen mit gleicher Fachdisziplin (z.B. Pflegepersonen). Übergabeprobleme zwischen zwei Stationen sind beispielhaft für diesen Punkt. Durch eine nächtliche Zusammenlegung zweier Stationen, wobei Pflegende einer Station keinen Nachtdienst ableisten, kommt es morgendlich aufgrund von Defiziten in der persönlichen Wertschätzung zu Unterbrechungen in der Informationsweitergabe.

Der Bereich "Interdisziplinäre Teamprobleme" ist geprägt von fehlender Kooperation zwischen zwei Fachdisziplinen. Ein häufig anzutreffendes Konfliktfeld bietet die Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärzten. Beispielhaft zeichnet sich das Problem in der Absprache und Handlungskonsequenz bei Dienstraumnutzungen ab. Vereinbarte Termine zur Nutzung des Dienstraumes für Übergaben des Pflegeteams werden durch ärztliche Akteure missachtet und schaffen so Gruppenkonflikte.

Unter dem Punkt "Sonstiges" wurden alle Themen codiert, deren Ursache keiner der oben genannten Kategorien entsprach.



Abbildung 11 Themencodierung im Kontext der Berufsgruppen und der Problemursache



4.4.2.3 Codierung des Status 3P-Kreis

Der 3P-Kreis soll den aktuellen Status des Problemlösungsprozesses sichtbar machen. In den Lösungsprotokollen wurde dieser in einer numerischen Folge von 1-5 angegeben und mittels einer Legende erläutert (vgl. Abbildung 12).

Abbildung 12 Statusanzeige des Problemsheets im Lösungsprotokoll (Quelle: EDV-gestütztes Lösungsprotokoll aus dem 3P-Projekt im Alice Hospital)

	16. Aktuellen Status bitte eintragen	4
<u>Legende</u>	1 = Belastung erkannt und definiert 2 = Ziele, Verantwortung und Zeitpunkt vereinbart 3 = Lösungsvorschlag ausgearbeitet + von allen akzeptier 4 = Vorschlag in der Umsetzung 5 = Thema abgeschlossen (Rückmeldung)	

Für die Erstellung der Auswertungstabelle wurde diese Systematik von den Evaluatoren übernommen.



4.4.2.4 Codierung der Gesundheitshebel

Im Rahmen des Lösungsprozesses sollten von den Teilnehmern die für die Lösung des Problems zur Anwendung gekommenen Gesundheitshebel ausgewählt werden. Hierzu wurden fünf Gesundheitshebel (s. Abbildung 13), die eingangs des Projektes definiert und geschult wurden, in das Lösungsprotokoll eingearbeitet und konnten so direkt ausgewählt werden.

Abbildung 13 Wahlmöglichkeiten der Gesundheitshebel im Lösungsprozess (Quelle: EDV-gestütztes Lösungsprotokoll aus dem 3P-Projekt im Alice Hospital)



Für die Erstellung der Auswertungstabelle wurde diese Systematik von den Evaluatoren übernommen.

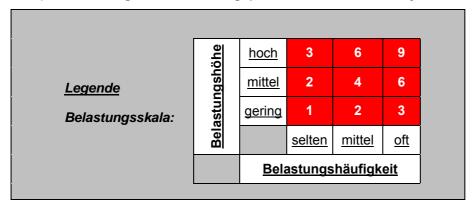
4.4.2.5 Codierung der Belastungspunkte

Die Teilnehmer der Problemlösungstreffen sollten die Belastungen, die durch das Problem entstehen und auf die Personen wirken, in einer Gesamtheit mittels einer Punktzahle von 1-9 bewerten (s. Abbildung 14).

Es zeigte sich eine inhomogene Dokumentation der Belastungspunkte in der Differenzierung zwischen Belastungshöhe und Belastungshäufigkeit. Der Punktwert wurde ohne Kontext zu den beiden Aspekten im Protokoll dokumentiert. Für die Erstellung der Auswertungstabelle wurde diese Systematik von den Evaluatoren übernommen.



Abbildung 14 Verteilungsmöglichkeit der Belastungspunkte im Rahmen des Lösungsprozesses (Quelle: EDV-gestütztes Lösungsprotokoll aus dem 3P-Projekt im Alice Hospital)



Ein Fehlen von Daten im Lösungsprotokoll (z.B. nicht ausgefüllte Textelemente des Lösungsprotokolls, fehlende Dokumentation des Status im 3P-Kreis, der Gesundheitshebel oder der Belastungspunkte) wurde von den Evaluatoren als "keine Angaben" codiert. Im Bereich der Belastungspunkte kam es zu Beginn des Projektes zu keinen Einträgen, da diese Möglichkeit noch nicht vorgesehen war. Erst in einer weiteren Version des Protokolls wurde dieser Punkt mit aufgenommen. Bei allen weiteren fehlenden Dokumentationen waren die Gründe hierfür von den Evaluatoren nicht nachvollziehbar, so dass sie auch nicht gewertet werden konnten.

4.4.3 Ergebnisse

Es konnten im Rahmen des 3P-Projektes am Alice- Hospital von den Evaluatoren insgesamt n=176 Problemlösungsprotokolle (100%) ausgewertet werden (Stand August 2009). Rund 56% (n=98) Protokolle entstammen aus dem curricularen Teilprojekt (angefertigt von Schülern und Studenten, diese Auswertung ist nicht Gegenstand des vorliegenden Berichtes) während ca. 44% (n=78) der Lösungsprotokolle im Alice-Hospital und der Kinderklinik von den Teams der stationären Pflege erarbeitet wurden. Die Problemsheets der stationäre Pflegeeinrichtungen (allgemeine Erwachsenenpflege und Kinderklinik, rot markiert) stehen in dieser Ergebnisdarstellung im zentralen Blickpunkt, während die Sheets des curricularen Teilprojektes an anderer Stelle dargestellt werden. Die Modellstation des Alice-Hospital (allgemeine Erwachsenenpflege) erstellte im Zeitraum von Juni 2007 bis Februar 2009 ca. 27% (n=47) der Lösungsprotokolle. Die Kinderklinik mit den Stationen A+B+C, die Station PSO sowie die Aufnahme "PRIMA" dokumentierten von Januar 2008 bis Mai 2009 rund 17% (n=30) der gesamten Lösungsprotokolle (s. Abbildung 15).



Abbildung 15 Verteilung der Lösungsprotokolle auf die Stationen (Stand August 2009)

Ort	Anzahl LP	Zeitraum
Schüler Staffel 1	n=21	Mai 2008 - September 2008
Schüler Staffel 2	n=27	November 2008 - Dezember 2008
Schüler Staffel 3	n=27	Dezember 2008 - Januar 2009
Studenten	n=23	Januar 2009 - April 2009
Gesamt curriculares Teilprojekt	n=98 (56%)	
Station 1A	n=21	Juni 2007 - September 2007
Station 1A	n=24	September 2007 - November 2008
Station 1A	n=2	Januar 2009 - Februar 2009
Gesamt allgemeine Erwachsenenpflege	n=47 (27%)	
Station A	n=13	Januar 2008 - März 2009
Station B	n=3	Dezember 2008 - Februar 2009
Station C	n=5	Januar 2009 - März 2009
Station PSO	n=4	Dezember 2008 - März 2009
Aufnahme PRIMA	n=5	Dezember 2008 - Mai 2009
Gesamt Kinderklinik	n=30 (17%)	
Gesamt	n=175 (100%)	

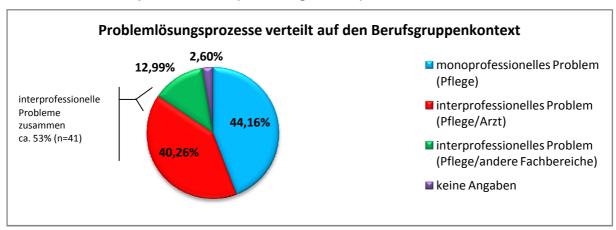
Ein Dokument aus der Kinderklinik wurde für eine Gesprächsvorbereitung verwendet. Es konnte daher keine Problemauswertung durchgeführt werden, so dass für den stationären Bereich n=77 (100%) Protokolle analysiert wurden und in die folgende Ergebnisdarstellung einfließen.

4.4.3.1 Berufsgruppenkontext

Die Betrachtung des Berufsgruppenkontextes aller Problemlösungsthemen (n=77) zeigt, dass die monoprofessionellen Probleme (Pflege) mit 44,16% (n=34) dominieren. Die zweite Stelle nehmen mit 40,26% (n=31) die interprofessionellen Probleme zwischen Pflege und ärztlichem Team ein. Mit 12,99% (n=10) stehen die interprofessionellen Probleme zwischen Pflege und anderen Fachbereichen auf Platz drei (s. Abbildung 16).

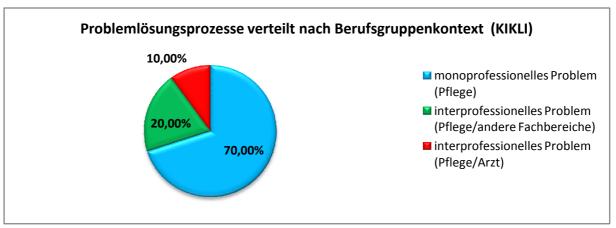


Abbildung 16 Problemlösungsprozesse verteilt auf den Berufsgruppenkontext n=77 der Modellstation Alice-Hospital und KIKLI (Stand August 2009)



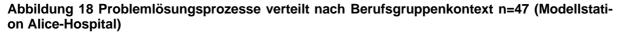
Deutlich wird, dass die interprofessionellen Probleme – aller Problemlösungsprozesse zusammen - mit ca. 53% (n=41) überwiegen. In der fokussierten Betrachtung der Prozesse nur aus der Kinderklinik zeigte sich bei den n=30 (100%) Sheets mit 70% (n=21) ein Überwiegen von monodisziplinären Problemen. Die interprofessionellen Konflikte nehmen hierbei mit 30% (n=9) den zweiten Platz ein (s. Abbildung 17).

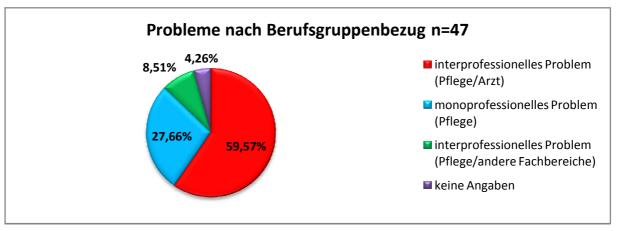
Abbildung 17 Problemlösungsprozesse verteilt auf den Berufsgruppenkontext n=30 nur KIKLI (Stand August 2009)



Anders im Alice-Hospital: hier stehen die interprofessionellen Probleme Pflege/ Arzt auf der Modellstation mit 59,57% (n=28) mit Abstand an erster Stelle. Die monoprofessionellen Probleme (Pflege) betragen hierbei 27,66% (n=13).



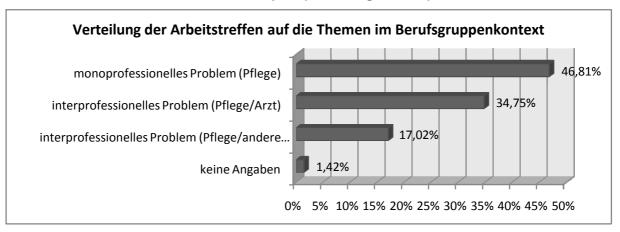




4.4.3.2 Treffen zu den Lösungsprozessen

Die Bearbeitung der Probleme erfolgte in Treffen von Arbeitsgruppen auf den Projektstationen. Es zeigte sich eine inhomogene Verteilung der Anzahl von Treffen pro Problembearbeitung. Insgesamt wurden n=141 (100%) Treffen dokumentiert. Bei einem Thema wurde sieben Arbeitsgruppentreffen dokumentiert, welches das Maximum der Treffen pro Problem darstellte. Mit einem Treffen pro Problembearbeitung zeichnete sich das Minimum ab. Im Mittel wurden 1,83 Treffen pro Problem durchgeführt. Die Betrachtung der Treffen pro Problem im Berufsgruppenkontext zeigt, dass mit 46,81% (n=66) zu den monoprofessionellen Problemen die meisten Sitzungen stattfanden. Die Anzahl der Treffen zu den interprofessionellen Problemen (Pflege/ Arzt) 34,75% (n=49) sowie zu den interprofessionellen Problemen (Pflege/ andere Fachbereiche) 17,02% (n=24) nahmen die Plätze zwei und drei ein (s. Abbildung 19).

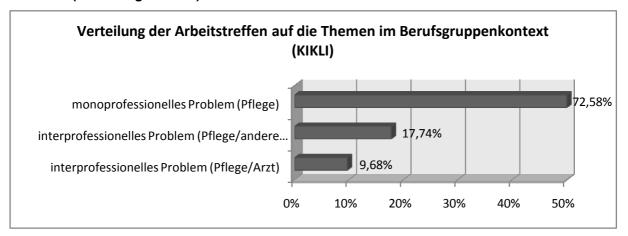
Abbildung 19 Verteilung der Arbeitstreffen bezogen auf die Themen im Berufsgruppenkontext der KIKLI und der Modellstation Alice-Hospital (Stand August 2009) n=141



Im Bereich der Projektstationen der Kinderklinik zeigte sich mit 72,58% (n=45) der höchste Anteil von Treffen bei monoprofessionellen Problemen. Mit 27,42% (n=17) stellten die Arbeitstreffen zu den interdisziplinären Problemen gut ein Viertel aller Sitzungen in der Kinderklinik dar (s. Abbildung 20).

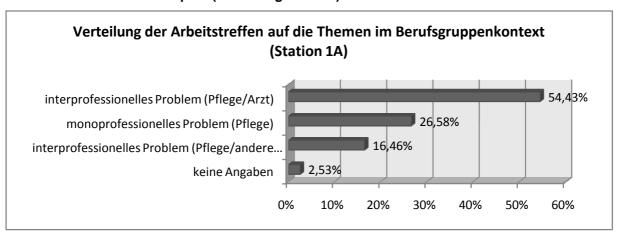


Abbildung 20 Verteilung der Arbeitstreffen bezogen auf die Themen im Berufsgruppenkontext der KIKLI (Stand August 2009) n=62



Auf der Modellstation des Alice Hospitals fanden hingegen die meisten Treffen, mit 54,43% (n=43), zu den Sheets mit interprofessionellen Problemen zwischen der Pflege und dem ärztlichen Behandlungsteam statt. Die zweithäufigste Anzahl von Treffen fanden zu den monoprofessionellen (Pflege) Problemsheets, mit 26,58% (n=21), statt (s. Abbildung 21).

Abbildung 21 Verteilung der Arbeitstreffen bezogen auf die Themen im Berufsgruppenkontext der Modellstation Alice-Hospital (Stand August 2009) n=79



4.4.3.3 Belastungspunkte

Die ursprünglich zu wählenden Belastungspunkte unter Berücksichtigung der Belastungshöhe und der Belastungshäufigkeit konnte von den Evaluatoren nicht differenziert ausgewertet werden. Die Angabe der Belastungspunkte erfolgte als einzelner Wert, der nicht in die Matrix (vgl. Abbildung 14, S. 72) eingetragen, sondern an anderer Stelle dokumentiert wurde. So gingen die Evaluatoren von einer Wertung mittels Punkten aus, welche die "gefühlte Belastung" der Beteiligten durch das Problem wiedergeben sollte. Die Skala weist bei einem Punkt die geringste Belastung und bei neun Punkten die höchste Belastung durch das Problem aus. Von n=77 (100%) Lösungsprotokollen kam es bei 42,86% (n=33) zu keiner Angabe von Belastungspunkten. Der Grund für diese hohe Quote begründet sich darin, dass die erste Version der Lösungsprotokolle die Angabe von Belastungspunkten noch nicht vorsah. Als häu-



figste Belastungshöhe wurden mit 28,57% (n=22) **6 Punkte** gewählt. An zweiter Stelle folgte die Wahl von **9 Punkten** mit 11,69% (n=9) und an dritter Stelle die Priorisierung von **4 Punkten** mit 10,39% (n=8). Auf der Modellstation des Alice-Hospital wurden in 68,09% (n=32) der Protokolle keine Angaben zu den Belastungspunkten gemacht (zum Start auf dieser Station war dies noch nicht vorgesehen). Nach Einführung der Belastungspunkte wurden mit 14,89% (n=7) **6 Punkte**, mit je 6,38% (n=3) **9** und **4 Punkte** gewählt. In der Kinderklinik fanden sich bei n=30 (100%) Lösungsprotokollen nur 3,33% (n=1) ohne Angaben. Die Rangliste der gewählten Belastungspunkte gleicht derer der Gesamtheit: **6 Punkte** mit 50,00% (n=15), **9 Punkte** mit 20,00% (n=6) und **4 Punkte** mit 16,67% (n=5).

Ein interessanter Aspekt zeigt sich in der Betrachtung der Höhe der Belastungspunkte bezogen auf die Verteilung zu den berufsgruppenbezogenen Problemthemen. Es zeigte sich, dass in der Kinderklinik und auf der Modellstation des Alice-Hospital die 6 Belastungspunkte am häufigsten vergeben wurden, die Vergabe von 9 Punkten, ebenfalls auf beiden Stationen, aber hauptsächlich bei interprofessionellen Problemen erfolgte. In der Betrachtung der Zahlen beider Fachrichtungen verdeutlicht sich dies (s. Abbildung 22).

Abbildung 22 Gewählte Belastungspunkte verteilt auf die Themen und ihre berufsgruppenbezogenen Probleme n=77 Kinderklinik und Modellstation Alice-Hospital (Stand August 2009)

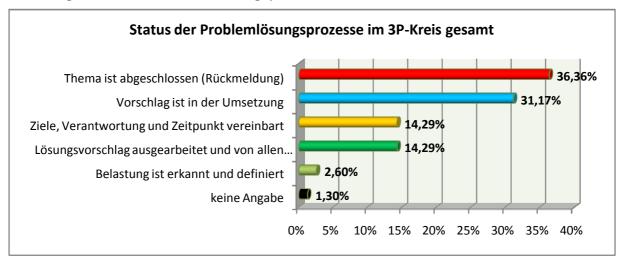
Gewählte Belastungspunkte Problemlösungs		
Keine Angabe	33	42,86%
6 Punkte	22	28,57%
interprofessionelles Problem (Pflege/ andere Fachbereiche)	2	2,60%
interprofessionelles Problem (Pflege/ Arzt)	7	9,09%
monoprofessionelles Problem (Pflege)	13	16,88%
9 Punkte	9	11,69%
interprofessionelles Problem (Pflege/ andere Fachbereiche)	3	3,90%
interprofessionelles Problem (Pflege/ Arzt)	4	5,19%
monoprofessionelles Problem (Pflege)	2	2,60%
4 Punkte	8	10,39%
interprofessionelles Problem (Pflege/ andere Fachbereiche)	2	2,60%
interprofessionelles Problem (Pflege/ Arzt)	1	1,30%
monoprofessionelles Problem (Pflege)	5	6,49%
2 Punkte	3	3,90%
monoprofessionelles Problem (Pflege)	3	3,90%
3 Punkte	2	2,60%
interprofessionelles Problem (Pflege/ andere Fachbereiche)	1	1,30%
monoprofessionelles Problem (Pflege)	1	1,30%
Gesamtergebnis	77	100,00%

4.4.3.4 Status der Problemlösungsprozesse

Die Auswertung des Status der Problemlösungsprozesse und ihr Lösungsschritt im Rahmen des 3P-Kreises zeigt, dass bei allen Problemlösungsprozessen der KIKLI und der Modellstation des Alice-Hospital zusammen 36,36% (n=28) abgeschlossen sind und sich bei 31,17% (n=24) der Lösungsvorschlag in der Umsetzungsphase befindet.



Abbildung 23 Status der Problemlösungsprozesse im 3P-Kreis beider Kliniken n=77



Eine differenzierte Betrachtung beider Bereiche erlauben Abbildung 24 und Abbildung 25:

Abbildung 24 Status der Problemlösungsprozesse im 3P-Kreis Kinderklinik n=30

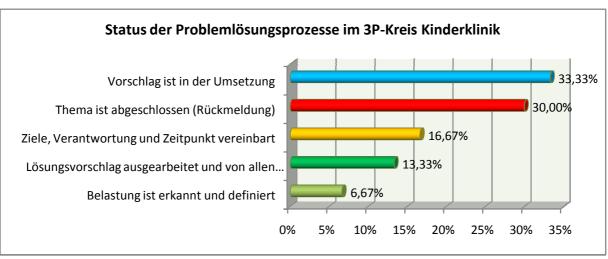
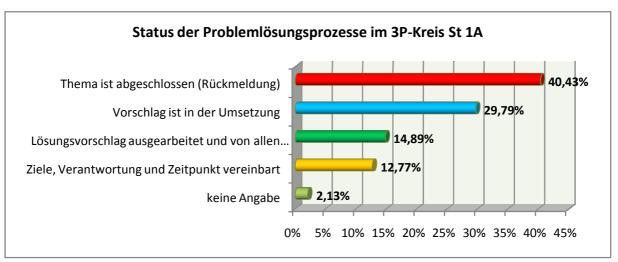


Abbildung 25 Status der Problemlösungsprozesse im 3P-Kreis Modellstation Alice-Hospital n=47





4.4.3.5 Verteilung der Gesundheitshebel

In den Problemlösungsprotokollen konnten fünf Gesundheitshebel (Prioritäten setzen, Handhabung von Abweichungen, Kommunikation und Zusammenarbeit, Handhabung von organisatorischen Rahmenbedingungen, Qualitätsarbeit) für eine mögliche Lösungsstrategie gewählt werden. In allen Problemsheets (n=77) kam es zu n=214 Nennungen, die sich auf die Gesundheitshebel verteilten. Die Handhabung von organisatorischen Rahmenbedingungen mit 28,50% (n=61), der Hebel Kommunikation und Zusammenarbeit mit 26,17% (n=56) und die Qualitätsarbeit mit 21,03 (n=45) sind die drei am häufigsten gewählten Hebel. Der Hebel Kommunikation und Zusammenarbeit wurde in den Problemlösungsprozessen der Kinderklinik am häufigsten gewählt (s. Abbildung 26).

Gewählte Gesundheitshebel in der Kinderklinik

** Kommunikation und Zusammenarbeit

** Handhabung von organisatorischen Rahmenbedingungen

** Prioritäten setzen

** Qualitätsarbeit

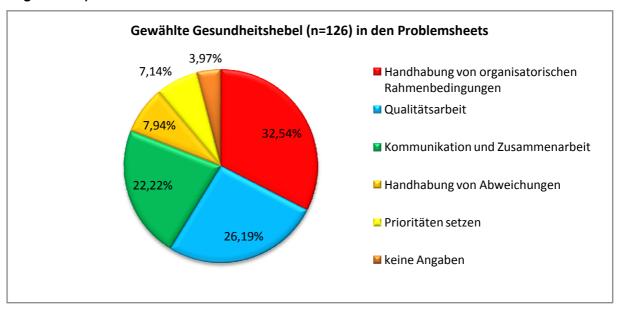
** Handhabung von Abweichungen

Abbildung 26 Gewählte Gesundheitshebel in der Kinderklinik n=88 (Stand August 2009)

Die Arbeit mit dem Hebel "Handhabung von organisatorischen Rahmenbedingungen" wurde auf der Modellstation Alice-Hospital am häufigsten gewählt (s. Abbildung 27).



Abbildung 27 Gewählte Gesundheitshebel auf der Modellstation Alice-Hospital n=126 (Stand August 2009)



4.4.3.6 Kategorien der Problembenennungen

Die durch vermeintliche Ursachen des Problems codierten Themenkategorien offenbaren in der zusammenfassenden Auswertung, dass die "interdisziplinären Teamprobleme" mit 44,16% (n=34) an erster Stelle stehen. Die Arbeitsorganisationen sowohl teamintern (31,17%, n=24), als auch auf die allgemeinen Rahmenbedingungen (12,99%, n=10) bezogen, nehmen die zweite und dritte Stelle ein. In der Klinik getrennten Betrachtung zeigt sich, dass in der Kinderklinik teaminterne arbeitsorganisatorische Ursachen als Problembenennung an erster Stelle stehen, während auf der Modellstation Alice-Hospital die interdisziplinären Teamprobleme die meisten Probleme verursachen (s. Abbildung 28 und Abbildung 29).

Abbildung 28 Themenkategorien der Problemlösungsbenennung in der Kinderklinik n=30 (Stand August 2009)

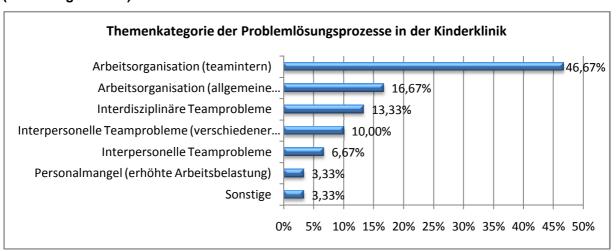
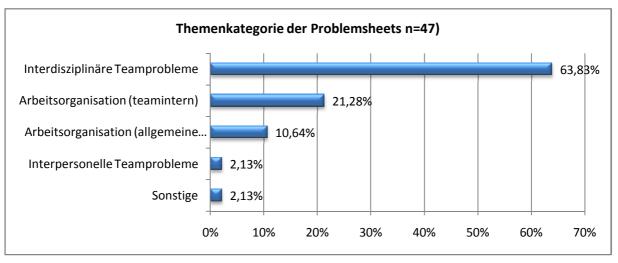




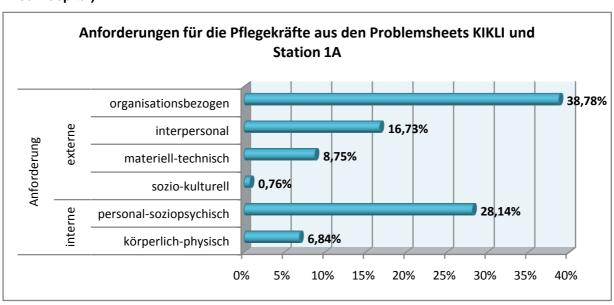
Abbildung 29 Kategorien der Problembenennungen auf der Modellstation Alice-Hospital n=47 (Stand August 2009)



4.4.3.7 Ergebnisse aus den Dokumentenbereichen der Problemlösungsprotokolle

Aus der Codierung der Textsegmente "Problemursache", "Belastung durch das Problem" (vgl. Codierung der Belastungen und Lösungsansätze, S. 64) ergaben sich für die Problemlösungsprotokolle der KIKLI und der Station 1a (n=77) insgesamt 263 (100%) Anforderungen. Die externen Anforderungen überwogen mit 65,02% (n=171) gegenüber den internen Anforderungen mit 34,98% (n=92). In der Differenzierung der internen und externen Anforderungen bezogen auf den Richtungsbereich ihrer Entstehung zeigte sich, dass die "organisationsbezogenen" unter den externen Anforderungen und die "personal-soziopsychischen" aus dem Bereich der internen Anforderungen die häufigsten Ursachen darstellten (s. Abbildung 30).

Abbildung 30 Art der Anforderungen bei genannten Problemen n=263 (KIKLI und Modellstation Alice-Hospital)





In den Lösungsansätzen aller Problemsheets (n=77) zeigten sich 163 Ressourcen (100%). In der ebenfalls differenzierten Betrachtung (interne und externe Ressourcen) wurde deutlich, dass die Verwendung externer Ressourcen mit 58,90% (n=96) häufiger vorkam als der Einsatz von internen Ressourcen mit 41,10% (n=67). Im Bereich der internen Ressourcen offenbarte sich der primäre Einsatz von "personal-soziopsychischen" Fähigkeiten der Pflegenden (s. Abbildung 31).

Eingesetzte Ressourcen in den Lösungsansätzen aus den Problemsheets der KIKLI und Station 1A 12.88% materiell-technisch externe 14,72% Ressource interpersonal 31,29% organisationsbezogen nterne 41.10% personal-soziopsychisch 0% 20% 25% 30% 35% 15%

Abbildung 31 Eingesetzte Ressourcen in den Problemlösungsprozessen (KIKLI und Modellstation Alice-Hospital) n=163

4.4.4 Fazit

Die Evaluation der Problemlösungsprozesse der KIKLI und der Modellstation des Alice-Hospitals zeigte Aspekte auf, die für eine Reflektion der Pflegenden von Interesse sein könnten. Die jeweils im Vordergrund stehenden Probleme sind unterschiedlich verteilt, es zeigen sich aber auch Gemeinsamkeiten.

- Im Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit fanden sich die häufigsten Problemursachen.
- Die Problemsheets mit dem interprofessionellen Berufsgruppenkontext wiesen die höchsten Belastungspunkte auf.
- Die meisten Problemlösungstreffen fanden zur Bearbeitung monoprofessioneller Probleme statt.
- Bei der Vergabe der Belastungspunkte wurde nicht exakt zwischen Belastungshöhe und Belastungshäufigkeit differenziert, was auf ein Validitätsproblem des Instrumentes hinweisen kann.
- Die Gesundheitshebel "Handhabung von organisatorischen Rahmenbedingungen", "Kommunikation und Zusammenarbeit" und "Qualitätsarbeit" wurden am häufigsten



genannt. Diese Tatsache könnte wertvolle Hinweise für Unterstützungsstrategien der Institution darstellen.

- Die Reaktion der Pflegenden auch auf externe organisationsbezogene Anforderungen wird vorrangig mit personal-soziopsychischen Ressourcen beantwortet, die bei Misslingen der Lösungsprozesse eine personelle Demotivation verursachen könnte.

Empfehlung der Evaluatoren: Die aufgezeigten Ergebnisse lassen eine weitere Untersuchung der Praktikabilität der Problemlösungen im Alltag als sinnvoll erscheinen, um die langfristige Entlastungsfunktion und fachlich-inhaltliche Funktionalität von Problemlösungen beschreiben und gegebenenfalls sicherstellen zu können. Bei erst 36,36% zum Abschluss gekommene Problemlösungsprozessen, ist die effektive Verstetigung der Lösungsmechanismen noch aufzeigen.



4.5 Schriftliche Befragung der Mitarbeiter der Kinderklinik

Im Rahmen einer Basiserhebung vor jeglicher Intervention (Zeitpunkt T 0), wurde im April 2007 eine schriftliche Befragung der Pflegenden der ersten Pilotstation der Kinderklinik und im Juni 2007 eine schriftliche Befragung der Pflegenden der gesamten Kinderklinik durchgeführt. Die T1-Erhebung fand nach Beendigung der Interventionsaktivitäten im Juni 2009 statt.

4.5.1 Konzept des Fragebogens

Die inhaltliche Gestaltung der Fragebögen erfolgte zu beiden Zeitpunkten auf der Grundlage der aktuellen arbeits-, gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Literatur. Die dort als zentrale Einflussgrößen für eine arbeitsbezogene Präventions-/ Gesundheitskompetenz genannten Dimensionen wurden in den Items des Fragebogens abgebildet (Fragebögen und Skalenübersichten s. Anhang). Die dargelegten Skalenmodifikationen erfolgten aus inhaltlichen Erwägungen und einer Anpassung an den Fragebogen des Interventionsteams. Darüber hinaus ist ein inhaltlich konzeptioneller Vergleich mit Ergebnissen von Referenzuntersuchungen möglich. De Interventionsgruppe hatte 2007 in der Kinderklinik vor Interventionsbeginn ebenfalls eine eigene schriftliche Befragung durchgeführt. Um bei der 2. Erhebung 2009 den allgemeinen Rücklauf nicht zu gefährden und die Belastung der Mitarbeiter so gering wie möglich zu halten (in der Zeit erfolgten noch weitere qualitative Befragungen der Mitarbeiter durch die Interventionsgruppe), wurde beschlossen, die zentralen Bestandteile beider Erhebungsinstrumente von Interventionsgruppe und Evaluation miteinander zu einem einzigen, neuen Erhebungsinstrument zusammenzufügen. Die Erhebung und Auswertung erfolgte durch das Evaluationsteam und bezieht sich auf die gemeinsame Schnittmenge der Variablen beider Befragungen zu beiden Zeitpunkten.

Auf der Grundlage des im Feld möglichen Evaluationsdesigns (vgl. Kap. 3) bezieht sich die Ergebnisdarstellung und Interpretation vorrangig auf die erfassbaren Veränderungen im Antwortverhalten zwischen Projektbeginn und Projektende.

Schließlich steht darüber hinaus die Frage nach dem Zusammenhang mit den zu entwickelnden Indikatoren der Scorecard im Raum.

4.5.2 Methodisches Vorgehen

Nachfolgende Ausführungen beinhalten die Einzelheiten des Feldzugangs und der Datenanalyse.

4.5.2.1 Feldzugang

Um nach ersten Entwicklungen im Belegkrankenhaus das Pflegepersonal der 2. Pilotstation des Projektes auf die Initialbefragung vorzubereiten (Ausführungen zum Untersuchungsfeld s. Kap. 1 Rahmenbedingungen des Projektes), fand ein erstes Treffen im Rahmen einer Stationsbespre-



chung statt (11.04.2007). Anzumerken ist an dieser Stelle, dass nur das examinierte Personal im Zielpunkt der Befragung und Information stand, da die Stationsassistenten nicht in der direkten Pflege arbeiten. Ziele des Besuches waren, Sinn und Zweck der Befragung zu verdeutlichen, mögliche Fragen zu beantworten und ggf. Ängste oder Vorbehalte zu minimieren und so den Beteiligten die Möglichkeit zu geben, Vertrauen aufzubauen. Der Start der eigentlichen Befragung erfolgte ca. zwei Wochen später am 23.04.2007. Die Information zum Ablauf der Befragung erfolgte am Vormittag, kurz vor der Übergabe des Frühdienstes an den Spätdienst, da zu diesem Zeitpunkt die Mitarbeiter beider Schichten anwesend waren. Dieses zweite Treffen fand in Begleitung einer hausinternen Projektmitarbeiterin statt, da sie die Mitarbeiter kennt und deren Vertrauen genießt. Aufgrund der Vorbehalte des Stationsteams, schien ihre Anwesenheit angemessen, um die Motivation für die geplante Befragung zu erhöhen. Zudem fand nach der Datenanalyse eine Ergebnisvorstellung für die Pflegekräfte statt (Rückkopplungsgespräche), ein Aspekt der ebenfalls auf großes Interesse stieß und die Motivation erhöht haben dürfte. Insgesamt stand den Pflegekräften eine Woche zur Beantwortung der Fragen zur Verfügung. Vor Festlegung dieses Zeitraums wurde die Anwesenheit der Pflegekräfte auf Station während dieser Woche abgeklärt, um abzusichern, dass für jeden Interessenten die Möglichkeit bestand, den Bogen auszufüllen.

Zwei Monate später fand dann eine Vollerhebung der Kinderklinik statt (20.06.-30.06.2007): Hausinterne Projektmitarbeiter nahmen ca. 2 Wochen vor Befragungsbeginn Kontakt mit den Stationen auf, um die Befragung anzukündigen und über deren Sinn und Zweck zu informieren. Die Fragebögen wurden durch eine hausinterne Projektmitarbeiterin und eine Mitarbeiterin des Evaluationsteams ausgegeben. Zeitpunkt war der Übergabezeitraum von Früh- auf Spätdienst, da während dieser Zeit die meisten Pflegekräfte anwesend sind und so für diese Mitarbeiter eine, aus motivationsbezogener Sicht vorteilhafte, persönliche Information gewährleistet war. Kleine Naschereien wurden mit dem Fragebogen verteilt, um die Motivation zu erhöhen.

Bei der Abschlussbefragung im Juni 2009 gestaltete sich der Feldzugang überwiegend wie 2007. Allerdings versuchten 2009 zusätzlich die mittlerweile pro Station berufenen Projekt-Paten motivierend auf die Mitarbeiter einzuwirken. Ein kostenloses Eis für die Teilnehmenden sollte die Motivation weiter positiv begünstigen. Der Befragungszeitraum erstreckte sich zuerst auf 14 Tage (26.06. –13.07.2009), wurde dann aber um eine Woche verlängert (bis 20.07.2009), um mehr Mitarbeitern die Möglichkeit der Teilnahme zu geben.

4.5.2.2 Datenanalyse

Die Datenauswertung erfolgte mittels SPSS 15. Die Daten aus den Fragen wurden deskriptiv, über die Berechnung von Werten der zentralen Tendenz und Streuung, über Mittelwertvergleiche und einfacher sowie relativer Häufigkeitsverteilungen analysiert. Sofern kein maßgeblicher Informationsverlust zu befürchten ist, erfolgt die Darstellung der Ergebnisse in dichotomisierter Form, d.h. Viererskalen werden zu zwei Ausprägungen zusammengefasst. Weiterhin ist an dieser Stelle zu



erwähnen, dass bei den Skalen ERI, Arbeitszufriedenheit und Burnout, trotz des ordinalen Skalenniveaus, eine Mittelwertberechnung stattfand. Dies ist unüblich, da dem Evaluationsteam Ergebnisse anderer Autoren aus Berechnungen anhand dieser Instrumente an ähnlichen Zielpopulationen vorliegen, schien dieses Vorgehen zum Zwecke der Vergleichbarkeit der Ergebnisse angebracht und gerechtfertigt.

4.5.3 Darstellung der Ergebnisse

Die Untergliederung der Ergebnisvorstellung beginnt mit der Stichprobendarstellung, worauf sich die Darstellung der Ergebnisse anhand der inhaltlichen Themenblöcke des Fragebogens anschließt. Zum Abschluss jedes Unterkapitels erfolgt eine Zusammenfassung der Ergebnisse mit Schlussfolgerungen.

4.5.3.1 Stichprobenbeschreibung

Im Jahr 2007 fand eine Vollerhebung aller 122 Mitarbeiter der Kinderklinik statt. Da im Jahr 2009 nur noch die aktiv mit dem Konzept arbeitenden Mitarbeiter befragt wurden (N= 85), fand auch für 2007 retrospektiv ein Ausschluss der nicht aktiven Mitarbeiter aus dem Datensatz statt, sodass für 2007 84 Mitarbeiter die Gesamtstichprobe bilden, um Vergleichsaussagen treffen zu können. Die folgenden Auswertungen beziehen sich immer auf diese angepasste Stichprobe.

Für 2007 kann somit für die Kinderklinik eine Rücklaufquote von 58, 33 % konstatiert werden, für das Jahr 2009 51,76 %.

Abbildung 32: Stichprobe und Rücklauf der schriftlichen Befragungsstichprobe und Rücklauf der schriftlichen Befragung

	2007			2009				
	N Mitarbeiter (eingeschlos- sen)	N in %	N Teil- neh- mer	Rücklauf in %	N Mitar- beiter einge- schlossen	N in %	N Teil- nehmer	Rücklauf in %
Kin- derkli- nik gesamt	84	100 %	49	58,33 %	85	100 %	44	51,76 %



4.5.3.2 Soziodemographie

Zu Beginn erfolgt die Beschreibung der Stichprobe anhand der soziodemographischen Merkmale. Die Altersverteilung der Stichprobe ist Abbildung 33 zu entnehmen.

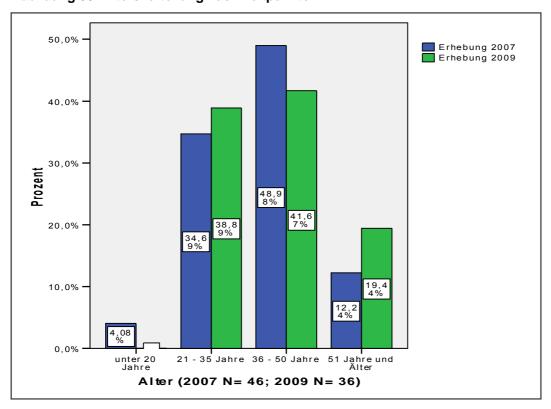


Abbildung 33: Altersverteilung nach Zeitpunkten

Zu beiden Zeitpunkten stellen die 36-50-jährigen Mitarbeiter der Mehrzahl der Teilnehmer, dicht gefolgt von den 21-35-jährigen Mitarbeitern. Vergleicht man die beiden Erhebungszeitpunkte, wird eine leichte Verschiebung zugunsten der über 51-jährigen Mitarbeiter sichtbar. Jünger als 20 Jahre ist 2009 kein teilnehmender Mitarbeiter mehr, was aus der leicht angestiegenen Anzahl der 21-35-jährigen Teilnehmerzahl resultiert. Allerdings liegen zwischen den beiden Erhebungszeiträumen 2 Jahre. Während dieser Zeit sind natürlich auch die Mitarbeiter "gealtert". Zudem kann nicht vorausgesetzt werden, dass in beiden Erhebungen die gleichen Mitarbeiter an der Befragung teilgenommen haben. Unterschiede in der Altersverteilung können also unterschiedliche Ursachen haben.

Die Vergleichbarkeit mit anderen Studien und Überlegungen zur Repräsentativität der einbezogenen Mitarbeiterinnen ist aufgrund der vorliegenden Altersintervalle schwierig, da andere Untersuchungen das Alter meist über eine offene Frage oder über 10-Jahres-Intervalle erfragen²⁰. Dennoch ist das Alter im Bezug auf Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit wichtig, denn verschiedene Erhebungen konnten einen U-förmigen Verlauf der Arbeits- und Lebenszufriedenheit beobachten. Jüngere und ältere Arbeitnehmer sind demnach zufriedener als Personen im Alter zwi-

²⁰ vgl. Simon u. a., 2005, S. 8; Wenderlein, 2005, S. 28; DAK-BGW, 2005, S. 24



schen 30 und 40 Jahren²¹. Da die vorliegenden Altersintervalle genau diesen Zeitraum teilen, kann die mögliche Wirkung der Variable Alter nicht abschließend geklärt werden.

Ähnliche Wirkung auf die Arbeits- und Lebenszufriedenheit wie das Alter hat der Zivilstand einer Person. Menschen in einer Partnerschaft sind häufig zufriedener als Menschen ohne Partner.

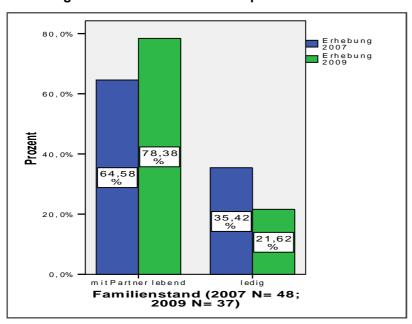


Abbildung 34: Familienstand nach Zeitpunkten

Wie Abbildung 34 zeigt, überwiegen insgesamt diejenigen Mitarbeiter in einer Partnerschaft. Diese Tendenz ist im Jahr 2009 noch deutlicher zu erkennen als 2007. Allerdings gelten auch für diese Veränderungen zwischen den Zeitpunkten die Einschränkungen wie für die Variable Alter. Die Teilnehmer sind potentiell gealtert, sind in ihren Lebensplänen vorangeschritten. Veränderungen im Zivilstand sind deshalb zu erwarten.

Zur Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder kann an dieser Stelle keine fundierte Aussage getroffen werden, da rd. 68 % der Teilnehmer hierzu keine Aussage machten.

Auch die wöchentliche Arbeitszeit nimmt Einfluss auf die Arbeitsbelastung. Teilzeitkräfte sind häufig zufriedener und weisen weniger Fehlzeiten auf als ihre Kollegen in Vollzeit²².

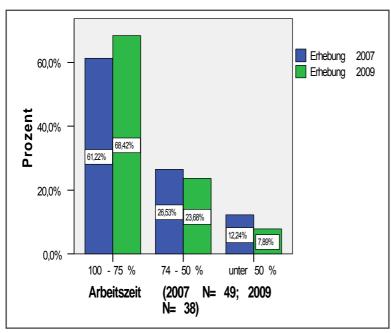
Wie Abbildung 35 zeigt, sind rund zwei Drittel der teilnehmenden Mitarbeiter zwischen 100 % - 75 % beschäftigt. Inwieweit diese Verteilung die Arbeitszufriedenheit beeinflusst, bleibt abzuwarten

²² vgl. Wenderlein, 2005, S. 47f

²¹ vgl. z. B. Wenderlein, 2005, S. 28ff; Simon u. a., 2005, S. 8f; Stordeur, 2005, S. 37







Weiterhin gibt es Hinweise, dass die Berufserfahrung einer Pflegekraft auf ihre Arbeitszufriedenheit in einem ähnlichen U-Verlauf wie bei der Variable "Alter" wirkt. Pflegekräfte mit bis zu 5 Jahren Berufserfahrung sowie Pflegekräfte mit mehr als 10 Jahren Berufserfahrung sind mit ihrer Arbeitssituation häufig zufriedener als Pflegekräfte mit zwischen 5 bis 10 Jahren Berufserfahrung. Wie Abbildung 37 zeigt, ist das kritische Mittelfeld zwischen 5-10 Jahren Berufserfahrung in beiden Stichprobenanteilen mit rund 10 % in 2007 und rund 14 % in 2009 niedrig ausgeprägt. Dies scheint aus eben beschriebenen Aspekten eine günstige Situation im Bezug auf die Arbeitszufriedenheit und damit auf die Arbeitsbelastung zu sein.

Abbildung 36: Berufserfahrung allgemein und auf Station nach Zeitpunkten

Deskriptive Statistik						
erhzeitpkt		N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardab weichung
Erhebung 2007	Beschäftigungsdauer auf der Station in Jahren	45	1	30	9,49	6,861
	Berufstätigkeit in Jahren seit der Ausbildung	42	1	34	17,02	10,211
	Gültige Werte (Listenweise)	41				
Erhebung 2009	Beschäftigungsdauer auf der Station in Jahren	36	1	35	12,78	8,750
	Berufstätigkeit in Jahren seit der Ausbildung	36	2	36	19,78	10,117
	Gültige Werte (Listenweise)	35				

Die jeweiligen Mittelwerte für die Berufstätigkeit seit der Ausbildung und die ebenfalls erfragte Berufserfahrung auf der jeweiligen Station können Abbildung 36 entnommen werden. Durchschnittlich



arbeiteten die Mitarbeiter 2007 bereits seit 17,02 Jahren in ihrem Beruf, 2009 waren es durchschnittlich 19,78 Jahre. Auf ihren jeweiligen Stationen arbeiteten die Mitarbeiter 2007 bereits 9,49 Jahre und im Jahr 2009 12,78 Jahre.

Es zeigt sich für beide Variablen ein höherer Mittelwert als 2007. Da zwischen den beiden Befragungen zwei Jahre liegen, war dies zu erwarten.

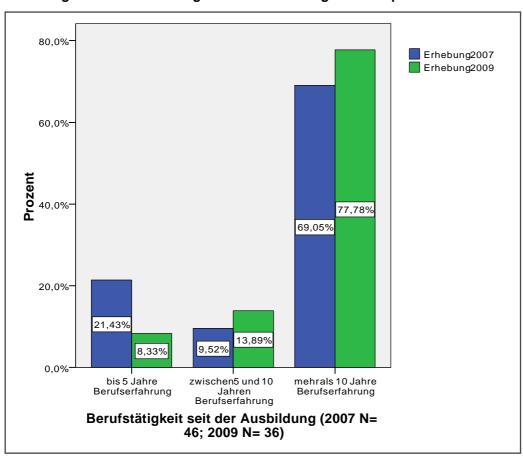


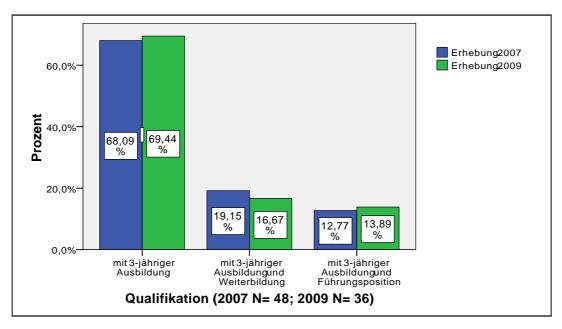
Abbildung 37: Berufserfahrung seit der Ausbildung nach Zeitpunkten

Abschließend erfolgt die Darstellung der Qualifikation der befragten Pflegekräfte (s. Abbildung 38). Es gilt jedoch zu beachten, dass ausschließlich das examinierte Personal befragt wurde, da ggf. vorhandenen Stationsassistenten/innen nicht in der direkten Pflege arbeiten. Der hohe Anteil Examinierter steht im Einklang mit Daten aus der NEXT-Studie für Deutschland, die 96 % examiniertes Personal konstatiert²³.

²³ vgl. Simon u. a., 2005, S. 32f







Vor dem Hintergrund der soziodemographischen Beschreibung der Stichprobe orientiert sich die folgende Darstellung der inhaltlichen Ergebnisse zum Zwecke der Übersichtlichkeit an den inhaltlichen Modulen des Erhebungsinstruments.

4.5.3.3 Teil A: Arbeitsplatzanforderungen

Dieser Abschnitt thematisiert mögliche Belastungsfaktoren, die auf physikalischer, arbeitsorganisatorischer oder emotionaler Ebene liegen sowie die Ergebnisse der Datenauswertung der ERI-Skala, die von J. Siegrist u. a. (2004) entwickelt wurde.

Begonnen wird mit der Darstellung der physikalischen Exposition.

Zwei Probleme zeigten sich in der Erhebung von 2007 als besonders belastend: Lärm bei der Arbeit und unangenehme Temperaturen. Aspekte wie die Infektionsgefahr stellten einen verschwindend geringen Anteil an Belastungen und wurden deshalb in der Erhebung 2009 nicht mehr erfragt. Wie aus der Abbildung 39 und Abbildung 40 hervorgeht, werden beide Bereiche von annähernd den gesamten Mitarbeitern als Belastung wahrgenommen. Diese Tendenz ist unabhängig vom Erhebungszeitpunkt. Bei der Beschreibung der Belastung werden unangenehme Temperaturen als deutlich belastender bewertet (s. Abbildung 42), wobei eine leichte Besserung in 2009 zu verzeichnen ist. Bei der mündlichen Validierung der Ergebnisse mit den Mitarbeitern 2007 konnte eine Erklärung für die ausgeprägte Belastung durch Temperaturen und Lärm gefunden werden: Da keine Klimaanlange im Haus vorhanden ist und die Kinderklinik große Glasflächen an der Außenseite des Gebäudes aufweist, heizt sich das Gebäudeinnere wie ein Gewächshaus auf. Die Lärmbelastung würde zum einen durch die spielenden Kindern erzeugt und zum andern an einem nicht vorhandenen Pausenraum der Pflegekräfte liegen bzw. an den ständigen Störungen während der Pausen durch Patienten, Eltern und andere Berufsgruppen.



Insgesamt liegen die Werte für den Bereich "sehr stark belastend" in beiden Gruppen über den Werten der NEXT-Studie, die von 22 % hoch Belasteten spricht.²⁴.

Abbildung 39: Wahrgenommene Belastung durch Lärm

Wahrnehmung der Belastung durch Lärm							
erhzeitpkt			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente	
Erhebung 2007	Gültig	ja	44	89,8	95,7	95,7	
		nein	2	4,1	4,3	100,0	
		Gesamt	46	93,9	100,0		
	Fehlend	Missing	3	6,1			
	Gesamt		49	100,0			
Erhebung 2009	Gültig	ja	40	90,9	95,2	95,2	
		nein	2	4,5	4,8	100,0	
		Gesamt	42	95,5	100,0		
	Fehlend	Missing	2	4,5			
	Gesamt		44	100,0			

Abbildung 40: Wahrgenommene Belastung durch unangenehme Temperaturen

Wahrnehmung der Belastung durch unangehehme Temperaturen						
erhzeitpkt			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Erhebung 2007	Gültig	ja	48	98,0	100,0	100,0
	Fehlend	Missing	1	2,0		
	Gesamt		49	100,0		
Erhebung 2009	Gültig	ja	43	97,7	100,0	100,0
	Fehlend	Missing	1	2,3		
	Gesamt		44	100,0		

²⁴ vgl. Simon u. a., 2005, S. 11f



Abbildung 41: Stärke der Belastung durch Lärm

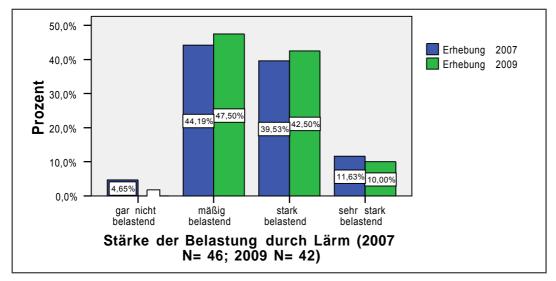
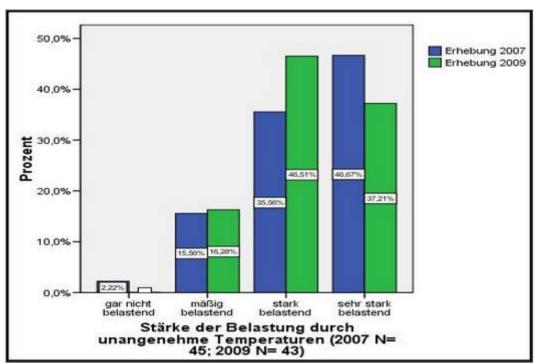


Abbildung 42: Stärke der Belastung durch unangenehme Temperaturen



Neben physikalischen spielen auch quantitative Determinanten eine wichtige Rolle im pflegebezogenen Belastungsprozess. Insbesondere die Faktoren Leistungsdruck, zu wenig Zeit für die Patienten und fehlende oder zu kurze Pausen wurden von verschiedenen Studien als hochbelastende Faktoren identifiziert²⁵. Mögliche Folgen sind Rollenkonflikte oder Überforderung und Überlastungen. Die entsprechenden Werte für unsere Stichprobe können Abbildung 43 entnommen werden.

Für die Pausenregelung kann eine relative Verbesserung von 2007 auf 2009 konstatiert werden, da der negative Extrempol wegfällt, dafür aber mehr Nennungen in der Kategorie "selten" zu finden

²⁵ vgl. Simon u. a., 2005, S. 14f; Wenderlein, 2005, S. 80; DAK-BGW, 2005, S. 31; Braun u. a., 2004, S. 62; Müller u. a., 1997, S. 133 u. 140; Brown u. Reimer, 1995, S. 56



sind. Dennoch zeigen die Werte, dass bei ca. 50 % der Pausen keine adäquate Regelung wahrgenommen wird. .

Quantitative Arbeitsanforderungen 100,00% 90,00% 80,00% 39,50% 46,70% 51,10% 46,30% 70,00% 61,40% 61,90% 60,00% 50,00% 40,00% 29,80% 30,00% 55,80% 53,30% ■ immer 51,20% 20,00% 31,80% 31,00% 10,00% häufig 0,00% ■ selten Erhebung Erhebung Erhebung Erhebung Erhebung Erhebung nie 2007 2009 2007 2009 2007 2009 Pausen sind in Dauer und Arbeit ungleich verteilt, so Ausreichend Zeit Zeitpunkt geregelt und dass sich Dinge anhäufen vorhanden, um mit können eingehalten werden (2007N=44; 2009 N=42) Patienten notwendige (2007 N= 47; 2009 N=41) Gespräche führen zu können (2007 N= 45; 2009 N= 43)

Abbildung 43: Übersicht quantitative Arbeitsanforderungen

Was die Arbeitsorganisation angeht, geben rund 70 % der Mitarbeiter das ständige Vorhandensein von Arbeitsspitzen an, wobei zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten keine Veränderungen zu verzeichnen sind. Damit scheint eher auf kaum beeinflussbare Strukturdeterminanten pflegebezogener Arbeit verwiesen zu werden.

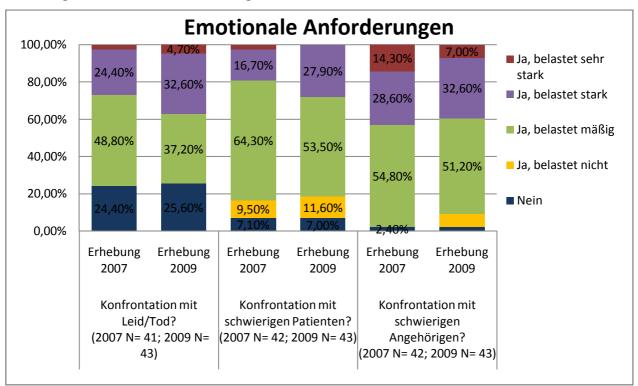
Die Möglichkeit für notwendige Patientengespräche wird vom überwiegenden Anteil der Mitarbeiter immer noch kritisch eingeschätzt (rd. 60 % 55?), wobei zwischen den Erhebungen keine wesentlichen Veränderungen zu verzeichnen sind.

Ein wesentlicher Bestandteil pflegerischer Arbeit ist der Kontakt mit den Patienten und den Angehörigen. Dabei kann es durch die Auseinandersetzung mit schwierigen Patienten/ Angehörigen oder der Konfrontation mit dramatischen Patientenschicksalen zu hohen emotionalen Belastungen kommen.

Bei der Betrachtung der entsprechenden Werte aus Abbildung 44 wird deutlich, dass der Umgang mit schwierigen Angehörigen am häufigsten als hoch belastend angegeben wird.



Abbildung 44: Emotionale Anforderungen



Insgesamt fühlen sich rd. 40 % der Mitarbeiter der Kinderklinik durch diesen Faktor stark und sehr stark belastet, wobei der Anteil der Hochbelasteten 2007 mit rd. 14 % mehr als doppelt so hoch war wie 2009 mit "nur" 7 %. 2009 sind so evtl. neue emotionale Puffer zu verzeichnen, bei denen die Mitarbeiter eine schwierige Situation sehen, aber keine Belastung erleben. Da es sich um das Setting "Kinderklinik" handelt, wo die Konfrontation mit besorgten Eltern unvermeidlich und oft der Fall sein dürfte, ist diese Belastung nicht vermeidbar und es wird darum gehen, weiterhin damit leben zu lernen.

Die Konfrontation mit Leid/Tod wird 2009 von rd. 36 % der Befragten als stark/sehr stark belastend eingestuft, was eine leichte Verschlechterung gegenüber den Zahlen aus 2007 bedeutet, als rund ein Viertel der Befragten eine starke/sehr starke Belastung angaben.

Auch für die Konfrontation mit schwierigen Patienten ist für 2009 eine Verschlechterung der Ergebnisse zu konstatieren, denn der Anteil der stark/sehr stark Belasteten ist von rd. 17 % auf 28 % gestiegen.

Auch wenn in beiden Erhebungen die Mehrheit der Mitarbeiter je Item keine bis eine mäßige Belastung aufweist, schwanken die starken/sehr starken Belastungen 2009 von 28 % bis 40 %. Einem Fortschreiten der Zunahme negativer Bewertungen ist entgegenzuwirken. Über Belastungshintergründe und entsprechende Lösungen sollte mit den Mitarbeitern gesprochen werden.

Neben quantitativen Anforderungen spielt die Organisation der Arbeitszeit für die Mitarbeiter in den Kliniken eine wichtige Rolle im Belastungsprozess, da in der Regel im Dreischichtsystem gearbeitet wird. Dies kann zu Problemen im Biorhythmus der Mitarbeiter und Konflikten mit dem Privatle-



ben führen. Wie aus Abbildung 45 ersichtlich, bewertete die Mehrheit der Teilnehmer ihren Einfluss auf den eigenen Dienstplan 2007 als überwiegend hoch. Lediglich 14 % der Probanden war damals der Ansicht, ihr Einfluss sei gering. Im Jahr 2009 hat sich diese Einschätzung deutlich verschlechtert. Nun bewerten rd. 45% der Befragten ihren Einfluss als eher kritisch. Die NEXT-Studie konstatiert für dieses Item nur 30 % Zufriedener. Damit können die aktuellen Werte zwar immer noch als äußerst positiv bewertet werden, die deutlich negativere Einschätzung des Einflusses bleibt jedoch bestehen.

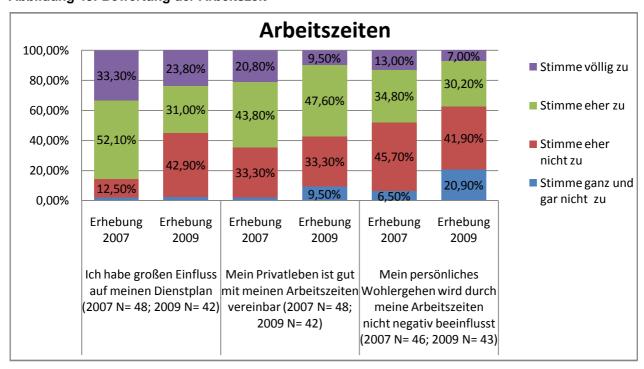


Abbildung 45: Bewertung der Arbeitszeit

Die Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben wird 2009 im Einklang mit den bisherigen Ausführungen zur Arbeitszeit wie zu erwarten 2009 schlechter bewertet. Allerdings ist der Unterschied nicht so deutlich wie bei der Einschätzung des Einflusses auf den Dienstplan. Dichotomisiert betrachtet, bewerteten 2007 rund 64 % der Mitarbeiter die Vereinbarkeit von Arbeit und Privat eher positiv. In 2009 sank dieser Wert auf rund 57 %. Zusätzlich stieg der Anteil der Nennungen am negativen Extrempol von 2,1 % (2007) auf 9,5 % (2009). Die NEXT-Studie konstatiert für dieses Item rd. 30 % Unzufriedene, womit unsere Stichprobe 2009 eine schlechtere Bewertung aufweist²⁶.

Der Einfluss der Arbeitszeiten auf das persönliche Wohlergehen wird in beiden Erhebungen am negativsten eingeschätzt. In 2007 bewerteten rd. 52 %, im Jahr 2009 rd. 63 % der Mitarbeiter dieses Item eher negativ. Zusätzlich ist 2009 eine Zunahme der Nennungen am negativen Extrempol zu verzeichnen. In der Literatur schwanken die Angaben der Unzufriedenen bei diesem Aspekt der

²⁶ vgl. Simon u. a., 2005, S. 34



Arbeitszeitgestaltung von 22 % - 45 % Unzufriedener, womit unsere Stichprobe auch hier über den Werten der Literatur liegt²⁷.

Als letzter Aspekt der Arbeitsplatzanforderungen werden nun die Ergebnisse der ERI (Effort-Reward-Imbalance)-Skalen-Auswertung vorgestellt²⁸. In der vorliegenden Befragung wurde die Version mit 23 Items verwendet. Diese Items können in 3 Subskalen aufgeteilt werden: Subskala Belohnung, Subskala Aufwand und Subskala Overcommitment. Die Mittelwerte der Subskalen sind in Abbildung 46 (gesamt) und Abbildung 47 (nach Zeitpunkten) dargestellt.

Abbildung 46 Deskriptive Darstellung der ERI-Subskalen (gesamt)

Statistiken					
					ERI
			ERI	h	Overcom
			Belohnung ^a	ERI Aufwand	mitment ^c
N	Gültig		70	88	82
	Fehlend		22	4	10
Mittelwert			31,7286	17,7386	12,9634
Median			31,0000	17,0000	12,5000
Standardabweich	nung		4,59654	4,27636	3,56750
Varianz			21,128	18,287	12,727
Minimum			23,00	8,00	6,00
Maximum			41,00	27,00	24,00

a. NEXT Mitelwert für Deutschland 43,3; möglicher Wertebereich ist 11-55, je höher der Wert desto höher ist die wahrgenommene Belohnung

Beim Vergleich der Subskalen-Werte nach Zeitpunkten wird deutlich, dass für die Subskala "Belohnung" keine Veränderung im Mittelwert zu verzeichnen ist und dass die Werte deutlich unter denen der NEXT-Studie liegen, die für Deutschland einen Mittelwert von 43,3 angibt. Bei einem rechnerischen Skalenmittelwert von 33 kann für die wahrgenommene Belohnung eine mittelhohe Ausprägung konstatiert werden.

b. NEXT Mittelwert für Deutschland 17,7; möglicher Wertebereich ist 6-30, je höher der Wert deso höher ist der Aufwand

C. NEXT Mittelwert für Deutschland 14,4; möglicher Wertebereich ist 6-24, je höher der Wert desto höher ist das Overcommitment

²⁷ vgl. Simon u. a., 2005, S. 34

²⁸ Das zugrunde liegende Modell Beruflicher Gratifikationskrisen geht davon aus, dass bei einem Missverhältnis von Aufwand (Effort) und Belohnung (Reward) Stress entsteht, Diese ungünstige Entwicklung kann durch eine hohe Verausgabungsneigung des Individuums (Overcommitment) gefördert werden. Die Subskalen geben die Ausprägung der jeweiligen Dimension des Konstrukts an (vgl. Rödel u. a., 2004)



Abbildung 47: Deskriptive Darstellung der ERI-Subskalen (nach Zeitpunkten)

		Statistiken			
			ERI		ERI Overcom
Erhebungszeitpunkt			Belohnung	ERI Aufwand	mitment
2007	N	Gültig	37	46	44
		Fehlend	11	2	4
	Mittelwert		31,7297	17,2609	13,2500
	Median		31,0000	17,0000	12,5000
	Modus		35,00	20,00	12,00
	Standardabweichun	g	4,38209	3,72042	3,97741
	Varianz		19,203	13,842	15,820
	Spannweite		16,00	17,00	17,00
	Minimum		25,00	8,00	7,00
	Maximum		41,00	25,00	24,00
2009	N	Gültig	33	42	38
		Fehlend	11	2	6
	Mittelwert		31,7273	18,2619	12,6316
	Median		31,0000	17,5000	12,5000
	Modus		34,00 ^a	15,00	11,00 ^a
	Standardabweichung	g	4,89434	4,80376	3,04401
	Varianz		23,955	23,076	9,266
	Spannweite		18,00	16,00	13,00
	Minimum		23,00	11,00	6,00
	Maximum		41,00	27,00	19,00

a. Mehrere Modi vorhanden. Der kleinste Wert wird angezeigt.

Für die Subskala "Aufwand" ist zwischen den beiden Zeitpunkten ein leichter Anstieg im Mittelwert zu erkennen. Der Mittelwert in 2009 liegt leicht über demjenigen der NEXT-Studie für Deutschland der 17,7 beträgt. Auch dieser Mittelwert liegt nahe dem rechnerischen Skalenmittel von 18 und damit im "Mittelfeld" der möglichen Spannbreite des wahrnehmbaren Aufwands.

Ein leichter Abfall im Mittelwert ist hingegen für die Subskala "Overcommitment" zu verzeichnen (von 13,25 in 2007 auf 12,63 in 2009). Der Mittelwert für Deutschland aus der NEXT-Studie liegt bei 14,4, so dass die aktuelle Stichprobe unter diesem Durchschnittswert liegt, ebenso wie unter dem rechnerischen Skalenmittel von 15. Ein Mittelwertvergleich zwischen 2007 und 2009 erbrachte jedoch für keine Subskala signifikante Veränderungen.

Ein weiterer berechneter Parameter ist der ERI-Quotient. Er beschreibt das Verhältnis von Aufwand und Belohnung.

Der mögliche günstige Wertebereich liegt zwischen 0 und 1, wobei gilt: Je näher der Wert bei 0 liegt, desto günstiger ist das Verhältnis von Aufwand und Belohnung. Werte über 1 bezeichnen ein ungünstiges Verhältnis. Wie die Abbildungen 48 und 49 aufzeigen, deuten die gemessenen Werte, sowohl gesamt gesehen als auch im Zeitverlauf, auf ein eher ungünstiges Verhältnis zwischen



Aufwand und Belohnung hin, da die Werte leicht über 1 liegen. Eine signifikante Mittelwertdifferenz im Zeitverlauf ist auch für diesen Parameter nicht nachweisbar.

Abbildung: 48: ERI-Quotient (gesamt)

Statistiken					
_ERI_Quotient					
N Gültig	69				
Fehlend	23				
Mittelwert	1,0344				
Median	1,0054				
Modus	,65 ^a				
Standardabweichung	,23382				
Varianz	,055				
Spannweite	,97				
Minimum	,65				
Maximum	1,62				
Mehrere Modi vorhanden. Der kleinste Wert w angezeigt.	ird				

Abbildung 49: ERI-Quotient (nach Zeitpunkten)

Statistiken						
ERI_Quotient						
2007	N	Gültig	37			
		Fehlend	11			
	Mittelwert		1,0293			
	Median		1,0054			
	Modus		,71			
	Standardabweichung	J	,18741			
	Varianz		,035			
	Spannweite		,86			
	Minimum		,65			
	Maximum		1,51			
2009	N	Gültig	32			
		Fehlend	12			
	Mittelwert		1,0403			
	Median		,9946			
	Modus		,73			
	Standardabweichung	J	,28120			
	Varianz		,079			
	Spannweite		,97			
	Minimum		,65			
	Maximum		1,62			



Abbildung 50: Prozentuale Verteilung des ERI-Quotienten unter und über 1

ERI_Quotient (Binned)							
	Gültige Kumulierte Häufigkeit Prozent Prozente Prozente						
Gültig	Quotient unter 1	34	37,0	49,3	49,3		
	Quotient über 1	35	38,0	50,7	100,0		
	Gesamt	69	75,0	100,0			
Fehlend	Missing	23	25,0				
Gesamt		92	100,0				

Im Hinblick auf die Verteilung der Quotientenwerte zeigt sich (s. Abb. 50) eine gleich starke Verteilung von Werten die unterhalb oder oberhalb von 1 liegen. Zudem konnte aufgrund von unvollständigen Beantwortungen rund ein Viertel der Fälle nicht in die Quotientenberechnung eingehen.

Fazit zum Bereich A: "Arbeitsplatzanforderungen":

Für diesen Bereich können folgende zentrale Ergebnisse festgehalten werden:

- 1. Sowohl unangenehme Temperaturen als Lärm belasten die Mitarbeiter nach wie vor in erheblichem Maße, wobei unangenehme Temperaturen im Vergleich noch deutlich negativer wahrgenommen werden als Lärmbelastungen.
- 2. Bei den quantitativen Arbeitsanforderungen gibt es keine wesentlichen Verbesserungen im Zeitvergleich. Lediglich die Pausenregelung wird im Mittel etwas günstiger bewertet. Insgesamt wird die Situation aber eher kritisch eingeschätzt.
- 3. Für die emotionalen Anforderungen ist zwischen den Erhebungen eine leichte Verschlechterung der Bewertung zu konstatieren. Nur die Belastung durch Angehörige wird etwas positiver beurteilt. Da dieses Item insgesamt die höchsten Belastungswerte aufweist, ist diese Entwicklung als vorteilhaft zu bewerten. Insgesamt dominieren mäßige Belastungseinschätzungen.
- 4. Der Aspekt "Arbeitszeiten" wird insgesamt schlechter beurteilt. Insbesondere der Aspekt des Einflusses auf den Dienstplan. Das Item "Einfluss der Arbeit auf persönliches Wohlergehen" wird insgesamt am negativsten bewertet.
- 5. Die ERI-Auswertungen erbrachten im Zeitvergleich keine signifikanten Änderungen. Die Werte der Subskalen liegen alle grob um das jeweilige rechnerischen Skalenmittel. Der errechnete ERI-Quotient deutet auf ein eher ungünstig gelagertes Verhältnis von Aufwand und Belohnung hin.



Nach den Arbeitsplatzanforderungen beschäftigt sich der folgende Abschnitt mit Partizipationsund Entwicklungsmöglichkeiten. Beide Merkmale sind wesentliche Ressourcen im Stressbewältigungsprozess. Daher kommt ihnen besondere Bedeutung zu.

4.5.3.4 Teil B: Beteiligung und Entwicklungsmöglichkeiten

Die betriebliche Partizipation spielt eine wichtige Rolle im Beanspruchungserleben. Sie umfasst die rechtzeitige und ausführliche Information über Veränderungen/Neuerungen, aber auch die Möglichkeit der aktiven Mitgestaltung der betrieblichen Strukturen (z. B. Beschwerden oder Verbesserungsvorschläge anerkennen und umsetzen). Partizipation bildet somit die Grundlage für mündige und leistungsbereite Mitarbeiter und steht in engem Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit und dem Beanspruchungsgrad²⁹.

Wie Abbildung 51 zeigt, wird das Beschwerdemanagement von den Mitarbeitern 2009 kritischer bewertet als 2007. Damals beurteilten rund zwei Drittel der Probanden das Beschwerdemanagement eher positiv. In 2009 sank diese Zahl auf knapp über 50 %. Zudem liegen weniger Nennungen am positiven Extrempol vor.

Im Hinblick auf das Einbinden der Mitarbeiter in Entscheidungsprozesse liegen keine Veränderungen vor. Rund 70 % der Teilnehmer beurteilen diesen Aspekt positiv.

Die Informationspolitik wird 2009 schlechter bewertet. Während in 2007 (23.4 %) rund ein Viertel der Mitarbeiter diesen Aspekt negativ bewerteten, sind es in 2009 rund ein Drittel. Zudem sanken die Nennungen der völligen Zustimmung von 32 % in 2007 auf 14 % in 2009. Trotz der negativeren Bewertung in 2009 sind die Werte immer noch deutlich positiver als in der Literatur, wo nur rd. 21 % positive Nennungen zu verzeichnen sind³⁰.

Die Chancen zum Einreichen von Verbesserungsvorschlägen werden 2009 nicht wesentlich anders beurteilt als 2007. Rund die Hälfte der Mitarbeiter beurteilt dieses Item eher positiv. Dies bedeutet eine positivere Einschätzung als die in der Literatur beschriebenen ca. 25 %³¹.

Ebenso indifferent wird die Unterstützung beim Einbringen von Neuerungen bewertet, wobei die positiven Werte ca. 60 % betragen.

Die Beständigkeit von Neuerungen wird 2009 kritischer gesehen als 2007. In 2007 bewertete rund ein Drittel diesen Aspekt eher negativ, in 2009 war es die Hälfte der Mitarbeiter.

Der Umgang mit Fehlern ist in Kliniken ein schwieriges Thema, das erst in den letzten Jahren zunehmende Präsenz innerhalb der öffentlichen und fachlichen Diskussion erfährt. In der aktuellen Stichprobe liegt die positive Bewertung dieses Items bei ca. 60 % zu beiden Zeitpunkten. Aller-

 $^{^{29}}$ vgl. Wenderlein, 2005, S. 55f 30 . DAK-BGW, 2000, S. 63 u. 2005, S. 37 vgl. ebd.

Evaluationsendbericht Projekt 3P

HessII

dings erhielt dieser Aspekt in 2009 mit 15 % Nennungen, die "gar nicht zustimmen" die höchsten Werte am negativen Extrempol.

Neben dieser Einschätzung der betrieblichen Partizipationsmöglichkeiten wurde ebenfalls der Aspekt Empowerment erfasst und zwar über das Psychological Empowerment Instrument.

Das Psychological Empowerment Instrument, aktuell eingesetzt in der 12-Item-Form, untersucht folgende Aspekte: Bedeutsamkeit der Arbeit, Kompetenz, Selbstbestimmtheit und Auswirkungen der Arbeit. Der Fragebogen ist im Original in Englisch verfasst worden und in verschiedenen Ländern übersetzt worden. In Deutschland existiert bisher noch keine Version, weshalb dieser Fragebogen von zwei Personen des Interventionsteams vom Englischen ins Deutsche übersetzt wurde.

Wie Abbildung 52 zeigt, werden die meisten Fragen ohne große Differenzen zu 2007 beurteilt. Das Item "Selbstbestimmung wie die Arbeit ausgeführt wird" wird aktuell besser bewertet.

Im Kontrast dazu werden die Items "große Kontrolle auf das, was auf Station passiert" und "bedeutende Möglichkeiten, frei und unabhängig zu entscheiden, wie ich Arbeit ausführe" schlechter bewertet als 2007. Der Einfluss auf die Abläufe wird aber gleich bewertet. Dieses Phänomen kann durch die Analyse nicht geklärt werden und sollte in einer mündlichen Validierung mit den Mitarbeitern angesprochen werden.

Insgesamt zeigt sich, dass die Bedeutsamkeit der Arbeit und die eigene Kompetenz als sehr hoch eingeschätzt werden, während für Kontroll- und Einflussaspekte generell deutlich negativere Bewertungen zu verzeichnen sind.

Abbildung 51: Partizipation



		Erhebungs	zeitpunkt
		Erhebung 2007	Erhebung 2009
		Gültige N als Spalten%	Gültige N als Spalten%
	Stimme nicht zu	,0%	4,9%
Beschwerden von Mitarbeitern werden	Stimme eher nicht zu	33,3%	43,9%
berücksichtigt	Stimme eher zu	44,4%	41,5%
	Stimme völlig zu	22,2%	9,8%
Entscheidungsprozesse so	Stimme nicht zu	4,3%	7,0%
angelegt, dass alle davon Betroffenen beteiligt werden	Stimme eher nicht zu	25,5%	23,3%
	Stimme eher zu	53,2%	51,2%
	Stimme völlig zu	17,0%	18,6%
Mitarbeiter erhalten	Stimme nicht zu	4,3%	7,0%
rechtzeitig und	Stimme eher nicht zu	19,1%	27,9%
vollständig Informationen über Veränderungen an	Stimme eher zu	44,7%	51,2%
ihrem Arbeitsplatz	Stimme völlig zu	31,9%	14,0%
Einrichtung ermuntert	Stimme nicht zu	6,1%	9,5%
Mitarbeiter zum	Stimme eher nicht zu	42,9%	45,2%
Einreichen von Verbesserungsvorschläg	Stimme eher zu	30,6%	31,0%
en	Stimme völlig zu	20,4%	14,3%
Daine Finhainean nama	Stimme nicht zu	8,3%	10,0%
Beim Einbringen neuer Ideen auf meiner Station	Stimme eher nicht zu	27,1%	32,5%
werde ich gefördert und	Stimme eher zu	45,8%	47,5%
uterstützt	Stimme völlig zu	18,8%	10,0%
Wenn Neuerungen auf	Stimme nicht zu	2,1%	5,0%
meiner Station	Stimme eher nicht zu	29,2%	45,0%
eingeführt wurden, haben sich alle dauerhaft daran	Stimme eher zu	54,2%	35,0%
gehalten	Stimme völlig zu	14,6%	15,0%
	Stimme nicht zu	4,2%	14,6%
In unserem Team werden	Stimme eher nicht zu	35,4%	29,3%
Fehler offen angesprochen	Stimme eher zu	47,9%	36,6%
~ .	Stimme völlig zu	12,5%	19,5%



			Erhebungszeitpunkt	
		2007 Gültige N als Spalten%	2009 Gültige N als Spalten%	
Vermögen, Arbeit auszuführen	eher negative Einschätzung	,0%	,0	
	neutrale Einschätzung	10,9%	17,5	
	eher positive Einschätzung	89,1%	82,5	
Arbeit ist für mich wichtig	eher negative Einschätzung	,0%	,0	
	neutrale Einschätzung	4,3%	9,1	
	eher positive Einschätzung	95,7%	90,9	
Selbstbestimmung, wie Arbeit ausgeführt wird	eher negative Einschätzung	22,2%	18,2	
	neutrale Einschätzung	26,7%	20,5	
	eher positive Einschätzung	51,1%	61,4	
großer Einfluss auf die Abläufe auf der Station	eher negative Einschätzung	37,0%	34,1	
	neutrale Einschätzung	26,1%	34,1	
	eher positive Einschätzung	37,0%	31,8	
Arbeitsaufgabe wird als sinnvoll erlebt	eher negative Einschätzung	4,3%	,0	
	neutrale Einschätzung	8,5%	4,5	
	eher positive Einschätzung	87,2%	95,5	
große Kontrolle darüber, was auf der Station passiert	eher negative Einschätzung	45,7%	40,9	
	neutrale Einschätzung	23,9%	40,9	
	eher positive Einschätzung	30,4%	18,2	
eigene Entscheidung möglich, wie die Arbeit erledigt wird	eher negative Einschätzung	10,9%	13,6	
	neutrale Einschätzung	23,9%	25,0	
	eher positive Einschätzung	65,2%	61,4	
Möglichkeit, frei und unabhängig über die Ausführung der Arbeit zu entscheiden	eher negative Einschätzung	40,0%	46,5	
	neutrale Einschätzung	17,8%	23,3	
	eher positive Einschätzung	42,2%	30,2	
Fahigkeiten, die Arbeit auszuführen	eher negative Einschätzung	,0%	2,3	
	neutrale Einschätzung	2,1%	2,3	
	eher positive Einschätzung	97,9%	95,3	
Bedeutsamkeit der Arbeit	eher negative Einschätzung	,0%	,0	
	neutrale Einschätzung	4,3%	6,8	
	eher positive Einschätzung	95,7%	93,2	
Einfluss über das, was auf der Station passiert	eher negative Einschätzung	37,0%	36,4	
	neutrale Einschätzung	41,3%	40,9	
	eher positive Einschätzung	21,7%	22,7	
Selbstvertrauen in die Fähigkeiten, die Arbeit auszuführen	eher negative Einschätzung	,0%	,0	
	neutrale Einschätzung	6,4%	11,6	
	eher positive Einschätzung	93,6%	88,4	

Abgesehen von den Partizipations- und Empowermentmöglichkeiten stellen Entwicklungsmöglichkeiten die Erweiterung der keiten eine wichtige Ressource dar, wobei unter Entwicklungsmöglichkeiten die Erweiterung der

Evaluationsendbericht Projekt 3P



Aufgabenvielfalt, der verbesserte Einsatz der eigenen Fachkompetenzen und Möglichkeiten Neues zu lernen, verstanden werden. Ähnlich wie der Handlungsspielraum trägt Zufriedenheit in diesem Bereich zur allgemeinen Arbeitszufriedenheit und zur Belastungsreduktion bei.

Wie aus Abbildung 53 ersichtlich, sind erhebungszeitraumübergreifend rund 85 % der Teilnehmer der Meinung, ihre Arbeit erfordere ein hohes Maß an Eigeninitiative.

Ähnlich wurde 2007 die Möglichkeiten Neues zu lernen bewertet. In 2009 schätzen "nur" noch 70 % diesen Aspekt eher positiv ein.

Die "Möglichkeit zum Fähigkeiteneinsatz", der "Abwechslungsreichtum der Arbeit" und die "Fähigkeit zur Umsetzung von Entwicklungen" werden in der Tendenz leicht besser beurteilt als 2007. Beim letzten Item kamen allerdings auch rd. 5 % Nennungen am negativen Extrempol hinzu. Insgesamt jedoch werden die Entwicklungsmöglichkeiten nach wie vor sehr positiv beurteilt.

Fazit zum Bereich B: "Beteiligung und Entwicklungsmöglichkeiten":

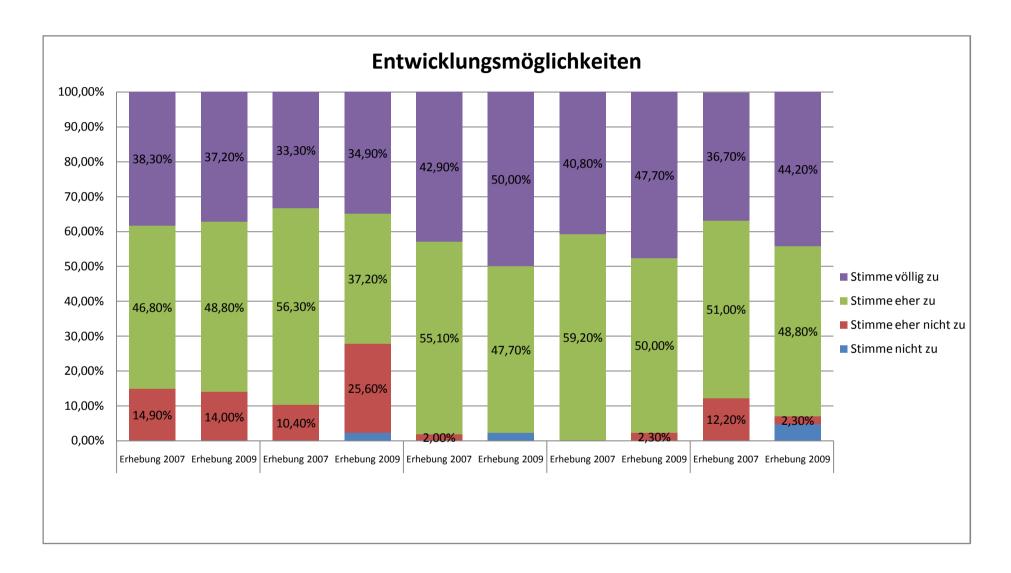
Für diesen Bereich können folgende zentralen Ergebnisse festgehalten werden:

- Die Partizipationsmöglichkeiten werden in 2009 teilweise gleich, teilweise schlechter beurteilt. Insbesondere das Item "Dauerhaftes Einhalten von Neuerungen" wird skeptischer beurteilt. Interessant ist auch, dass das Beschwerdemanagement schlechter beurteilt wird, obwohl aktuell ein partizipatives Projekt durchgeführt wird.
- 2. Psychological Empowerment Instrument: Insgesamt werden die Kontroll- und Einflussvariablen deutlich negativer bewertet als das Vorhandensein eigener Kompetenzen und die Bedeutsamkeit der Arbeit. Im Zeitverlauf traten wenige Änderungen auf.
- 3. Die Entwicklungsmöglichkeiten werden insgesamt sehr positiv beurteilt. Die unterschiedlichen Aspekte werden überwiegend gleich bewertet.

Der nachfolgende Abschnitt beschäftigt sich mit der inter- und intradisziplinären Kommunikation und Kooperation. Da die Güte des Versorgungsprozesses unmittelbar von der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen beeinflusst wird und die soziale Interaktion sowohl große Ressourcen als auch wesentliche Belastungspotentiale aufweist, kommt auch diesem Punkt große Bedeutung zu.



Abbildung 53: Entwicklungsmöglichkeiten





4.5.3.5 Teil C: Zusammenarbeit und Rückmeldung

Innerhalb dieses Abschnitts werden drei unterschiedliche Kommunikation- und Kooperationsbeziehungen näher beleuchtet. Dies sind zum einen die Beziehung des Pflegeteams untereinander, zum anderen die Beziehung des Teams zur direkten Führungsperson und schließlich die Beziehung zu anderen Berufsgruppen. Ein weiterer Aspekt der Zusammenarbeit ist die nachhaltige Verankerung von Routinen und Absprachen in einem mono- und interprofessionellen Team. Die Interventionsgruppe stellte dazu einige Items zusammen. Da ein Ziel des Projektes die nachhaltige Verankerung des Problemlösungsprozesses bzw. der dort diskutierten Lösungsansätze ist, scheinen die Ergebnisse von besonderer Bedeutung (s. Abbildung 54).

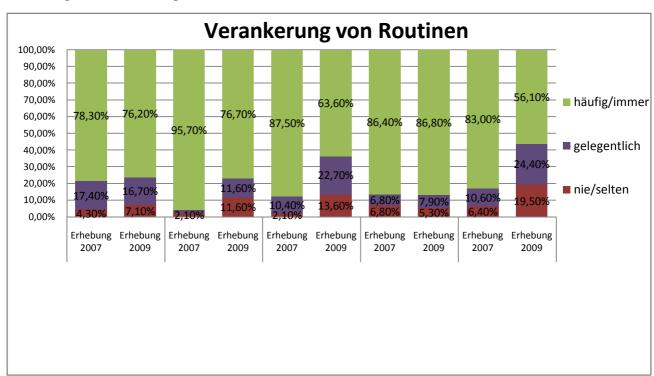


Abbildung 54: Verankerung von Routinen

Insgesamt werden alle in den Items genannten Mechanismen überwiegend häufig eingesetzt. Allerdings werden die Aspekte "Einhalten von Absprachen durch andere Berufsgruppen", "Absprachen in Teamsitzungen" und "Einweisung von neuem Personal" deutlich negativer eingeschätzt, wobei die "Einhaltungsbereitschaft" anderer Berufsgruppen im Zeitvergleich am schlechtesten beurteilt wird (rund 16 % kritische Stimmen in 2007 vs. 43 % kritische Stimmen in 2009). Die schlechtere Beurteilung der Verbindlichkeit von Teamsitzungen ist ebenfalls bemerkenswert, finden doch regelmäßige 3P-Treffen zur Problemlösung statt.

Ob Absprachen tatsächlich weniger bindend getroffen werden, oder ob projektbedingt eine höhere Sensibilität herrscht, geht aus den Zahlen nicht hervor und sollte mit den Mitarbeitern besprochen werden.



Die Bewertung der pflegeinternen Zusammenarbeit kann Abbildung 55 entnommen werden. Es lassen sich insgesamt überwiegend positive Einschätzungen konstatieren.

Zusammenarbeit im Team 100,00% ■ Stimme völlig 90,00% 32,70% 31,80% 80,00% 40,40% 42,90% 45,50% 45,50% 70.00% Stimme eher 60,00% 711 50,00% 40,00% 57,10% 59,10% 36,40% 40,90% 46,90% 53.20% ■ Stimme eher 30,00% 20,00% nicht zu 10.00% 18,20% 11,40% 10,20% 10,20% 9,10% 0,00% ■ Stimme ganz und gar nicht Erhebung Erhebung Erhebung Erhebung Erhebung Erhebung zu 2007 2009 2007 2009 2007 2009

Abbildung 55: Zusammenarbeit im Team

Die fachliche und menschliche Zusammenarbeit werden 2009 gleich gut bewertet wie in 2007. Das Gemeinschaftgefühl wird leicht schlechter bewertet.

Ein Aspekt der Zusammenarbeit, die gegenseitige Rückmeldung unter Kollegen und von der Führungsperson, wurden separat betrachtet, da sie als Ressource von besonderer Bedeutung sind. Erfragt wurde jeweils die Einschätzung der aktuellen Lage und ggf. Änderungswünsche am Feedbackverhalten. Begonnen wird mit der kollegenbezogenen Darstellung.

Wie Abbildung 56 zeigt, geben rund 70 % der Befragten an, immer/häufig von ihren Kollegen Rückmeldung zu erhalten, auch wenn die Einschätzung im Vergleichszeitraum etwas zurückgegangen ist.

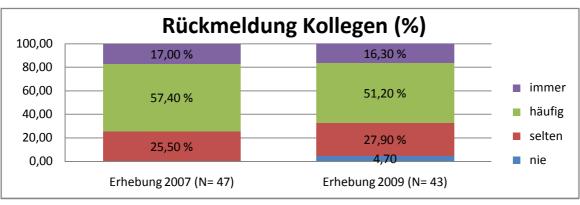


Abbildung 56: Rückmeldung von Kollegen

Und nach dem möglichen Änderungswunsch gefragt, gaben 2007 rd. 56 % der Teilnehmer an, sie wünschten sich mehr Rückmeldung (. Abbildung 57). In 2009 waren es nur noch 44 %. Trotz des



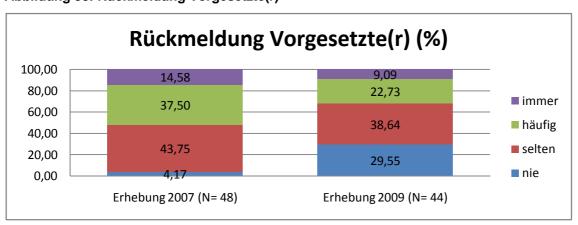
leichten Rückgangs des Feedbackwunsches, würde sich rund die Hälfte der Pflegekräfte über mehr kollegiale Rückmeldung freuen. Ein Aspekt, der trotz der im Schnitt guten Rückmeldungseinschätzung, nicht unbeachtet bleiben sollte.

Abbildung 57: Rückmeldungswunsch von Kollegen

erhzeitpkt			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Erhebung 2007	Gültig	mehr Rückmeldung	27	55,1	56,3	56,3
		kann so bleiben	21	42,9	43,8	100,0
		Gesamt	48	98,0	100,0	
	Fehlend	Doppelantwort	1	2,0		
	Gesamt		49	100,0		
Erhebung 2009	Gültig	mehr Rückmeldung	19	43,2	44,2	44,2
		kann so bleiben	24	54,5	55,8	100,0
		Gesamt	43	97,7	100,0	
	Fehlend	Missing	1	2,3		
	Gesamt		44	100,0		

Noch wichtiger als kollegiales Feedback ist die Rückmeldung durch den direkten Vorgesetzten, denn ein offenes Klima und eine gute Kommunikationsstruktur, einhergehend mit einem angemessenen und konstruktiven Feedback, sind unverzichtbare Voraussetzungen für einen nachhaltigen Lern- und Entwicklungsprozess der Mitarbeiter. Dieser Aspekt ist demnach für die Entwicklung und Verstetigung der Gesundheitskompetenz von großer Wichtigkeit. Wie Abbildung 58 zeigt, gaben 2007 rund 50 % der Befragten an, immer/häufig von ihrem/ihrer Vorgesetzte(n) Rückmeldung zu erhalten.

Abbildung 58: Rückmeldung Vorgesetzte(r)



Diese Zahl sank auf 32 % im Jahre 2009. Fast ein Drittel gibt sogar an, nie Feedback vom Vorgesetzten zu erhalten. Entsprechend stieg die Anzahl derjenigen, die sich mehr Rückmeldung wünschen von rd. 47 % (2007) auf 63 % (2009).



Abbildung 59: Rückmeldungswunsch Vorgesetzte(r)

erhzeitpkt			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Erhebung 2007	Gültig	mehr Rückmeldung	22	44,9	46,8	46,8
		kann so bleiben	25	51,0	53,2	100,0
		Gesamt	47	95,9	100,0	
	Fehlend	Doppelantwort	1	2,0		
		Missing	1	2,0		
		Gesamt	2	4,1		
	Gesamt		49	100,0		
Erhebung 2009	Gültig	mehr Rückmeldung	27	61,4	62,8	62,8
		kann so bleiben	16	36,4	37,2	100,0
		Gesamt	43	97,7	100,0	
	Fehlend	Missing	1	2,3		
	Gesamt		44	100,0		

Ob es tatsächlich zu einer Verschlechterung im führungsbezogenen Feedbackverhalten kam oder ob die Mitarbeiter für diesen Aspekt durch das Projekt sensibler geworden sind oder ob der partizipative Charakter des Projektes Erwartungen tatsächlich neu bewertet wurden, kann ohne Klärung mit den Mitarbeitern direkt nicht endgültig festgestellt werden. Dass das führungsbezogenen Feedback mehr den Bedürfnissen der Mitarbeiter angepasst werden sollte, wird allerdings durch die Zahlen deutlich, insbesondere vor dem Hintergrund der hohen Bedeutung dieses Faktors auf Arbeitszufriedenheit und damit auch auf Gesundheit.

Neben dem mitarbeiterbezogenem Feedback muss eine Führungsperson noch weitere Kompetenzen aufweisen, um ihre Mitarbeiter optimal leiten zu können und so ein lern-, entwicklungs- und motivationsförderndes Klima zu schaffen. Entsprechende Bewertungen sind in Abbildung 60 zu sehen.

Die Sicherstellung von Entwicklungsmöglichkeiten wird 2009 mit 37,5 % negativen Bewertungen schlechter eingeschätzt als 2007 mit 25,7 % negativen Bewertungen.

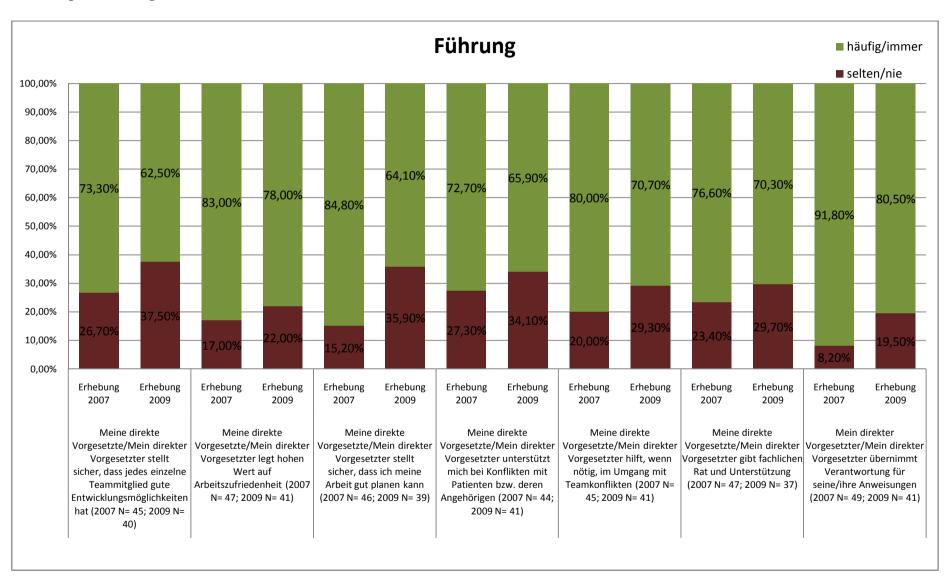
Ähnliche Werte erhält die Beachtung von Arbeitszufriedenheit durch die Vorgesetzten mit um die 20 % kritischer Einschätzungen.

Wiederum negativer wird die Planbarkeit der Aufgaben bewertet. In 2009 liegen rund 36 % kritische Stimmen vor. In 2007 waren es nur 15,2 %.

Die Einschätzung der Unterstützung bei Patientenkonflikten bleibt im Zeitverlauf hingegen gleich (ca. 30 % Negativbewertungen).



Abbildung 60: Führung





Ähnliches gilt für den Umgang mit Teamkonflikten und den "fachlichen Rat und Unterstützung". Negativbewertungen nehmen rund ein Viertel der Befragten vor.

Die Verantwortungsübernahme für Anweisungen erfährt wiederum (19,5 % selten/nie-Nennungen in 2009) eine schlechtere Bewertung als 2007, wo nur 8,2 % der Teilnehmer eine negative Bewertung abgaben.

Für die Einschätzung der Führungskompetenzen lässt sich zwar insgesamt eine Mehrheit der positiven Bewertungen konstatieren, aber: Die Sicherstellung der Entwicklungsmöglichkeiten, Planbarkeit von Aufgaben und Verantwortungsübernahme für seine/ihre Anweisungen werden 2009 schlechter bewertet als 2007.

Neben der intra- wurde auch die interprofessionelle Zusammenarbeit erfragt. Im hochgradig arbeitsteiligem System Krankenhaus mit der Pflege als Koordinierungsstelle ist dies oft ein belastungsauslösender Faktor. Die entsprechenden Bewertungen zeigt Abbildung 61.

Insgesamt kann eine positive Bewertung aller Aspekte konstatiert werden.

Das Item "..fühle mich und meine Sicht der Dinge ernst genommen" wird relativ besser beurteilt. Relativ deshalb, da dichotomisiert betrachtet zwar etwas mehr positive Einschätzungen vorliegen (76 % in 2007 und 84% in 2009) aber bei Betrachtung aller Kategorien auffällt, dass am positiven Extrempol deutlich weniger Nennungen zu verzeichnen sind (26 % in 2007 zu 9,5 % in 2009).

Die Frage, ob die Pflegenden die anderen Berufsgruppen ernst nehmen, wird zu beiden Zeitpunkten annähernd gleich bewertet.

Die Bewertung der eigenen Durchsetzungsfähigkeit erfährt eine leichte Verschlechterung im Zeitverlauf, da mehr kritische und weniger Nennungen am positiven Extrempol zu erkennen sind. Die Durchsetzungsfähigkeit der anderen Berufsgruppen wird im Zeitverlauf ähnlich bewertet.

Insgesamt lässt sich festhalten: Die Pflegenden haben das Gefühl, dass sie die Sicht anderer Berufsgruppen ernster nehmen als diese Berufsgruppen die Sicht der Pflege. Zudem schätzten die Pflegenden die Durchsetzungsfähigkeit der anderen Berufsgruppen höher ein als ihre eigene.

Ebenso wie die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen ist das Management berufsübergreifender Schnittstellen wichtiger Bestandteil eines gut organisierten Versorgungsprozesses, um Missverständnisse und Fehlplanungen zu vermeiden. Die entsprechenden Items und Beurteilungen sind Abbildung 62 zu entnehmen.



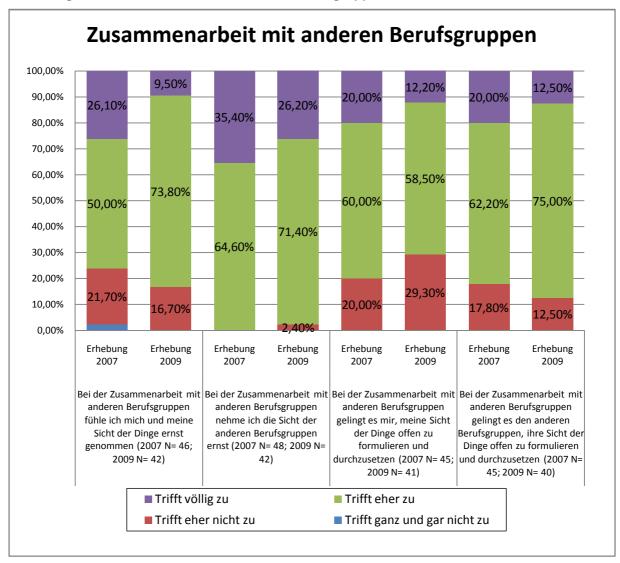


Abbildung 61: Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen

Insgesamt überwiegen auch in dieser Itembatterie die positiven Bewertungsanteile. Jedoch lassen sich im Zeitverlauf sowohl bessere als auch schlechtere Bewertungen finden.

Die Güte der Abstimmung pflegerischer und ärztlicher Aufgaben wird 2009 mit 28,6 % kritischen Stimmen schlechter eingeschätzt als 2007, wo 15,9 % der Probanden die gleiche Ansicht vertraten.

Das Item "Abstimmung m. Belegärzten" weist eine hohe Anzahl an Missings innerhalb der Teilnehmerschaft der Kinderklinik auf, so dass die Ergebnisse unter Vorbehalt zu betrachten sind. Im Zeitverlauf sind keine Veränderungen in der Bewertung sichtbar. Nach wie vor beurteilen ca. 21 % der Teilnehmer diesen Aspekt kritisch.

Die Zusammenarbeit der Station mit Funktionsdiensten erhält 2009 eine bessere Bewertung (95 % positive Bewertungen) als in 2007 (83 % positive Bewertungen).

Im Gegensatz dazu wird die Zusammenarbeit der Stationen untereinander deutlich schlechter beurteilt. Sahen 2007 rd. 20 % diesen Aspekt kritisch, waren es 2009 rd. 45 %. Ob eine



höhere Sensibilität oder eine tatsächliche Verschlechterung vorherrscht, muss mit den Mitarbeitern geklärt werden.

Für das Item "Zusammenarbeit mit vorgeschalteten Bereichen ergeben sich ebenfalls hohe Missing-Werte. Daher sind die Ergebnisse unter Vorbehalt zu betrachten. Allerdings stellt sich über die beiden Erhebungen keine Bewertungsänderung ein. Ca. ein Viertel der Befragten sieht die Zusammenarbeit eher kritisch.

Wie beim vorhergehenden Item liegen auch für den gesamten Bereich Entlassung einschließlich des Items "interne Abstimmung bei Entlassungen" viele Missings vor. Die Einschätzung der hausinternen Abstimmung erhält 2009 wie in 2007 die schlechteste Bewertung (37,5 negative Bewertungen in 2007 und 40,5 % negative Bewertungen in 2009).

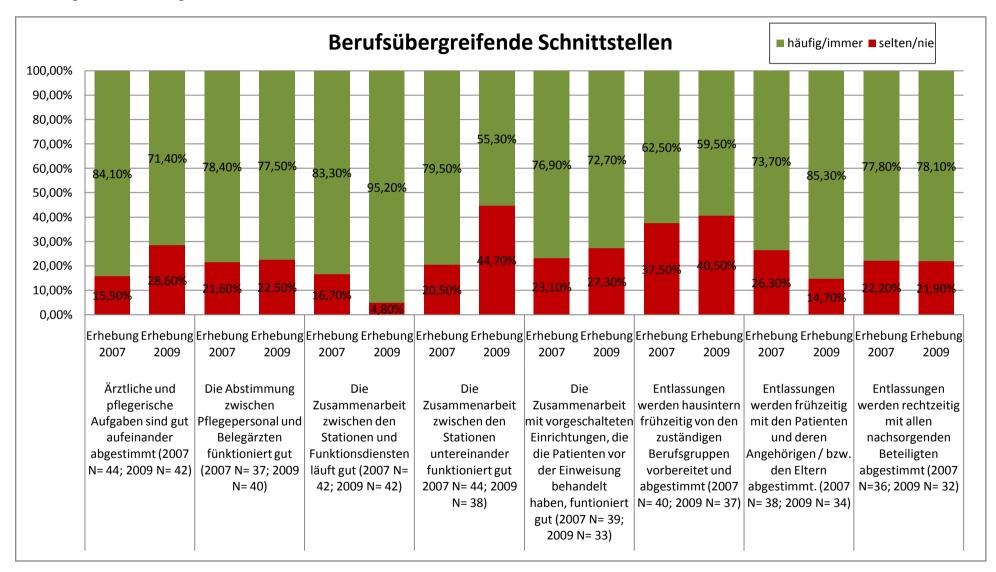
Die Abstimmung mit Angehörigen/Eltern wird besser eingeschätzt als 2007.

Die Absprache mit den nachsorgenden Einrichtungen erhält wie 2007 rund 21 % negative Bewertungen.

Beachtenswert bei der Schnittstelleneinschätzung sind die schlechte Bewertung der Zusammenarbeit der Stationen untereinander und die weiterhin schlechte Bewertung der hausinternen Entlassungsplanung.



Abbildung 62: Berufsübergreifende Schnittstellen





Fazit zum Bereich C: "Zusammenarbeit und Rückmeldung"

Für diesen Bereich können folgende zentralen Ergebnisse festgehalten werden:

- 1. Im Bereich "Routinenverankerung" werden die Items "Verbindlichkeit von Absprachen in Teamsitzungen" und "Einweisung von neuem Personal" schlechter bewertet. Vor allem das schlechtere Beurteilen von Teamabsprachen ist vor 3P-Hintergrund interessant. Finden wirklich weniger (erfolgreiche) Absprachen statt oder sind die Mitarbeiter nur sensibler als vor 3P?
- Das Feedbackverhalten der Vorgesetzten wird schlechter bewertet als 2007 und die Mitarbeiter wünschen sich mehr Feedback von ihren Vorgesetzten.
- 3. Für die Einschätzung der Führungskompetenzen lässt sich zwar insgesamt eine Mehrheit der positiven Bewertungen konstatieren, aber: Die Items "Sicherstellung der Entwicklungsmöglichkeiten", "Planbarkeit von Aufgaben" und "Verantwortungsübernahme für seine/ihre Anweisungen" werden 2009 schlechter bewertet als 2007.
- 4. Für die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen kann festgehalten werden: Die Pflegenden haben das Gefühl, dass sie die Sicht anderer Berufsgruppen ernster nehmen als diese Berufsgruppen die Sicht der Pflege. Zudem schätzten die Pflegenden die Durchsetzungsfähigkeit der anderen Berufsgruppen höher ein als ihre eigene
- 5. Beachtenswert bei der Schnittstelleneinschätzung sind die schlechte Bewertung der Zusammenarbeit der Stationen untereinander und die weiterhin schlechte Bewertung der hausinternen Entlassungsplanung. Dies war im Anschluss an die 3P-Projektaktivitäten nicht zu erwarten.

Nach der Darstellung der kommunikativ-kooperativen Themen, behandelt der nächste Abschnitt die Wohlbefindens- und Zufriedenheitssituation der Teilnehmer. Insbesondere Burnout und die Arbeitszufriedenheit sind wesentliche Merkmale arbeitsbezogener Belastung. Deshalb kommt diesen Faktoren besondere Bedeutung zu.

4.5.3.6 Teil D: Wohlbefinden und Zufriedenheit

In Ergänzung zu einzelnen potentiellen Belastungs-, Ressourcen- und Gesundheitsaspekten wurde in der Vollerhebung der Kinderklinik auch die Einschätzung der Gesamtbelastung im Leben und durch die Arbeit mittels einer Analogskala erhoben.

Wie in Abbildung 63 ersichtlich, liegt der Mittelwert für die Belastung im Leben allgemein 2009 bei 4,24 womit sie etwas geringer ausgeprägt ist als 2007 (Mittelwert 4,7).

Die Arbeitsbelastung ist ebenfalls leicht rückläufig wie Abbildung 63 zeigt. Alle Mittelwerte rangieren jedoch relativ nahe am Skalenmittelpunkt von 5 (0 geringe Belastung bis 10 hohe



Belastung), womit eine insgesamt durchschnittliche Belastung zu konstatieren ist. Ebenso erbrachte ein Mittelwertvergleich kein signifikantes Ergebnis.

Abbildung 63: Belastung im Leben und durch die Arbeit

		Statistiken		
erhzeitpkt			Wie belastet fühlen Sie sich insgesamt in Ihrem Leben?	Wie belastet fühlen Sie sich in Ihrer Arbeit insgesamt?
Erhebung 2007	N	Gültig	33	31
		Fehlend	16	18
	Mittelwert		4,7000	5,0935
	Median		4,9000	5,1000
	Modus		5,00	2,50
	Standardabweichung		2,62011	2,27346
	Varianz		6,865	5,169
	Spannweite		9,20	8,10
	Minimum		,30	,80
	Maximum		9,50	8,90
Erhebung 2009	N	Gültig	39	41
		Fehlend	5	3
	Mittelwert		4,2436	4,7537
	Median		3,7000	4,9000
	Modus		3,30	5,20
	Standardabweichung		2,35414	2,14838
	Varianz		5,542	4,616
	Spannweite		9,10	8,60
	Minimum		,20	1,10
	Maximum		9,30	9,70

Nach Darstellung der allgemeinen und arbeitsbezogenen Belastungssituation folgt die der Burnout- und Arbeitszufriedenheitsthematik.

Die Burnout-Problematik wird in Verbindung mit arbeitsbezogener Belastung und dem Pflegeberuf intensiv diskutiert, identifizierten doch viele Studien die Gruppe der Pflegekräfte als besonders gefährdeten bzw. belasteten Personenkreis. Die Werte in Abbildung 64 zeigen einen leichten Rückgang im Mittelwert von 2,711 auf 2,61 zwischen den beiden Erhebungen³². Der Burnout-Skalenmittelwert liegt bei 3 (von 1 geringes Risiko bis 6 hohes Risiko), womit unsere Stichprobe ein eher niedriges Burnoutrisiko aufweist und nur leicht über dem Mittelwert der NEXT-Studie für Deutschland (= 2,5) liegt ^{33.}

³³ vgl. van der Schoot, 2005, S. 59

³² Ein Mittelwertvergleich erbrachte keinen signifikanten Unterschied in der Differenz der Mittelwerte



Abbildung 64: Burnout und Arbeitszufriedenheit

Statistiken						
Erhebungszeitpunk	t		Burnout	Arbeitszufri edenheit		
Erhebung 2007	N	Gültig	46	43		
		Fehlend	3	6		
	Mittelwert		2,7065	2,7674		
	Median		2,6250	2,7500		
	Modus		2,25	3,00		
	Standardabwei	ichung	1,02781	,32912		
	Varianz		1,056	,108		
	Spannweite		3,75	1,50		
	Minimum		1,00	2,00		
	Maximum		4,75	3,50		
Erhebung 2009	N	Gültig	42	39		
		Fehlend	2	5		
	Mittelwert		2,6071	2,7564		
	Median		2,5000	3,0000		
	Modus		2,25	3,00		
	Standardabwei	ichung	1,15445	,56629		
	Varianz		1,333	,321		
	Spannweite		4,25	2,75		
	Minimum		,75	1,25		
	Maximum		5,00	4,00		

Im Einklang mit den Burnout-Werten sind diejenigen der Arbeitszufriedenheit zu sehen. Wie ebenfalls in Abbildung 64 ersichtlich, liegen keine Veränderungen im Mittelwert vor. Gemessen am Skalenmittel von 2,5 (von 1 "geringe Zufriedenheit" bis 5 "hohe Zufriedenheit"), liegt also dort auch eine eher günstige Bewertung der Arbeitszufriedenheit vor, sogar über dem Mittelwert der NEXT-Studie für Deutschland (=2,5)³⁴.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sowohl für das Burnout-Risiko als auch für die Arbeitszufriedenheit insgesamt positive Werte angegeben werden. Gleiches gilt für die Belastungssituation durch die Arbeit und im Leben allgemein.

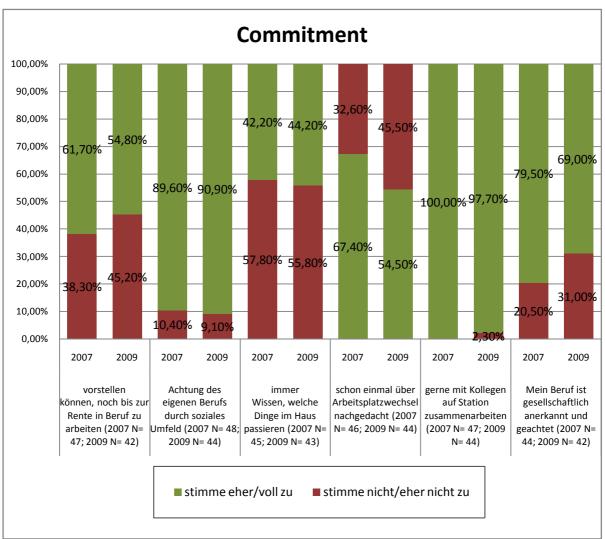
Als eine weite Ressource kann das Commitment betrachtet werden. In der aktuellen Befragung wurde das berufsbezogene als auch das arbeitsplatzbezogene Commitment erfragt. Wie aus Abbildung 65 hervorgeht, fallen die Bewertungen der einzelnen Items sehr unterschiedlich aus. Am Positivesten wird die Zusammenarbeit mit den Kollegen auf Station beurteilt, da fast alle Mitarbeiter dieses Item positiv beurteilen. Danach folgt die Einschätzung der Achtung des Berufes durch das soziale Umfeld. Schon deutlich schlechter, insbesondere in der Befragung 2009 mit 31 % ablehnenden Stimmen, wird die gesellschaftliche Achtung des

³⁴ vgl. Stordeur u. a., 2005, S. 37



Berufes bewertet. Noch etwas kritischer wird der Verbleib im Beruf eingeschätzt. In 2009 können sich rd. 45 % der Teilnehmer dies eher nicht vorstellen (2007 waren es 38,3 %). Im Einklang dazu haben 2009 ebenfalls rd. 45 % der Probanden über einen Arbeitsplatzwechsel nachgedacht, dies sind 13 % mehr als 2007. Ob Gründe dafür in der nunmehr zwei Jahre längeren Berufstätigkeit, einer etwas anderen Befragtenpopulation oder anderen Faktoren liegen, muss offen bleiben.

Abbildung 65: Commitment



Am negativsten bewerten die Befragten die Transparenz der Vorgänge im Haus, was aus Partizipationsgesichtspunkten ungünstig ist. Über die Hälfte der Befragten gab in beiden Befragungen an, nicht zu wissen, welche Dinge im Haus passieren. Auch hier lässt sich nicht sagen, ob eine höhere Sensibilität aufgrund des Projektes herrscht oder die Transparenz der Vorgänge im Haus abgenommen hat.

Insgesamt lässt sich abschließend für die Commitment-Elemente eine heterogene Bewertung der Einzelitems konstatieren.



Neben den bereits beschriebenen Belastungs- und Ressourcenfaktoren wurden auch konkrete handlungspraktische Bewältigungsstrategien erfragt.

Ein Aspekt galt dem generellen Einsatz von Stressbewältigungsstrategien während der Arbeitszeit. Wie Abbildung 66 aufzeigt, nutzt die Mehrheit der Mitarbeiter individuelle Bewältigungsstrategien, um ihr Beanspruchungsniveau zu senken bzw. zu kontrollieren, wobei sich die Anzahl im Zeitverlauf nicht wesentlich veränderte.

Abbildung 66: Stressbewältigungsstrategien während Arbeit vorhanden?

zeitpkt			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
2007	Gültig	Ja	42	87,5	89,4	89,4
	· ·	Nein	5	10,4	10,6	100,0
		Gesamt	47	97,9	100,0	,
	Fehlend	Missing	1	2,1	·	
	Gesamt	-	48	100,0		
2009	Gültig	Ja	37	84,1	86,0	86,0
		Nein	6	13,6	14,0	100,0
		Gesamt	43	97,7	100,0	
	Fehlend	Missing	1	2,3	·	
	Gesamt	_	44	100,0		

Abbildung 67 zeigt die Verteilung der eingesetzten Strategien. Es verwundert nicht, dass am häufigsten (rund 22 %) die Kollegen um Hilfe gefragt werden, schließlich arbeiten die Pflegenden in einem sehr engen Team.

Danach folgt die Strategie des Pausen Durcharbeitens (rd. 16 %), ein weit verbreitetes Phänomen im Pflegebereich, was der Gesundheit nicht zuträglich und sicher nicht im Sinne des Projektes ist.

Die Strategie der Neustrukturierung von Arbeitsabläufen wird 2009 häufiger genutzt (2007 9,9 % und 2009 16 %). Dies dürfte vermutlich mit den im Projekt erlernten Kompetenzen im Zusammenhang stehen. Die unter Gesundheits-Gesichtspunkten kritisch zu sehenden Strategie des schnelleren Arbeitens schließt sich mit rund 13 % in 2009 an, wobei keine wesentliche Veränderung im Zeitverlauf zu erkennen ist.

Eine erstaunliche Veränderung ergibt sich für die im Pflegebereich gerne zur Entspannung genutzte Raucherpause. In 2007 gaben rund 11 % der Teilnehmer die Anwendung dieser Strategie an, 2009 waren es nur noch rund 5 %. Ob dies an neuen Teamabsprachen, einer veränderten Population, einer höheren Wertschätzung der eigenen Gesundheit oder an externen Bedingungen liegt, kann über die Zahlen nicht erkannt werden.

Das Item "Anforderungen in der Gruppe diskutieren" wird 2009 etwas weniger eingesetzt. Dies ist verwunderlich, da immer noch regelmäßige 3P-Treffen auf den Stationen zur Lösung



von Problemen abgehalten werden. Auch wenn die prozentuale Verteilung zwischen den Erhebungen nahezu gleich ist, wäre für diese Strategie eigentlich eine höhere Nennung zu erwarten gewesen.

Die restlichen Items werden nicht signifikant anders als 2007 beurteilt.

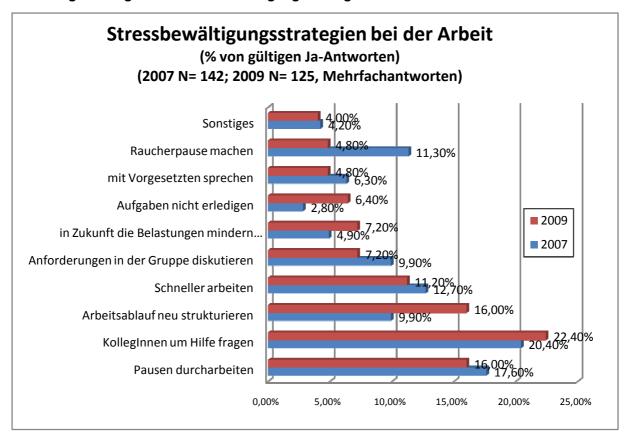


Abbildung 67: Eingesetzte Stressbewältigungsstrategien

Insgesamt lässt sich für diesen Bereich der Stressbewältigungsstrategien festhalten: Am häufigsten werden die Kollegen um Unterstützung gebeten, danach folgt die Strategie des Pausen Durcharbeitens. Das sich anschließende Item "Arbeitsabläufe neu strukturieren" wird 2009 häufiger genutzt als noch 2007. An vierter Stelle rangiert mit gleichen Bewertungszahlen der Aspekt des "schneller Arbeitens" als Stressbewältigungsstrategie.

Da das Projekt die Mitarbeiter für die eigenen (gesundheitsbezogenen) Bedürfnisse sensibilisieren will, wurde erfragt, ob schon einmal von den Teilnehmern versucht wurde, die Arbeit den eigenen Bedürfnissen entsprechend umzugestalten. Die Übersicht in Abbildung 68 zeigt die entsprechenden Antworten.

Gemessen an den Ergebnissen von 2009 wird die Erstellung eines eigenen Arbeitsplans von einem Drittel der Probanden als Anpassungsstrategie genutzt. Das sind 11 % mehr als 2007. Ob dies als Projektwirkung zu werten ist, muss mit den Mitarbeitern besprochen werden, da



in den Problemlösungstreffen und im Projekt allgemein das Thema Um- oder Neuorganisation von Aufgaben häufig angesprochen wurde.

Als nächsthäufiger Mechanismus wird die Besprechung mit den Kollegen (rund. 30 %) als Anpassungsstrategie genannt.

Was bei der weiteren Betrachtung der Übersicht auffällt, ist der Rückgang des Gefühls, keine Umgestaltung der Arbeit vornehmen zu können (von 25 % in 2007 auf 15 % in 2009), was durchaus als positiv anzusehen ist, solange die Mitarbeiter auch tatsächlich die Möglichkeit haben, belastungsrelevante Umgestaltungen vornehmen zu können. Dieses Potential ist besonders gut im Blick zu behalten, damit die neue Motivation erhalten bleibt und auch Erfolge gesehen werden können.

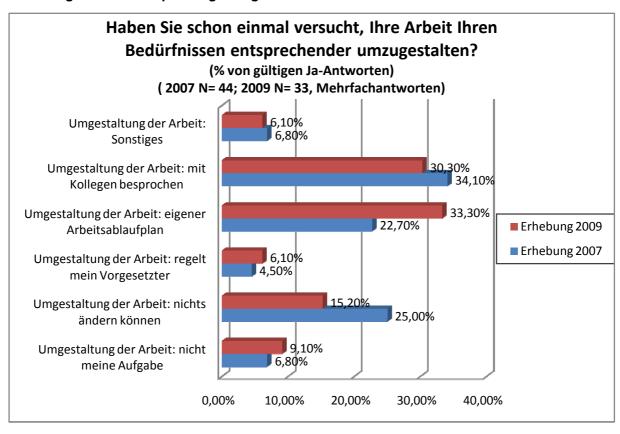


Abbildung 68: Arbeitsanpassung an eigene Bedürfnisse

Anknüpfend an das verringerte Ohnmachtsgefühl schließen sich nun die Einschätzungen der Mitarbeiter im Hinblick auf ihre Selbstwirksamkeitserfahrungen an. Nur wer sich selbst sicher ist, wird Dinge ändern können und wollen. Da Pflege ein "Teamsport" ist, wurde die Selbstwirksamkeit auf individueller als auch auf gruppenbezogener Ebene anhand einiger ausgewählter Variablen erfragt.

Wie Abbildung 69 zeigt, beurteilt mindestens die Hälfte der Probanden ihre Fähigkeiten in den einzelnen Items als hoch bzw. sehr hoch, was insgesamt ein positives Ergebnis ist. Bei



genauerer Betrachtung können aber dennoch Unterschiede in der Ausprägung der positiven Bewertung erkannt werden.

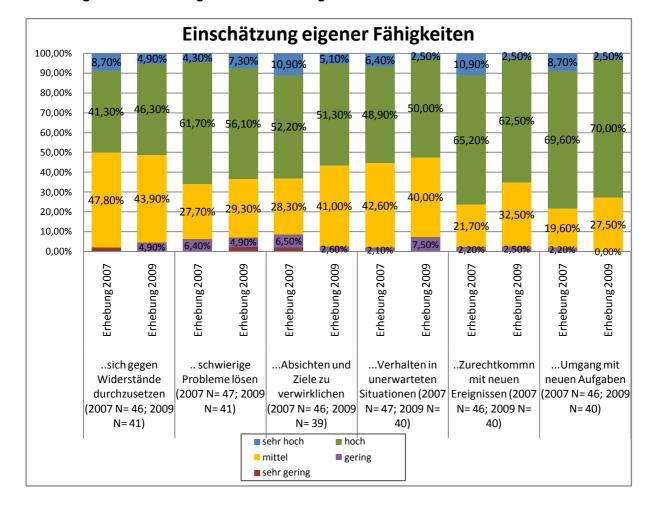


Abbildung 69: Einschätzung individueller Fähigkeiten

Das Item "..sich gegen Widerstände durchzusetzen" erhält rd. 50 % positive Nennungen, wird von allen Variablen aber am schlechtesten beurteilt, was sich zwischen den Erhebungen auch nicht geändert hat. Rund zwei Drittel der Probanden beurteilen ihre Kompetenz "schwierige Probleme zu lösen" als hoch/sehr hoch. An dieser Ansicht änderten sich nichts zwischen den beiden Befragungszeitpunkten. Dichotomisiert betrachtet erhält das Item "Absichten und Ziele verwirklichen" eine etwas negativere Bewertung, da 2007 rund 64 % diesen Aspekt positiv bewerteten während es 2009 "nur" noch 56 % sind. Die Kompetenz, sich in unerwarteten Situationen angemessen verhalten zu können, erhält zu beiden Erhebungszeitpunkten von rund der Hälfte der Teilnehmer eine positive Einschätzung. Wiederum schlechter wird das "Zurechtkommen mit neuen Ereignissen" bewertet. In 2007 schätzten 75 % der Befragten ihre diesbezügliche Kompetenz als hoch/sehr hoch ein, während dies 2009 "nur" noch 65 % taten. Die Kompetenz im Umgang mit neuen Aufgaben wird insgesamt am



positivsten bewertet. In 2007 schätzen rund 78 % der Probanden dieses Item positiv ein. In 2009 waren es noch 72 %.

Insgesamt lassen sich für die individuellen Kompetenzen überwiegend günstige Einschätzungen konstatieren, die sich während der Befragungen nicht wesentlich änderten.

Die Einschätzung gruppenbezogener Fähigkeiten fällt im Vergleich zu den individuellen Fähigkeiten deutlich kritischer aus, wie Abbildung 70 zeigt. Die positiven Einschätzungen schwanken zwischen 37 % und 73 %.

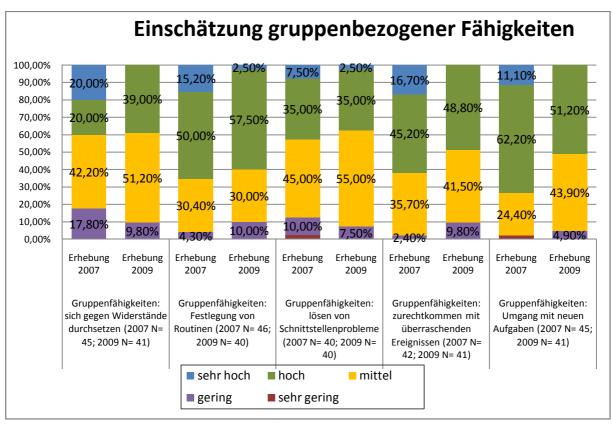


Abbildung 70: Einschätzung gruppenbezogener Fähigkeiten

Das Vermögen sich gegen Widerstände durchzusetzen erhält erhebungszeitraumübergreifend rd. 40 % positive Einschätzungen, wobei 2009 der positive Extrempol nicht mehr genannt wird, dafür aber auch weniger Nennungen in der Kategorie "gering" vertreten sind. Insgesamt kann jedoch aufgrund der Werteverschiebung eine Verschlechterung der Bewertung konstatiert werden. Zudem wird dieses Item am negativsten von allen bewertet.

Ebenfalls etwas kritischer, wenn auch nicht so deutlich, wird die Fähigkeit zur Festlegung von Routinen bewertet. Auch hier finden sich 2009 weniger Nennungen am positiven Extrempol (15,2 % in 2007 zu 2,5 % in 2009) und etwas mehr Nennungen in der Kategorie "gering". Auch wenn dichotomisiert betrachtet keine Veränderung vorliegt, können die Verschiebungen innerhalb der Kategorien als relative Verschlechterung gewertet werden.



Das Lösen von Schnittstellenproblemen wird im Zeitverlauf mit jeweils rund 40 % positiven Bewertungen eingeschätzt und erhält damit nach der Durchsetzungsfähigkeit bei Widerständen die schlechteste Bewertung. Innerhalb der Kategorien traten keine wesentlichen Änderungen auf.

Wie bei den individuellen Einschätzungen auch, zeigen sich in Bezug auf das Zurechtkommen mit überraschenden Ereignissen die deutlichsten Veränderungen in der Bewertung. In 2007 bewerteten 62 % der Befragte, wobei davon 16,7 % ihre Kompetenzen als sehr hoch einschätzten, die diesbezügliche gruppenbezogene Fähigkeit als positiv. In 2009 gab es nur noch 48 % positive Nennungen und keiner der Befragten schätzte die Kompetenz als "sehr hoch" ein. Zudem stiegen die Nennungen in der Kategorie "gering" von 2,4 % auf 9,8 %.

Eine noch deutlichere Verschlechterung zeigt sich für die Kompetenzeinschätzung im Umgang mit neuen Aufgaben. Die positiven Einschätzungen fielen von 73 % (2007) auf 51,2 % (2009), wobei der positive Extrempol 2009 komplett entfällt.

Insgesamt zeigen die gruppenbezogenen Fähigkeiten gemischte Ergebnisse, wobei im Zeitverlauf bei 4 von 5 Variablen zum Teil deutliche Verschlechterungen der Bewertungen zu beobachten sind. Ob die genannten Änderungen an einer jeweiligen tatsächlichen Verschlechterung der Situation oder an einer veränderten Einstellung zu den genannten Zusammenhängen liegen, kann ohne mündliche Rücksprache mit den Mitarbeitern nicht geklärt werden.

Nach der Einschätzung der vorhandenen Kompetenzen wurden die Mitarbeiter in einer weiteren Frage konkret nach Unterstützungsbedarfen gefragt, also nach extern benötigten Ressourcen, die es ggf. auszubauen gilt, um das Beanspruchungsniveau der Mitarbeiter zu senken und ihre Gesundheit zu stärken.

Aus Abbildung 71 geht hervor, dass erhebungszeitpunktübergreifend die Unterstützung bezüglich der Kommunikation in Konfliktgesprächen mit 32, 1 % in 2007 und 26,4 % in 2009 am häufigsten benötigt wird, wobei der "Trend" leicht rückläufig ist. Danach folgt die Rückendeckung durch die Geschäftsführung der Kinderklinik mit 14,1 % in 2007 und 22 % in 2009. Für dieses Item zeigt sich die höchste Zunahme in der Wahrnehmung der benötigten Unterstützung. Danach folgt die Rückendeckung durch die Stationsleitung mit annähernd gleicher Bewertung. In 2007 gaben 19,2 % der Probanden an, sich von ihrer Stationsleitung Rückendeckung zu wünschen, in 2009 waren es noch 17,6 %. Ein weiterer kommunikationsbezogener Bereich, die Unterstützung bei der Moderation von Gesprächen, wird 2009 von 16,5 % der Teilnehmer gewünscht, während es 2007 12,8 % waren. Die leichte Zunahme könnte an der benötigten Moderationskompetenz innerhalb der Problemlösungstreffen liegen, wobei für die Moderatoren dieser Treffen (Stationsmitarbeiterinnen), zwar etwas verspätet aber den-



noch, ein Moderatorentraining stattfand. Die Zahlen könnten ein Hinweis für immer noch bestehende Schulungsbedarfe sein. Dies ist mit den Mitarbeitern zu klären.

Die Unterstützung durch das Team (rund 9 %) und Unterstützung in der Dokumentation von Routinen und Arbeitsabläufen (rund 7 %) erhalten die wenigsten Nennungen im Vergleich mit den anderen Items.

Insgesamt kann für diesen Bereich festgehalten werden: Kommunikative Kompetenzen in Konfliktsituationen und in der Moderation von Gesprächen sowie die Unterstützung durch die Geschäfts- und Stationsleitung sind die am häufigsten nachgefragten Unterstützungsstrategien der Mitarbeiter. Die Zunahme im Bereich der Rückendeckung durch die Geschäftsleitung ist vor dem Projekthintergrund nicht verwunderlich. Streben die Pflegekräfte tiefergreifende Veränderungsprozesse an, sind diese ohne Geschäftsführungsunterstützung nicht machbar. Ebenso muss die Stationsleitung hinter den Änderungswünschen stehen.

Die Einschätzung nach mehr konfliktbezogenen Kompetenzen verwundert ebenfalls nicht. Die Problemlösungsprozesse sind als neues Forum der Diskussion hinzugekommen. Daneben steht eine Pflegekraft permanent in Interaktion mit anderen Menschen: mit Teamkollegen, mit Patienten und deren Angehörigen, mit anderen Berufsgruppen usw.. Dadurch kann es zu Konflikten kommen.

Benötigter Unterstützungsbedarf in folgenden Bereichen: (% von gültigen Ja-Antworten) (2007 N= 78; 2009 N= 91, Mehrfachantworten) Sonstiges 6,40% 22.d0% ...Rückendeckung von Geschäftsleitung der Kinderklinik 14,10%Rückendeckung von StationsleitungUnterstützung durch Team ■ Erhebung 2009 Dokumentation von Arbeitsabläufen u. Routinen ■ Erhebung 2007 16,50% 12,80% ... in Moderation von Gesprächen 26,40% 32,10% bei Kommunizieren in Konfliktsituationen 0,00% 5.00% 10,00% 15,00% 20,00% 25,00% 30,00% 35,00%

Abbildung 71: Benötigter Unterstützungsbedarf



Fazit für den Bereich D: "Wohlbefinden und Zufriedenheit":

Für diesen Bereich können folgende zentrale Ergebnisse festgehalten werden:

- Die Belastung im Leben allgemein und durch die Arbeit ist leicht rückläufig. Die jeweiligen Mittelwerte liegen nur leicht unterhalb des Skalenmittelpunktes und weisen somit eher auf eine durchschnittliche Belastungssituation hin.
- 2. Das Burnout-Risiko ist als tendenziell niedrig einzuschätzen, da die gemessenen Mittelwerte unterhalb des Skalenmittelwertes liegen und zudem leicht rückläufig sind. Die gemessenen Mittelwerte liegen mit 2,71 (2007) und 2,61 (2009) leicht oberhalb des Mittelwertes für Deutschland aus der NEXT-Studie von 2,5.
- 3. Die Arbeitszufriedenheit ist ebenfalls als eher günstig einzuschätzen, da der Mittelwert 2009 von 2,76 oberhalb des Skalenmittels von 2,5 liegt. Zudem liegt er ebenfalls über dem gemessenen Mittelwert für Deutschland aus der NEXT-Studie von 2,5.
- 4. Für den Bereich Commitment zeigt sich, dass über die Hälfte der Mitarbeiter schon einmal über einen Arbeitsplatzwechsel nachgedacht hat und die Bewertung 2009 schlechter ausfiel als 2007. Ebenfalls kann sich die Hälfte der Teilnehmer nicht vorstellen, noch bis zur Rente im Beruf zu arbeiten. Am negativsten (mit über die Hälfte kritischer Stimmen) wird die Transparenz über Vorgänge im Haus bewertet.
- 5. Insgesamt lässt sich für diesen Aspekt der Stressbewältigungsstrategien festhalten: Am häufigsten werden die Kollegen um Unterstützung gebeten, danach folgt die Strategie des Pausen Durcharbeitens. Das sich anschließende Item "Arbeitsabläufe neu strukturieren" wird 2009 häufiger genutzt als noch 2007. An vierter Stelle rangiert mit gleichen Bewertungszahlen der Aspekt des "schneller Arbeitens" als Stressbewältigungsstrategie.
- 6. Die Dimension "Versuch der Arbeitsanpassung anhand eigener Bedürfnisse" zeigte folgende Ergebnisse: Die Erstellung eines eigenen Arbeitsplans wird als häufigste Anpassungsstrategie genutzt, danach folgt die Absprache mit Kollegen. Insgesamt ist das Ohnmachtsgefühl im Hinblick auf die generelle Beeinflussbarkeit von Dingen gesunken.
- 7. Die Einschätzung eigener Fähigkeiten ist überwiegend günstig und im Zeitverlauf konstant. Am negativsten wird die Durchsetzungskraft gegenüber Widerständen bewertet, am positivsten der Umgang mit neuen Aufgaben.
- 8. Die Einschätzung gruppenbezogener Fähigkeiten fällt im Vergleich zu den individuellen Fähigkeiten deutlich kritischer aus, wobei 2009 4 von 5 Variablen z. T. deutlich schlechter bewertet werden als noch 2007. Am negativsten wird die Durchsetzungsfähigkeit gegenüber Widerständen bewertet (wie auf individueller Ebene auch), am positivsten, zumindest in der Erhebung von 2009, die Fähigkeit zum Festlegen von Routinen.



 Als benötigte Unterstützungsstrategien werden am häufigsten kommunikative Erfordernisse angesprochen. Danach folgt die Unterstützung durch die Geschäftsführung und die Stationsleitung.

4.5.4 Fazit

Auf der Grundlage einer kritischen Reflexion der durchgeführten Erhebung bzw. des methodischen Vorgehens, lassen sich anschließend plausible Schlussfolgerungen aus dieser Erhebung darstellen.

Da das angestrebte quasi-experimentelle Design nicht durchgeführt und zugunsten eines Pretest-Posttest-Designs aufgegeben werden musste, können keine Kausalzusammenhänge der Veränderungen zu den Projektinterventionen gezogen werden. Dies wäre aufgrund des komplexen Untersuchungsfeldes Krankenhaus jedoch ebenfalls mit einem quasi-experimentellen Design fraglich gewesen. Dennoch unterliegt die vorliegende Erhebung zu weiteren Einschränkungen. Bei der Stichprobenzusammensetzung ist nicht gewährleistet, dass in der Erhebung 2009 dieselben Mitarbeiter wie 2007 an der Befragung teilgenommen haben, sodass Ergebnisveränderungen nicht unbedingt die Veränderungen im Antwortverhalten der Befragten widerspiegeln. Zudem ist die Erhebungspopulation zu großen Teilen in ihrem Arbeitsfeld "gealtert", was ebenfalls zu Einstellungs- und Bewertungsänderungen führen kann.

Neben der Methodenproblematik ist die Güte des Erhebungsinstrumentes kritisch zu beachten. Denn es wurden zwar teilweise geprüfte Skalen, daneben aber auch selbst konzipierte Fragen und Fragebatterien bzw. modifizierte Skalen verwandt, die aufgrund der begrenzten zeitlichen und personellen Ressourcen nicht zuvor auf ihre Gütekriterien getestet werden konnten. Zudem wurden aus Praktikabilitätsgründen nur diejenigen Bereiche mit in den Fragebogen aufgenommen, die in der Literatur als wesentliche Einflussfaktoren benannt werden, sodass kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden kann. Das modifizierte Erhebungsinstrument aus der Befragung 2009 enthält zudem Fragen und Skalen aus dem Fragebogen der Interventionsgruppe von 2007, die jedoch auch nur in Teilen als auf ihre Gütekriterien getestet angesehen werden können, da die Mehrheit ebenfalls von der Interventionsgruppe selbst entwickelt wurde.

Ob mit diesem Instrument also die Ausprägung von Gesundheitskompetenz gemessen werden kann, ist nicht mit Sicherheit zu sagen – einerseits aus den genannten methodischen Gründen, zum anderen aber auch, da bis zum Schluss die konzeptionelle Vagheit des Begriffs von Seiten der Interventionsgruppe nicht abschließend geklärt werden konnte. Möglich erscheint es vielmehr, die Ausprägung von Belastungsfaktoren und Ressourcen zu erfassen. Trotz dieser methodischen und inhaltlichen Einschränkungen erscheinen einige zentrale inhaltliche Schlussfolgerungen plausibel.



Die Ausgangssituation im Feld lässt sich durch eine durchschnittlich hohe Belastungssituation im Leben und durch die Arbeit charakterisieren. Auch das gemessene Burnout-Risiko liegt leicht unterhalb des Skalenmittelpunktes und ist von daher als günstig einzuschätzen. Gleiches gilt für die Arbeitszufriedenheit, die leicht über dem Skalenmittel liegt und von daher gleichfalls als vorteilhaft zu werten ist.

Ebenso durchschnittliche Werte erbrachte die Berechnung der ERI-Subskalen, wobei keine gravierenden Änderungen zwischen den Erhebungszeitpunkten vorliegen. Erwähnenswert ist allerdings, dass der Mittelwert von 31,7 der Subskala "Belohnung" zwar um das rechnerische Skalenmittel von 33 liegt, aber trotzdem weit unterhalb des Mittelwertes für Deutschland aus der NEXT-Studie von 43,3³⁵. Der berechnete ERI-Quotient als Verhältnisindex von Aufwand und Belohnung mit 1,04 auf ein nachteiliges Verhältnis beider Variablen hin.

Somit kann die Ausgangssituation im Hinblick auf die beschriebenen Belastungs- und Ressourcenfaktoren zumindest als durchschnittlich, mit Blick auf den ERI-Quotienten als eher kritisch, betrachtet werden.

Vor diesem Hintergrund können die Ergebnisse zu einzelnen Themenbereichen

- a. Arbeitsplatzanforderungen
- b. intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit
- c. Partizipation und Entwicklungsmöglichkeiten
- d. Führung
- e. Gesundheitskompetenz³⁶

folgendermaßen zusammengefasst werden:

Für den Bereich a "Arbeitsplatzanforderungen" zeigte sich für die quantitativen Anforderungen eine Verbesserung in der Einschätzung der Pausenregelungen, wobei immer noch die Hälfte die Mitarbeiter die Pausensituation kritisch sieht. Allerdings geben bei den Stressbewältigungsstrategien rund 17 % der Teilnehmer an, die Pausen durchzuarbeiten, was aus Gesundheitsperspektive widersinnig ist. Unveränderte 70 % der Mitarbeiter äußern zudem ein häufiges Vorkommen von Arbeitsspitzen. Die Gründe hierfür wurden allerdings nicht erfragt. Liegen die Arbeitsspitzen an der mangelnden Organisationsfähigkeit der Mitarbeiter, am Personalmangel oder an der Unplanbarkeit der Arbeitsabläufe in einem Krankenhaus? Es könnte interessant sein, dies mit den Mitarbeitern zu besprechen und ihre Einschätzung zu erfragen.

³⁵ vgl. Simon u. a., 2005, S. 34

³⁶ Der Bereich e. Gesundheitskompetenz wird aus Variablen der Interventionsgruppe gebildet und werden im Zusammenhang dargestellt, denn diese Items, bilden die von der interventionsgruppe operationalisierten Facetten einer Gesundheitskompetenz auf individueller und gruppenbezogener Ebene.



Der Themenbereich "Arbeitszeiten" erbrachte schlechtere Beurteilungen als 2007. Insbesondere der Einfluss auf den Dienstplan und der Einfluss der Arbeit auf das persönliche Wohlergehen werden deutlich negativer beurteilt. Es wäre mit den Mitarbeitern zu erörtern, ob eine Änderung der Dienstzeiten oder der Arbeitsrhythmen eingeführt wurde. Dem Evaluationsteam ist zu diesem Zeitpunkt keine solche Einführung bekannt.

Für die emotionalen Anforderungen zeigte sich für ein Drittel der Probanden vor allem der Aspekt "Konfrontation mit schwierigen Angehörigen" als hoch belastend. Im Einklang damit steht der Wunsch von weiterhin rund 30 % der Pflegenden im Feld "Kommunikation in Konfliktsituationen" mehr Hilfe zu erhalten.

Neben den tätigkeitsbezogenen Rahmenbedingungen gehört vor allem die intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit zur täglichen Arbeitsroutine der Pflegenden und bildet eine der wesentlichsten Belastungsquelle im Arbeitsalltag.

Insgesamt lässt sich für die interprofessionelle Zusammenarbeit, auch wenn die Bewertungen überwiegend positiv sind, folgende grundlegende Haltung der Pflegenden konstatieren: Die Pflegenden haben das Gefühl, dass sie die Sicht anderer Berufsgruppen ernster nehmen (keine Veränderung im Zeitverlauf) als diese Berufsgruppen die Sicht der Pflege (relative Verbesserung in 2009). Zudem schätzten die Pflegenden die Durchsetzungsfähigkeit der anderen Berufsgruppen höher ein (Aspekt wird 2009 gleich bewertet) als ihre eigene (schlechtere Bewertung in 2009). Diese Einschätzung spiegelt die Weisungs- und Unterstellungsverhältnisse, insbesondere in der Zusammenarbeit mit den Ärzten, wider. Zwar nehmen weniger Pflegende ein Ohnmachtsgefühl im Bezug auf die Veränderbarkeit der Arbeitsaufgaben war (s. Abbildung 68: Arbeitsanpassung an eigene Bedürfnisse), es ist aber im Weiteren darauf zu achten, dass die Pflegenden tatsächlich auch Veränderungen herbeiführen dürfen, ansonsten droht ein erneutes Abrutschen in das Ohnmachtsgefühl und Frustration.

Was die konkrete Ausgestaltung der Schnittstellen angeht, verwundert die (zunehmend) schlechte Bewertung der Zusammenarbeit zwischen den Stationen untereinander und der hausinternen Entlassungsplanung. Vor allem durch die Patentreffen sollte eine größere Offenheit und Verständnis füreinander erreicht werden. Zudem wurden in den Problemlösungstreffen ebenfalls Probleme behandelt, die die intraprofessionelle Zusammenarbeit der Stationen betrafen. Diese Einschätzungen sollten mit den Probanden besprochen werden, um den Ursprung zu klären. Eventuell halten sich einzelne Stationen nicht an getroffene Abmachungen.

Neben diesen Aspekten der Arbeitstätigkeit stellen Partizipations- und Entwicklungsmöglichkeiten als wesentliche Ressourcen bedeutende gesundheitsbezogene Rahmenbedingungen.



Die Entwicklungsmöglichkeiten werden generell und zeitpunktübergreifend in weiten Teilen äußerst positiv eingeschätzt.

Deutlich negativer fallen hingegen die Bewertungen der Partizipationsmöglichkeiten und dort insbesondere der Aspekt "Dauerhaftes Einhalten von Neuerungen" aus (70 % positive Bewertungen in 2007 und 50 % positive Nennungen in 2009). Dies dürfte mit hoher Wahrscheinlichkeit daran liegen, dass auf den Stationen sich nicht alle Mitarbeiter an den Problemlösungstreffen beteiligen und die dort getroffenen Absprachen umsetzen. Ebenfalls negativere Bewertungen erhält das Beschwerdemanagement (66 % positive Nennungen in 2007 vs. 50 % positive Nennungen in 2009). Ob die Mitarbeiter sensibler geworden sind oder tatsächlich eine Veränderung eingetreten ist, bleibt offen und sollte in einem persönlichen Gespräch mit den Mitarbeitern geklärt werden. In Ergänzung zu den schlechter bewerteten Partizipationsmöglichkeiten ergab die Auswertung des Psychological Empowerment Instruments die negativere Bewertung der Kontroll- und Einflussvariablen während die eigenen Kompetenzen und die Bedeutsamkeit der Arbeit positiv eingeschätzt wurden. Diese Tendenzen änderten sich auch nicht im Zeitverlauf. In Anbetracht der Tatsache, dass aktuell ein partizipatives Projekt durchgeführt wird, erscheinen die Werte auf den ersten Blick fraglich. Allerdings wurde bisher nicht an grundlegenden Hierarchie- und Organisationsstrukturen "gerüttelt", womit die unveränderten Einschätzungen zu erklären sind. Zudem sind die Mitarbeiter mit hoher Wahrscheinlichkeit sensibler was die sie umgebenden Strukturen angeht, was die negativeren Bewertungen erklären dürfte.

Eine weitere zentrale Ressource im Belastungsgeschehen ist die Unterstützung durch und das Feedback von der direkten Führungsperson.

Insgesamt geben 2009 rund 68 % der Teilnehmer an, nur selten oder nie ein Feedback ihrer/ihres direkten Vorgesetzten zu erhalten, was rund 20 % mehr sind als noch 2007. Dementsprechend wünschen sich rund 16 % der Probanden mehr Feedback von der Führungsperson. Im Bereich der benötigten Unterstützungsstrategien wird die stärkere Rückendeckung durch die Stationsleitung von rund 17 % der Teilnehmer gewünscht. Die stärkere Rückendeckung durch die Geschäftsführung der Kinderklinik wird 2009 sogar von 22 % gewünscht, 2007 waren es nur 14 %. Es liegt nahe, dass den Pflegenden durch die Projektintervention stärker als zuvor bewusst wird, dass ohne die Unterstützung der Führung keine langfristigen und tiefergehenden Veränderungen stattfinden können. Allerdings wird dies schnell in Frust enden, wenn die Probleme zwar gesehen aber aufgrund fehlender Unterstützung nicht gelöst werden können.

Abschließend werden die zentralen Ergebnisse der Gesundheitskompetenz-Elemente vorgestellt.



Was den Aspekt der eingesetzten Stressbewältigungsstrategien betrifft lässt sich festhalten, dass: am häufigsten die Kollegen um Unterstützung gebeten werden, danach folgt die Strategie des Pausen Durcharbeitens, was aus gesundheitsbezogener Sicht nicht erstrebenwert ist. Das sich anschließende Item "Arbeitsabläufe neu strukturieren" wird 2009 häufiger genutzt als noch 2007, was mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Ergebnis des Einsatzes des Gesundheitshebels "Prioritäten setzen" ist. An vierter Stelle rangiert mit gleichen Bewertungszahlen der Aspekt des "schneller Arbeitens" als Stressbewältigungsstrategie, was ebenfalls keine Strategie im Sinne des Projektes sein dürfte. Es erscheint fraglich, warum das schnellere Arbeiten und das Durcharbeiten von Pausen als "Stressbewältigung" angesehen werden. Dabei geht es wohl eher um die Erledigung aller Arbeitsaufgaben. Der Perspektivwechsel auf die eigene Gesundheit (als oberste Priorität) hat beim Einsatz dieser beiden Strategien nicht stattgefunden und ist von daher kritisch zu bewerten.

Als weitere Strategie der Belastungs-/Beanspruchungssenkung wurde erfragt, inwieweit die Arbeit an die eigenen Bedürfnisse angepasst wird bzw. wie dies geschieht. Dabei wird die Erstellung eines eigenen Arbeitsplans 2009 mit rund 33 % als häufigste Strategie genannt (zunehmende Tendenz), was aller Wahrscheinlichkeit nach eine Projektwirkung sein dürfte. Danach folgt die Absprache mit Kollegen (rund 30 %). In diesem Fragenkomplex zeigt sich auch das gesunkene Ohnmachtsgefühl im Hinblick auf die Beeinflussbarkeit von Arbeitsaufgaben und -strukturen (25 % in 2007 vs. 15 % in 2009, eine an sich sehr positive Tendenz, die allerdings leicht in Frustration umschlagen kann, wenn als nötig eingeschätzte Veränderungen nicht umgesetzt werden können.

Ein zentrales Projektziel ist die nachhaltige Verankerung von Routinen. Die diesbezügliche Fragestellung zeigte, dass "Absprachen in Teamsitzungen" und "Einweisung von neuem Personal" schlechter bewertet werden. Vor allem das schlechtere Beurteilen von Teamabsprachen ist vor dem Projekthintergrund interessant. Finden wirklich weniger (erfolgreiche) Absprachen statt oder sind die Mitarbeiter nur sensibler als vor der Intervention?

Als Basis für Veränderungsprozesse kann das Vorhandensein einer individuellen Selbstwirksamkeitsüberzeugung angesehen werden, da ansonsten kaum eigeninitiativ Veränderungen angestoßen werden. Die Einschätzung der Facetten der individuellen Selbstwirksamkeit ist überwiegend positiv und im Zeitverlauf konstant. Am negativsten wird die Durchsetzungskraft gegenüber Widerständen bewertet (50 % negative Nennungen in 2009), am positivsten der Umgang mit neuen Aufgaben (72 % positive Nennungen in 2009).

Die Einschätzung der gruppenbezogenen Selbstwirksamkeit fällt im Vergleich zur individuellen Betrachtungsperspektive kritischer aus und differiert teilweise deutlich im Zeitverlauf. Am negativsten wird mit 39 % positiver Nennungen die Durchsetzungsfähigkeit gegenüber Widerständen bewertet (wie auf individueller Ebene auch), mit 60 % positiver Nennungen am



vorteilhaftesten, zumindest in der Erhebung von 2009, die Fähigkeit zum Festlegen von Routinen. Diese kritische Einschätzung der Durchsetzungsfähigkeit könnte an den schon angesprochenen für die Pflege nachteiligen Unterstellungs- und Weisungsbefugnissen liegen, die ihnen in Auseinandersetzungen, z. B. mit Ärzten, wenig Durchsetzungsmacht verleihen. Fragt man die Pflegekräfte, in welchen Bereichen sie noch Unterstützung gebrauchen könnten, werden am häufigsten kommunikative Erfordernisse angesprochen. Vor dem Hintergrund, dass Pflegende permanent mit anderen Berufsgruppen, Patienten und Angehörigen in Kontakt stehen und z. T. auch Konflikte austragen müssen, wofür sie in der Regel nicht geschult sind, ist dieser Unterstützungswunsch nur verständlich. Zudem kommen auf die Moderatoren der Problemlösungstreffen völlig neue kommunikative Herausforderungen zu, für die sie ebenfalls nicht ausgebildet sind. Nach den kommunikativen Unterstützungsbedarfen folgt die Nennung der Unterstützung durch die Geschäftsführung und die Stationsleitung. Ebenfalls ein nachvollziehbares Anliegen, denn ohne die Unterstützung der Führung lassen sich keine tiefergehenden Veränderungsprozesse, insbesondere berufsgruppenübergreifend, anstoßen. Die Pflege allein hat dazu nicht die nötige Weisungsbefugnis und Durchsetzungsmacht.

Trotz aller Einschränkungen der Aussagekraft sind Projektwirkungen zu vermuten:

Zum einen eine Sensibilisierung für wohlbefindensschädigende Einflüsse und vor diesem Hintergrund die veränderte Einschätzung von eigenen Einflussnahmemöglichkeiten sowie Veränderungswünschen und Unterstützungserfordernissen.

Abzuwarten bleibt, wie sich die nun begonnenen Problemlösungen auf das langfristige Belastungserleben auswirken und welche Routineänderungen zu welchen Wirkungen im Arbeitsalltag führen.



5 Zusammenfassende Schlussfolgerungen

Zwei Begrenzungen erschweren eine abschließende Bewertung des Interventionserfolges des 3P-Projektes:

- 1. Das veröffentlichte Interventionskonzept ist zwar unter Beteiligung der Mitarbeiter aus den Praxiseinrichtungen entwickelt worden, in der vorliegenden Form jedoch noch nicht längerfristig im Einsatz und in den Wirkungen überprüft. Die entwickelnde Modellstation im Belegkrankenhaus nutzt noch sporadisch bei Bedarf einen zentralen Teilaspekt des Konzepts. die systematisierten Problemlösungsprozesse. In der Transfereinrichtung beteiligen sich zwar aktuell vier Abteilungen, es hat jedoch, so die einhellige Meinung aller Befragten, eine Stagnation bei der Umsetzung eingesetzt. Die hausinterne Transfergruppe passt das Ursprungskonzept in Form und Inhalt kontinuierlich an die Praxisbedingungen an.
- 2. Für die Evaluation gab es keinen unabhängigen Auftrag, sie erfolgte als Unterauftrag der Entwicklergruppe. So konnten nicht alle für eine Wirkungsanalyse erforderlichen Evaluationsfragen (s. Kap. 3) bearbeitet werden. Aussagen zu Kausalzusammenhängen sind aufgrund der dominant formativen Evaluationsstrategie kaum möglich. Die vorliegenden Daten erlauben jedoch Plausibilitätsaussagen, auf der Grundlage konsistenter Befunde der verschiedenen Erhebungsmethoden.

Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden Schlussfolgerungen aus den zentralen Befunden der verschiedenen Datenerhebungen (Kap. 4.1 - 4.5) anhand der auf die Gesamtziele der Intervention bezogenen Leitfragen der Evaluation zusammengefasst.

Die Intervention wollte 2 übergeordnete Ziele erreichen (s. Kap. 2.1 und Projektantrag, S.1):

- a.) Eine partizipative Entwicklung und Umsetzung einer individuellen und organisationsbezogenen Präventionskompetenz für das Pflegepersonal im Krankenhaus, die in organisatorischen Routinen verankert wird.
- b.) Die Messung des Präventionserfolges mit Hilfe einer Gesundheits-Scorecard auf individueller, Gruppen- und Organisationsebene.

Die Evaluation erfolgte mit Bezug auf diese Ziele anhand folgender übergeordneter Fragen:

- 1. Wie wird das Konzept der Gesundheitskompetenz konzeptionell gefasst?
- **2.** Wie wird der partizipative Ansatz zur Förderung der Gesundheitskompetenz der Pflegenden im Krankenhaus umgesetzt?
- **3.** Trägt das Interventionskonzept zur Förderung/Entwicklung der Gesundheitskompetenz der Pflegenden bei? Welche Wirkungen auf die Zielgruppe lassen sich feststellen?
- **4.** Welche Maßnahmen zur Verstetigung werden getroffen?



5. Über welche Zielindikatoren wird die Wirkung der Gesundheitskompetenz in der Scorecard abgebildet?

Ergebnisse zur Leitfrage 1:

Wie wird das Konzept der Gesundheitskompetenz konzeptionell gefasst?

(Grundlage: Befunde aus Kap. 4.1 – 4.5)

Gesundheitskompetenz ist der zentrale Schlüsselbegriff des Interventionskonzeptes.

Im Rahmen dieses immer als "Entwicklungsprojekt" konzipierten Vorgehens wechselte die Interventionsgruppe so mehrfach die Begrifflichkeit zwischen "Gesundheits-" und "Präventionskompetenz". Der mittlerweile veröffentlichte Modellentwurf und die dazugehörigen Instrumente (s. Kap. 2) geben den aktuellen Konzeptionsstand wieder. Danach verstehen die Autoren unter Gesundheitskompetenz (North et al. 2008, S. 71/72) "die Fähigkeit, Belastungen /Beanspruchungen zu erkennen, zu bewerten, Strategien zu entwickeln, ihre Wirksamkeit zu reflektieren, und Gesundheitsroutinen zu entwickeln."

Die angestrebte Entwicklung der Gesundheitskompetenz gründet auf verhältnismäßig freien, partizipativen Lernprozessen (Dialogseminaren) und soll über strukturierte Problemlösungsprozesse, in denen Gesundheitshebel zum Erkennen von Ressourcen eingesetzt werden, befördert werden. Gesundheitshebel beziehen auf der Ressourcenebene im Umgang mit Belastungen individuelle, gruppenbezogene und organisationsbezogene Faktoren ein. Zu den verschiedenen Ebenen der belastungsverursachenden Faktoren werden keine expliziten Aussagen gemacht, ebenso wenig wie zum Zusammenspiel der wenig trennscharfen Gesundheitshebel, oder zum Verhältnis zwischen einem zu wählenden Hebel sowie komplexen, in der Regel multifaktoriellen Belastungsursachen und dem mithilfe des Hebels zu erreichenden Zielzustand. Kerngröße bleibt allein die wie auch immer geartete subjektiv empfundene Belastungsreduktion. Eine Checkliste³⁷ stellt den Versuch einer Konzeptoperationalisierung für die persönliche Introspektion der Prozessteilnehmer dar.

Gerade vor dem Hintergrund breiter gesundheitswissenschaftlicher Literatur zum Thema und trotz der leicht eingängigen Symbolik der Begrifflichkeit ("Hebel") bleibt sowohl im Praxisfeld als auch für die Evaluation eine bedeutsame Unschärfe des konkret damit umschriebenen Gegenstandsbereiches und der damit beabsichtigten Reichweite zurück. Eine feld- und phänomenspezifischere Konkretisierung des Konzeptes wäre hilfreich gewesen. So herrscht bis zum Ende Unsicherheit insbesondere im Hinblick auf die praktische Einbeziehung von organisations- und hierarchiebezogenen Entlastungsgrößen, auf die Bearbeitbarkeit von emotionalen Belastungen, sowie die Bezüge zu dem rein "körperlichen Gesundheitsaspekt". Vor diesem Hintergrund versteht das Praxisfeld "Gesundheitskompetenz" in je eigener Weise.

³⁷ s. Kap. 2, vgl. North et al. 2008, S.72



Ergebnisse zur Leitfrage 2:

Wie wird der partizipative Ansatz zur Förderung der Gesundheitskompetenz der Pflegenden im Krankenhaus umgesetzt?

(Grundlage: Befunde aus Kapitel 4.1- 4.3):

Zielgruppe des Ansatzes sind die Pflegenden auf der Station. Den Pflegenden werden - gemäß Konzept - verhältnismäßig ungestörte Lernprozesse und Problemlösungsprozesse ermöglicht. Ihr Interesse daran ist – besonders nach anfänglich als Enttäuschung gewerteten Erfahrungen - im Weiteren verhaltener als gewünscht. Zudem herrschte anfänglich bei der Umsetzung des partizipativen Ansatzes bei allen Beteiligten Unsicherheit über dessen Reichweite. Es gab Verwerfungen sowohl im Hinblick auf die Einschätzung einer für die Frage der Freiwilligkeit der Projektbeteiligung zu interventionistischen als auch für die Lösung von Struktur- und Hierarchiekonflikten zu schwachen Einbindung der Leitungen. Im Prozessverlauf, besonders zu Projektende, wurde jedoch nachgesteuert und weitgehend Klarheit hergestellt. Folgende Verfahrensgrundsätze sind nun festgelegt:

Die Befähigungs- und Problemlösungsprozesse bleiben in der Autonomie der Stationen. Beteiligungsregularien zu Freiwilligkeit und Verpflichtung sind ausgearbeitet – wenn auch noch nicht konsequent - umgesetzt. Die Reichweite der Themen und Problemlösungen wird klar unterhalb der Behandlung von hierarchie- und strukturbezogenen Fragen angesetzt. Es ist geplant, dienstinhaltliche Fragen in die Schulungskonzepte zu integrieren.

Alle Verstetigungsbemühungen setzen stark auf partizipative Ideen. "Paten" auf den Stationen gelten als Projektmotoren, sie sollen neben der Stationsleitung projektbezogene Moderatorenrollen übernehmen. Die Führungsmitarbeiter sehen sich – unterschiedlich intensiv – in einer Facilitatorenrolle, die Rahmenbedingungen zur Fortführungsmöglichkeiten schaffen.



Trägt das Interventionskonzept zur Förderung/Entwicklung der Gesundheitskompetenz der Pflegenden bei? Welche Wirkungen auf die Zielgruppe lassen sich feststellen?

(Grundlage: Befunde aus Kap. 4.1-4.5)

Als Vorbemerkung ist hier nochmals darauf hinzuweisen, dass im Rahmen des vorliegenden Evaluationsdesigns nur sehr begrenzt valide Aussagen über projektbezogene Ursache-Wirkungszusammenhänge getroffen werden können.

Vor dem Hintergrund der im Projekt nicht feldspezifisch konkretisierten inhaltlichen Reichweite des zugrundeliegenden Konstrukts der Gesundheitskompetenz, ist es schwierig, stringente Aussagen zu dieser Leitfrage zu treffen. Die zusammenfassende Ergebnisdarstellung erfolgt so entlang der Dimensionen der von der Interventionsgruppe gewählten Definition (s. Leitfrage 1, vgl. North et al. 2008, S. 71). Eine Strukturierung der Ergebnisse anhand der ebenfalls von der Interventionsgruppe erstellten Checkliste zur Operationalisierung des Konstrukts für die einzelnen Anwender (s. Kap. 2, vgl. North 2008, S.72) eignet sich weniger, da dort die personale Introspektion der Beteiligten im Vordergrund steht.

Zur gesamten Leitfrage wird so anhand der folgenden fünf analytischen Einzeldimensionen Stellung bezogen.

a.) Die Fähigkeit, Belastungen /Beanspruchungen zu erkennen

Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung, die Auswertung der Problemsheets und die Einschätzung der Leitungsverantwortlichen zeigen berechtigte Anhaltspunkte dafür, dass die beteiligten Pflegekräfte Belastungen auf den verschiedenen Ebenen, physisch, emotional, im Hinblick auf die Arbeitsbedingungen erkennen– auch wenn die Transferakteure ein skeptischeres Bild vermitteln.

Stützt man sich auf die Auswertungen der Problemsheets und die Einschätzungen der Transferakteure, so scheint allerdings weiterhin Unsicherheit beim Erkennen der jeweiligen Belastungs**ursache** zu bestehen.

b.) Die Fähigkeit, Belastungen / Beanspruchungen zu bewerten

Der Umgang mit den Problemsheets, aber auch die differenzierten Antworten in der schriftlichen Befragung verweisen darauf, dass die Beteiligten über die klare Fähigkeit verfügen, die Belastungsintensität verschiedener Beanspruchungen zu differenzieren; interprofessionelle Probleme stehen hier an herausragender Stelle. Die Transferakteure berichten jedoch z.T. von Schwierigkeiten und Unwillen bei den strukturierten Bewertungsanforderungen im Rahmen der Problemlösungsprozesse.

Als ein objektives – wenn auch höchst reduziertes – Messinstrument wird auf einer Transferstation der Cardio-Scan genutzt. Daten zum Zusammenhang zwischen subjektiven Belastungseinschätzungen, Cardio-Scan-Messungen und Projektinterventionen liegen der Evaluation nicht vor.



c.) Die Fähigkeit, Strategien zu entwickeln

Die schriftliche Befragung, wie auch die Arbeit an den Problemlösungsprozessen verweisen darauf, dass eine Vielzahl von Projektbeteiligten verschiedene Entlastungstechniken erfolgreich und differenziert einsetzen, wobei nach Einschätzung der Transferakteure die Gesundheitshebel als Strukturierungs- oder Reflexionsinstrumente kaum eine Rolle spielen.

Problemlösungen wurden bisher vor allem für kleinere organisatorische Fragen des Arbeitsablaufs entwickelt.

Allerdings sehen die Beteiligten selbst, die Transferakteure und einige Leitungsverantwortliche hier noch einen deutlichen Entwicklungs- und Unterstützungsbedarf. Dieser wird vor allem für drei Bereiche formuliert: a.) für eine verbesserte Möglichkeit emotionale, b.) hierarchie- und organisationsbezogene Belastungen zu bearbeiten, aber auch c.) zur gezielteren Berücksichtigung körperbezogener Gesundheitsaspekte.

d.) Die Fähigkeit, die Wirksamkeit von Strategien zu reflektieren

Zurzeit finden keine, den Evaluatoren bekannten, systematisch eingebauten Reflektionen erarbeiteter Strategien oder Problemlösungen statt. Dem aktuellen Kenntnisstand nach, sind diese auch nicht als regelhafte, interne feed-back Schleifen geplant. Auf der Grundlage aller Befragungsergebnisse und der Auswertung der Problemsheets sollten jedoch im Hinblick auf die bereits entwickelten Entlastungs- und Problemlösungsstrategien, zwei Aspekte für die weitere Entwicklung besonders im Auge behalten werden: Zum einen der Umgang mit der begrenzten Reichweite der im Team dezentral erreichbaren Strategien zur entlastenden Beeinflussung von interprofessionellen, Schnittstellen- und Strukturproblemen sowie zum anderen die Frage nach der langfristigen Funktionalität der im Team entwickelten Problemlösungen für die Arbeits- und Gesundheitssituation. Beide Aspekte werden im Transferkonzept weitgehend ausgeklammert.

e.) Die Fähigkeit, Gesundheitsroutinen zu entwickeln

Die Datenbefunde, besonders die Analyse der Problemsheets, zeugen von einer hohen Problemlösungsaktivität. Ausgehend von den Ergebnissen der schriftlichen Befragung wird die erfolgreiche Verankerung neuer Routinen oder Vereinbarungen zumindest auf der Gruppenebene als eher skeptisch zu bewerten sein. Dem entgegen steht aber ein vergleichsweise hoher Anteil an Befragten gegenüber, mit guten Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, z.B. bezogen auf die eigenen Fähigkeiten neue Routinen fest zu legen. Weiterhin ist auf Grund der Skalenauswertung 2007 und 2009 das Burn-out Risiko und die allgemeine Belastung im Vergleich zu Referenzstudien als verhältnismäßig gering einzustufen, das kollegiale Kohäsionsgefühl als verhält-



nismäßig hoch. Das allgemeine Ohnmachtsgefühl gegenüber der generellen Beeinflussbarkeit von arbeitsbezogenen Situationen ist 2009 niedriger ausgeprägt als 2007.

Insgesamt deuten die Ergebnisse auf einen im Fluss befindlichen Prozess hin, der breite und verschiedene Wirkungen erzeugt. Neue Entwicklungsmöglichkeiten wurden geschaffen, Begrenzungen aufgezeigt. Die potentielle Reichweite der Veränderungschancen scheint weder auf individueller noch auf Organisationsebene voll ausgelotet. Es ist erwartbar, dass über die Projektinterventionen Differenzierungsprozesse zwischen den Mitarbeiterinnen angeregt worden sind.

Aufmerksamkeit muss den Inhalten und Folgewirkungen der Problemlösungen und den in der Befragung von 2009 zum Teil unerwartet schlechteren Werten zu einigen Partizipations-, Schnittstellen- und Führungsfragen gewidmet werden.

Ergebnisse zur Leitfrage 4:

Welche Maßnahmen zur Verstetigung werden getroffen?

(Grundlage: Befunde aus Kapitel 4.1.- 4.3)

Alle Maßnahmen zur Verstetigung sollen nach Auskunft der Leitungen dominant durch den Aktivitätspegel der Mitarbeiter gesteuert werden. Zur Verfügung stehen bei Projektende: in Inhalt und Zeitbedarf dem Praxiswunsch angepasste Schulungen zu den Gesundheitshebeln und zu den Problemlösungsprozessen, Kompetenzschulungen und -begleitung für Paten sowie die probeweise Erhebung von Scorecardindikatoren.

In der Kinderklinik wird das Projekt zurzeit - auf reduziertem Level – von vier Abteilungen weitergeführt.

Alle Leitungsverantwortlichen sehen sich unterschiedlich intensiv als Prozessförderer, behalten sich in der Mehrzahl jedoch vor, die Intensität ihrer Unterstützung von der Effektivität der Prozesse abhängig zu machen, u.U. dienstbezogene Inhalte in Schulungen zu integrieren. Für die Kinderklinik wird die Beschäftigung einer 400.-€ Kraft als systematische Prozessunterstützung geplant.

Im Belegkrankenhaus ist das Projekt weitgehend zum Stillstand gekommen, weitere Transfer- und Verstetigungsmaßnahmen über die Routinen der dortigen Modellstation hinaus sind nicht geplant.

Es gibt Überlegungen, ein modifiziertes Konzept auf die hausinterne Altenpflegeeinrichtung zu übertragen.

Neben hausinternen Verstetigungsmaßnahmen, stehen als weitere Optionen zur Verfügung: Ein Schulungsangebot für Mitarbeiter externer Einrichtungen sowie eine gute Öffentlichkeitsarbeit.



Ergebnisse zur Leitfrage 5:

Über welche Zielindikatoren wird die Wirkung der Gesundheitskompetenz in der Scorecard abgebildet?

(Grundlage: Befunde Kap. 4.1-4.3)

Zur Entwicklung und probeweise Zusammenstellung von Indikatoren hatten die Evaluatoren nur am Rande Zugang.

Zurzeit wird in der Transfereinrichtung eine Kombination von ca. 10 – 15 Indikatoren aus betrieblichen Routinedaten und subjektiven Einschätzungsdaten (z.B. zu Pausenzeiten) der Pflegenden, aber auch deren physiologische Stressbelastung (Cardio- Scan) probeweise erhoben. Die Auswahl folgte eher aufgrund der Interessen und Pragmatiken der maßgeblichen Entwickler als auf dem Boden einer theoriegeleiteten Begründung. Die Daten werden von "Paten" auf der Station gesammelt, die hauseigene EDV Abteilung wertet diese aus. Es besteht Einigkeit darüber, dass die Mitarbeiter augenblicklich keinen direkten Zugang zu den Auswertungsergebnissen haben sollen.

Die Mehrzahl der verantwortlichen Leitungen steht dem Kosten-Nutzen Aufwand dieses Instrumentes, aber auch seiner grundsätzlichen Steuerungsbedeutung skeptisch gegenüber.

Vor diesem Hintergrund befindet sich die geplante Scorecard als angestrebter Wirksamkeitsnachweis der Interventionen noch im Erprobungsstadium.

Gesamtfazit der Evaluation:

Das Projekt greift ein zentrales Problem der Pflegeberufe auf und setzt an der Chance an, den Pflegeberuf attraktiver zu machen. Es bleibt aber aufgrund seiner konzeptionellen Unschärfe und geringen feldspezifischen Konkretisierungen, sowie aufgrund der Startschwierigkeiten durch die anfänglich ambivalente Umsetzung des Bottom-up Ansatzes auf halber Strecke stehen. Die Intervention hat die Bestandteile sowie das Beharrungsvermögen traditioneller Berufsrollen und deren (Teil-)Stabilisierung durch den zunehmenden ökonomischen Druck auf die Kliniken eher unterschätzt. Vor diesem Hintergrund kann der unscharfe Präventions-/ Gesundheitskompetenzbegriff, der auf eine verhältnismäßig diffus beschriebene Verhaltensänderung zur allgemeinen Belastungsreduktion abzielt, von den Pflegenden in der praktischen Umsetzung nur teilweise konkretisiert werden. Aus Sicht der Beteiligten gelingt es mit dem vorliegenden Projektansatz zu wenig, emotionale Probleme, personal (körperliche) Gesundheitsprobleme und die im Settingansatz der Gesundheitsförderung immer gleichermaßen mitberücksichtigte Verhältnisprävention mit bearbeiten. Ob es nun mit diesen, auf personale kommunikative Prozesse konzentrierten Interventionsinstrumenten gelingt, die in der Literatur als zentral beschriebenen, weitgehend ökonomisch



vorstrukturierten Belastungen der Pflege in der Klinik langfristig zu modulieren (wie Hierarchie-, Kooperationsprobleme, Personalabbau, etc.), bleibt nach den vorliegenden Ergebnissen abzuwarten. Als deutliche Wirkung ist jedoch die hohe Sensibilisierung für Probleme und Bewältigungschancen, die das Projekt im Interventionsfeld hervorgerufen hat, herauszuheben. Die Gestaltung dieser Situation verlangt den Pflegemitarbeiterinnen auf den Stationen und dem Management weitere Entwicklungsschritte ab.

Empfehlungen der Evaluation:

Die Situation der Pflegearbeit in Kliniken verlangt nach verbesserter Partizipation. Zur gesundheitlichen Schonung aller Beteiligten sollten entsprechende Interventionen jedoch nur dann gestartet werden, wenn die Chance und das Ziel bestehen, die bekannten zentralen Stressfaktoren zu bearbeiten: eine aufgabenadäquate Machtverteilung und Prozessorganisation in Kliniken und die damit einhergehenden Kultur-, Hierarchie-, Kooperations- und Führungsprobleme. Diese Basisgrößen sind fortlaufend seit den sechziger Jahren hinreichend dokumentiert – Interventionsprojekte enden in der Regel mit deren Nennung bzw. der Sensibilisierung für diese Probleme. Notwendig sind nun jedoch neue organisations- und strukturorientierte Lösungswege. Partizipativer Gesundheitsförderung kommt dabei der Stellenwert einer Begleitmedikation zu: Bezogen auf die Person kann sie bestimmte Teilkompetenzen der Individuen fördern, bezogen auf die Organisation kann sie kulturförderlich wirken.

Interventionen, wie das vorliegende Projekt zur Gesundheitsförderung bieten den Beschäftigten eben diese Chancen zur individuellen Kompetenzförderung. Mitarbeiterinnen werden gestärkt, eigene Belange in die Hand nehmen. Zielführend ist dies, sofern der Rahmen stimmt. Denn damit (Pflege-) Teams über die Lösung von Alltagsproblemen hinausgehende, auch die in der Literatur als substantiell beschriebenen Desiderate bearbeiten können, muss die Klinikleitung gleichzeitig eine strukturorientierte Unterstützung leisten. Ist diese notwendige Voraussetzung nicht gegeben, dann droht, wie Evaluationsergebnisse andeuten, dezentralen Problembearbeitungen leicht die Wirkung von Bumerangeffekten. Sichtbar werden diese im Projekt vor allem bei der bisherigen "Lösung" von extrem belastenden interdisziplinären Hierarchie-, Kooperations- und Schnittstellenproblemen. Ohne grundlegende Organisationsveränderungen tappen Pflegende dabei schnell in ein "Engagementdilemma": unternehmen sie nichts – bleiben Belastung und Ohnmachtsgefühl beim Alten. Engagieren sie sich jedoch, um stressreduzierende Planungssicherheit für eigene Abläufe herzustellen, greifen sie oft nach dem für sie einzig sichtbaren Ausweg: Sie übernehmen formal lästige oder interaktionsintensive Aufgaben anderer Berufsgruppen selbst. Zu verhindern sind solche dysfunktionalen "Problemverschiebungen" und "stillen job-enlargements" nur, wenn das Management alle Berufsgruppen in neue Prozess- und Verantwortungsfestlegungen einbindet. Vor diesem Hintergrund sollte die Arbeit an einer "Gesundheitskompetenz" möglichst konsequent interdisziplinär auf komplette Arbeitsteams ausgerichtet und durch strukturierende Moderationsleistun-



gen unterstützt werden. Dazu gehört weiterhin ein systematisches klinikinternes Monitoring, das eine gemeinsame Überprüfung der längerfristigen Wirkungen von erarbeiteten Problemlösungen vorsieht. Ohne dass die Klinikführung in solcher Weise Prozessverantwortung übernimmt, reduziert sich die Einführung von Gesundheitsförderungskonzepten schnell auf eine werbewirksame Legitimationsmaßnahme.



Anhang

Abbildung 1: Arbeitsplan Interventionsgruppe - Seite 1	144
Abbildung 2: Arbeitsplan Interventionsgruppe - Seite 2	145
Abbildung 3: Arbeitsplan Interventionsgruppe - Seite 3	146
Abbildung 4: Arbeitsplan Interventionsgruppe - Seite 4	147
Abbildung 5: Arbeitsplan Interventionsgruppe - Seite 5	148
Abbildung 6: Arbeitsplan Interventionsgruppe - Seite 6	149
Abbildung 7: Arbeitsplan Interventionsgruppe - Seite 7	150
Abbildung 8: Arbeitsplan Interventionsgruppe - Seite 8	151
Abbildung 9: Arbeitsplan Interventionsgruppe - Seite 9	152
Abbildung 10: Fragebogen Kinderklinik 2007 - Seite 1	153
Abbildung 11: Fragebogen Kinderklinik 2007 - Seite 2	154
Abbildung 12: Fragebogen Kinderklinik 2007 - Seite 3	155
Abbildung 13: Fragebogen Kinderklinik 2007 - Seite 4	156
Abbildung 14: Fragebogen Kinderklinik 2007- Seite 5	157
Abbildung 15: Fragebogen Kinderklinik 2007 - Seite 6	158
Abbildung 16: Fragebogen Kinderklinik 2007 - Seite 7	
Abbildung 17: Fragebogen Kinderklinik 2007 - Seite 8	160
Abbildung 18: Fragebogen Kinderklinik 2007 - Seite 9	
Abbildung 19: Skalenübersicht des Fragebogens für die Kinderklinik 2007- Seite 1	162
Abbildung 20: Skalenübersicht des Fragebogens für die Kinderklinik 2007- Seite 2	163
Abbildung 21: Fragebogen für die Kinderklinik 2009 - Seite 1	
Abbildung 22: Fragebogen für die Kinderklinik 2009 - Seite 2	165
Abbildung 23: Fragebogen für die Kinderklinik 2009 - Seite 3	166
Abbildung 24: Fragebogen für die Kinderklinik 2009 - Seite 4	
Abbildung 25: Fragebogen für die Kinderklinik 2009 - Seite 5	
Abbildung 26: Fragebogen für die Kinderklinik 2009 - Seite 6	
Abbildung 27: Fragebogen für die Kinderklinik 2009 - Seite 7	170
Abbildung 28: Fragebogen für die Kinderklinik 2009 - Seite 8	
Abbildung 29: Fragebogen für die Kinderklinik 2009 - Seite 9	
Abbildung 30: Fragebogen für die Kinderklinik 2009 - Seite 10	173
Abbildung 31: Fragebogen für die Kinderklinik 2009 - Seite 11	
Abbildung 32: Fragebogen für die Kinderklinik 2009 - Seite 12	175
Abbildung 33: Fragebogen für die Kinderklinik 2009 - Seite 13	176
Abbildung 34: Fragebogen für die Kinderklinik 2009 - Seite 14	177
Abbildung 35: Fragebogen für die Kinderklinik 2009 - Seite 14	
Abbildung 36: Skalenübersicht des Fragebogens für die Kinderklinik 2009 – Seite 1	179
Abbildung 37: Skalenübersicht des Fragebogens für die Kinderklinik 2009 – Seite 2	180
Abbildung 38: Skalenübersicht des Fragebogens für die Kinderklinik 2009 – Seite 3	181



Abbildung 1: Arbeitsplan Interventionsgruppe - Seite 1

	Vorgang	Beschreibung	Leitung	Partner	Zeitraum
1.	Arbeitspaket 1: Gesundheitskompetenz	Entwicklung einer individuellen und organisati- onsbezogenen Gesundheitskompetenz und Veran- kerung in organisatorische Routinen	FHW	FRITZ Change AB, Alice-Hospital, Alice Schwesternschaft, EFH, TBW GbR, Kinderklinik, Barmer Ersatzkasse, BGW	09/06 - 08/09
1.1	Modell- und Methodenentwicklung		FHW	FritzChange AB, Alice-Hospital	09/06 - 05/07
1.1.1	Modellentwicklung	Was ist Gesundheitskompetenz?	*	1	
1.1.2	Entwicklung von Instrumen- ten/Methoden zur Beschreibung und Analyse von Gesundheitskompetenz	Anpassung des ICA-Ansatzes nach Friedrich/Lantz			
1.2	Partizipative Entwicklungsaktivitäten		FRITZ Change AB	FHW, Alice-Hospital, Schwesternschaft	03/07-08/07
1.2.1	Sensibilisierung der Akteure für eine Gesundheitskompetenz durch MA- Vertretung				
1.2.2	Dialogseminare	Diskussion und Austausch mit dem Pflegepersonal über Gesundheitskompetenz, Entwicklung eines pra- xistauglichen Konzeptes			
1.2.3	Partizipative Analyse der Gesund- heitskompetenz	Zur Erhebung des Status quo mit Pilotierungsgruppen in ausgewählten Stationen			
1.3	Analyse und Gestaltung präventions- förderlicher Rahmenbedingungen	Schaffung einer Handlungsanleitung für das Pflege- personal und Führungskräfte für die Diagnose und Gestaltung präventionsförderlicher Rahmenbedingun- gen	FHW	Alice-Hospital, TBW GbR (Erstellung Hand- lungsanleitung)	05/07- 11/07
1.3.1	Analyse organisatorischer Routinen und Rahmenbedingungen auf Basis der entwickelten Instrumente	Durchführung von Dialogseminaren mit Pflegeperso- nal, Mitarbeitervertretung und Führung, Visualisierung des Ergebnisses als "Präventionsökologie"			
1.3.2	Gestaltung präventionsförderlicher Rahmenbedingungen	Verankerung von Führungsinstrumenten, Anreizsys- temen, Zielvereinbarungen sowie Maßnahmen der Kompetenz- und Personalentwicklung			
1.4	Implementierung und Etablierung des Gesundheitskompetenzkonzeptes	Implementierung des Konzeptes mit Pilotierungsgrup- pen des Pflegepersonals in zwei Stationen	TBW GbR	Alice-Hospital, Kinderklinik	05/07 – 11/08



Abbildung 2: Arbeitsplan Interventionsgruppe - Seite 2

1.4.1	Prototyping	Kompetenzentwicklungs-Workshops und Coaching des Pflegepersonals über mehrere Monate, um das neue Gesundheitsverhalten in die organisatorischen Abläufe der Stationen zu integrieren und Selbstorgani-			
		sation zu üben			
1.4.2	Monitoring	Monitoring der Wirksamkeit des Gesundheitskompe- tenzkonzeptes und mit Hilfe der in 2.1 entwickelten Indikatoren			
1.4.3	Etablierung/Begleitung von Wissens- gemeinschaften zur Gesundheitskom- petenz	Ziel: Erfahrungsaustausch der Pilotierungsgruppen und Förderung der Einbeziehung weiterer Mitarbeiter, weiterer Akteure in die Präventionskette, Kommunika- tion der Ergebnisse und Erarbeitung und Umsetzung von Strategien des Transfers und der kontinuierlichen Verbesserung der Ansätze			
2.	Arbeitspaket 2: Gesundheits-Scorecard	Messung des Präventionserfolgs	FHW	Alice-Hospital, FRITZ Change AB, Alice Schwesternschaft, EFH, TBW GbR, Kinderklinik, Barmer Ersatzkasse, BGW	12/06 – 06/09
2.1	Methodenentwicklung zum Gesund- heits-Scorecard Konzept (Kemphase)		FHW	Alice-Hospital	12/06 – 05/07
2.1.1	Entwicklung des Scorecard Konzeptes	Ausgehend von Vorarbeiten der Antragsteller und Auswertung von relevanten theoretischen Ansätzen sowie von Piloterfahrungen aus der Praxis			
2.1.2	Erhebung und Entwicklung relevanter Indikatoren des Präventionserfolgs mit den Akteuren				
2.1.3	Strukturierung einer Gesundheits- Scorecard auf Mitarbeiter-, Gruppen- und Organisationsebene	Anwenderfreundliche Aufbereitung von Kennzahlen und entsprechende Visualisierungsformen			
2.1.4	Inhaltliche Abstimmung gegenüber dem Konzept zur Gesundheitskompe- tenz	Ziel: Monitoring der Wirksamkeit des Gesundheits- kompetenz-Konzeptes, Überprüfung und Verfeinerung			
2.2	Aufbereitung für organisatorische Integration	Handlungsanleitung für die Integration der Gesundheits-Scorecard in Reporting/Controlling, Qualitätsmanagement und Personalentwicklung. Nutzerfreundliche aufbereitete Scorecard für die unterschiedlichen Nutzergruppen auf individueller Ebene, Gruppen- und Organisationsebene	TBW GbR	FHW, Alice-Hospital, Kinderklinik	05/07 – 08/07



Abbildung 3: Arbeitsplan Interventionsgruppe - Seite 3

2.2.1	Überprüfung der konzepierten und in Prätests erprobte Scorecard-Konzeptes	auf die Anschlussfähigkeit an Reporting-, Personal- entwicklungsinstrumente sowie des Qualitätsmana- gements. Möglichkeiten der Integration in die beste- henden Systeme sowie deren Ergänzung werden mit den Verantwortlichen für Reporting, Personalentwick- lung und Qualitätsmanagement entwickelt und Maß- nahmen zur Umsetzung abgestimmt.			
2.2.2	Aufbereitung für die praktische Anwen- dung auf Ebene der Mitarbeiter, Statio- nen, Organisation und Präventionskette	Die Aufbereitung wird partizipativ mit den Nutzern konzipiert und iterativ überprüft.			
2.3	Implementierung des Scorecard- Konzeptes	Anwender sind in der Nutzung des Gesundheits- Scorecard-Konzeptes geschult Eine "Road-Map" zur Übertragung auf weitere Akteure der Präventionskette ist entwickelt und erste Imple- mentierungen sind angestoßen. Ein über das Projek- tende andauernder Monitoring-Prozess ist konzipiert	TBW GbR	Alice-Hospital, Alice-Schwesternschaft, EFH, TBW GbR, Kinderklinik, Barmer Ersatzkasse, BGW, weitere Partner der Präventionskette	09/07 – 06/09
2.3.1	Schulung/Coaching in der Anwendung	Schulung der Pilotierungsgruppen in der Nutzung der Scorecard und Coaching der individuellen Anwendung. Auf Organisationsebene werden die Verantwortlichen für Reporting/Controlling, Qualitätsmanagement und Personalentwicklung, die bereits bei der Entwicklung der Scorecard mitgewirkt haben, bei der operativen Anwendung gecoached.			
2.3.2	Unternehmensübergreifende Implementierung	ggf. auf Krankenkassen, Berufsgenossenschaft und weiteren Akteuren der Präventionskette. Vorstellung der Gesundheits-Scorecard in Seminaren. Ziel ist die Sensibilisierung für das Konzept und die Integration des Konzepts in das Rollenverständnis der Akteure. Hierzu wird durch Dialogseminare und Simulationen ein Verständnis für das Konstrukt der Präventionskette und der Gesundheits-Scorecard als übergreifendes Steuerungs- und Partizipationsinstrument der Präventionskette geschaffen. Das von FHW und Fritz Change AB entwickelte und in Supply-Chains angewandte Critical Event Forum soll als Instrument zur Entwicklung eines transparenten Rollenverständnisses auf die Präventionskette im Gesundheitsbereich übertragen werden. Eine "Road-Map" zur Übertragung auf weitere Akteure der Präventionskette soll entwickelt und erste Implementierungen angestoßen werden.			



Abbildung 4: Arbeitsplan Interventionsgruppe - Seite 4

2.3.3	Monitoring der Anwendung der Score- card	Die Entscheidung über die Form des Monitoring wird partnerschaftlich mit den Akteuren festgelegt.			ĺ
3.	Arbeitspaket 3: Transfer	Sensibilisierung der Akteure der Präventionskette für Gesundheitskompetenz, Verankerung der Er- gebnisse in die Präventionskette	Alice	Alle Proj <mark>e</mark> ktpartner	12/06 - 08/09
3.1	Franster in die Präventionskette		Alice	TBW GbR	09/06 = 08/09
3.1.1	Sensibilisierung für Präventionskompe tenz und Scorecard entlang der Präventi onskette	Hinweisen auf das Projekt, z.B. durch Seminare, Newsletter, Infoveranstaltungen, als Input dient die in 5.1.2 entwickelte Kommunikationsstrategie für das Gesamtprojekt			
3.1.2	Schulung von Mitarbeitervertretern ent- lang der Präventionskette	Unter dem Motto "Mitarbeitervertreter schulen Mitar- beitervertreter" werden die unmittelbar im Projekt mit- wirkenden Mitarbeitervertreter die Projektergebnisse an Kollegen aus der Praventionskette weitergeben. Hierzu wird gemeinsam mit den am Projekt beteiligten Mitarbeitervertretern/Betriebsräten ein Schulungskon zept erarbeitet und umgesetzt, das den Projektablauf begleitet.			
3.1.3	Rollendefinition eines Präventionscoa- dies	Definition der Rolle des Präventionscoaches, inhaltli- che Füllung Erarbeitung eines Schulungs- bzw. Wei- terbildungskonzept einschließlich des didaktischen Instrumentariums			
3.1.4	Ausbildung von Praventionscoaches	Pilotierung des Konzeptes im Alice-Hospital, dem Kin- derkrankenhaus; Übertragung auf weitere Kranken- häuser. Krankenkassen oder BG können ggf. als Trä- ger bzw. als Zertifizierungsinstitution der Weiterbildung gewonnen werden.			
3.1.5	Workshops mit Krankenkassen und Be- rufsgenossenschaften	Ziel: Integration der neu erarbeiteten Konzepte und Instrumente in die betriebliche Gesundheitsförderung der Institutionen Hierzu müssen Anknüpfungspunkte an bestehende Programme und strategische Überte- gungen von Krankenkassen und BGs identifiziert und ein Maßnahmenplan zur Umsetzung entwickelt wer- den.			



Abbildung 5: Arbeitsplan Interventionsgruppe - Seite 5

3.2	Transfer in Curricula	Verankerung der Präventionskompetenz und Gesundheits-Scorecard" in den Curricula der Pflegeausbildungen	EFH	FHW, Alice-Hospital, Schwesternschule	08/07 = 08/09
321	Analyse bestehender Curricula etc		Alice- Hospital	Frau Rebscher, Frau Frenzel	
322	Integration der "Praventionskompetenz und Gesundheits-Scorecard" in die Curricula in Ausbildungen.	Integrierung des Kompetenzmodells unter Beruck- sichtigung der bisherigen Erfahrungen in das beste- hende Curriculum der Kranken- und Kinderkranken- pflegeschule			
323	Training von Dozenten und Entwick- lung von didaktischem Material	Bei der Entwicklung der didaktischen Methoden ste- hen die Anwendung und deren Auswertung im Mit- telpunkt, z.B. im Rahmen von Projekten.			
3.2.3	Erprobung/Monitoring des Curriculums	Festlegung von Beurteilungskriterien, die zur Über- prufung des Erfolges der Maßnahme wahrend der Probephase dienen. Sie beziehen sich auf die ver- änderten Curricula und sind in regelmäßig festgeleg- ten Abständen zu überprüfen.			
3.3	Transfer in andere Bereiche/Branchen	Verankerung der Präventionskompetenz und Ge- sundheits Scorecard" in den Curricula der Pflege ausbildungen	FHW	Alicc-Hospital, TBW GbR, Krankenkasse, BG	12/06 – 07/09
3.3.1	Anpassung der Präventionscoach Konzeptes für andere Bereiche/Branchen.	Testung des Ansatzes anderen Branchen. Einbezie- hung von Mitarbeitervertretern und Akteuren der Gesundheitsförderung ausgewählter Betriebe			



Abbildung 6: Arbeitsplan Interventionsgruppe - Seite 6

332	Forderung von branchenubergreifenden Wissensgemeinschaften ab	Die ausgebildeten Praventionscoachs bilden den Kern einer überbetrieblichen Wissensgemeinschaft, die das Konzept der Präventionskompetenz weiterträgt und Erfahrungen austauscht. Dazu werden regelmäßig (alle 2 Monate) Workshops veranstaltet, die dazu dienen diese Wissensgemeinschaft zu stabilisieren und auch schon darauf hinzuarbeiten, gemeinsam Qualitätskriterien für einen jerfolgreichen Einsatz von Präventionscoachs zu formulieren.		
-----	---	--	--	--



Abbildung 7: Arbeitsplan Interventionsgruppe - Seite 7

3.3.3	Fokusgruppentreffen zum Erfahrungs- austausch	Gemeinsame Bearbeitung von sektorspezifischen Fragestellungen			
4.	Arbeitspaket 4: Evaluation	Prozessbegleitung, Abschlussevaluation	FHW		09/06 - 08/09
4.1	Entwicklung des Evaluationskonzept	Partizipative Entwicklung durch herunterbrechen der übergreifenden Ziele in konkrete Teilziele	EFH		
4.2	Prozessbegleitung	Operationalisierung des Evaluationskonzeptes durch unterschiedliche Vorgehensweisen (Fragebögen, Interviews, etc.) für einzelne Akteurs- und Zielgruppen. Vorhandene Beurteilungskriterien für eine mögliche Zertifizierung der entwickelten Curricula sollen im Auge behalten werden.	HessIP		
4.3	Supervisions-Workshops	Sukzessive Beteiligung der Akteure der Präventions- kette			
4.4	Periodische Berichtserstattung	Im relativ nahen Anschluss an die Supervisions- Workshops soll eine schriftliche Berichterstattung der Evaluatoren erfolgen, die auch den MitarbeiterInnen in den Stationen zugänglich gemacht wird	EFH, HessIP		
4.5	Abschlussevaluation	Möglicherweise ein gemeinsames Projekt mit der Fokusgruppe. Soll aufzeigen, inwieweit die an- gestreben Ziele und Teilziele in Handlungen und Resultate umgesetzt werden konnten			
5.	Arbeitspaket 5: Übergreifende Aktivitäten	Kommunikation der Projektergebnisse und Abstimmung entlang der Präventionskette	Alice	TBW GbR sowie alle Projektpartner	09/06 - 08/09
5.1	Sensibilisierung	Nachhaltiges Interesse für die Frage der Präventi- ons-Kompetenz und deren Messbarkeit. Newsletter und Internetseite.	FHW	Alice-Hospital, TBW GbR	09/06 - 08/09



Abbildung 8: Arbeitsplan Interventionsgruppe - Seite 8

5.1.1	Kick-Off Workshop				
5.1.2	Entwicklung einer Kommunikations- strategie	Es soll versucht werden, sowohl den internen Anspruch der partizipativen Vorgehensweise zu unterstützen als auch extern die Akteure der Präventionskette zu erreichen. Es wird ein Kommunikationsmix angestrebt (Newsletter, Internet, usw.), der sowohl die verschiedenen Zielgruppen als auch vorhandene Entscheidungs, und Implementierunginstanzen er reichen soll.	Alice (Kommunika- tionsablei- lung)	TBW GbR	
5.1.3	Aufbau und Pflege Internetseite				
5.2	Projektbegleitende Kommunikation	Berichte an Projekttrager, Tagungsbeitrage	TBW GbR	Alice-Hospital, FHW	09/06 — 08/09
5.2.1	Kommunikation von Ergebnissen an Interessenten der Präventionskette	z.B. auf dem Bundeskongress der DRK- Schwesternschaften, in der Zeitschrift "Die Rotkreuz- Schwester". Der Fachbeirat "Pflege im Hess. Sozi- alministerium" dient dem Erfahrungsaustausch mit anderen Ausbildungseinrichtungen			
522	Teilnahme an Tagungen				
5.2.3	Abstimmung mit anderen Projekten (außerhalb des Programms)	Im Rahmen der in der INQA Initiative "Gesunde Pflege" gibt es eine Reihe von Projekten, die das beschriebene Entwicklungsprojekt tangieren. Außerdem ist damit zu rechnen, dass sich im BMBF-Förderprogramm "Innovationsfähigkeit in einer modernen Arbeitswelt" Projekte ergeben können, die das Zusammenwachsen von Arbeiten und Lernen vertretend behandeln. Es liegt in unserem Interesse diese Entwicklungen nicht nur zu verfolgen, sondern auch davon zu lernen und eventuell andere zu unterstützen.			



Abbildung 9: Arbeitsplan Interventionsgruppe - Seite 9

5.2.4	Kommunikation/Abstimmung mit dem Projektträger und Berichterstattung	Kontinuierlicher Austausch mit dem Projektträger			
5.3	Nachhaltige Ergebnissicherung	Abschlusskonferenz, Veröffentlichungen	Alice	TBW GbR	04/07 – 08/09
5.3.1	Betrieb der Internetseite nach Projek- tende				
5.3.2	Durchführung einer Abschlussveran- staltung		0		
5.3.3	Veröffentlichungen (Buch)		9	+	
5.4	Projektcontrolling und Projektsteue- rung	Unterstützung durch die Nutzung des MS Projekt Management Tools	Alice FHW		09/06 - 08/09

Gefährliche Stoffe

Gerüche



Abbildung 10: Fragebogen Kinderklinik 2007 - Seite 1

Projekt 3-P: Fragebogen für die Kinderklinik Teil A Soziodemographie A 1 Alter Unter 20 Jahre 36-50 Jahre 21-35 Jahre 51 Jahre und älter A 2 Familienstand Mit Partner lebend...... Ledig Anzahl der im Haus lebenden Kinder..... A 3 Derzeitige wöchentliche Arbeitszeit 75%-100%..... 50%-75%...... unter 50% A 4 Beschäftigungsdauer auf der Station in Jahren _ A 5 Berufstätigkeit in Jahren nach der Ausbildung......__ A 6 Qualifikation Pflegekraft..... ohne Ausbildung..... mit 1-jähriger Ausbildung...... mit 3-jähriger Ausbildung..... mit 3-jähriger Ausbildung und Weiterbildung...... mit 3-jähriger Ausbildung und mit Führungsposition....... Teil B Arbeitsplatzanforderungen **B** 1 Physikalische Exposition Welche der folgenden Belastungen tritt in Ihrem Arbeitsumfeld auf, und wenn Sie auftritt, als wie ausgeprägt beurteilen Sie die Stärke der Belastung? Belastung Stärke der Belastung tritt auf gar nicht mäßig bestark besehr stark nein belastend lastend lastend belastend Infektionsgefährdung 0 Lärm 0 0 0 0 0 Unangenehme Temperaturen 0 0 0 0 0 0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0



Abbildung 11: Fragebogen Kinderklinik 2007 - Seite 2

	i	immer	häufig	selten		nie
Die Pausen sind in Zeitpunkt und Dauer geregelt u können eingehalten werden.	nd	0	0	0		0
Das Arbeitstempo ist ungleich verteilt, so dass sich anhäufen.	Dinge	0	0	0		0
Es ist ausreichend Zeit vorhanden, um mit den Pat erforderliche Gespräche führen zu können.	ienten	0	0	0		0
3 Emotionale Anforderungen) Werden Sie durch Ihre Arbeit mit besonderem metonfrontiert und wenn ja, empfinden Sie dies als Be - Nein	lastung?					
Is Belastung? - Nein	gehörigen k	onfrontie	. □ . □ . □ . □ . □ . □ . □ . □ . □ . □	ja, emp	finde	n Sie
- Ja, und das belastet mich nicht	gehörigen k	Onfrontie	rt und wenn	e eher	Sti gan	imme nz und
Is Belastung? - Nein	gehörigen k	onfrontie	rt und wenn	e eher	Sti gan gar	imme
Is Belastung? - Nein	gehörigen k	Onfrontie	rt und wenn rt und wenn Stimme	e eher	Sti gan gar	imme nz und
Is Belastung? - Nein	Stimme völlig zu	Stimm eher zu	rt und wenn rt und wenn Stimme	e eher t zu	Sti gan gar	imme nz und nicht zu



Abbildung 12: Fragebogen Kinderklinik 2007 - Seite 3

Teil C Beteiligung und Entwicklungsmöglichkeiten

C 1 Beteiligung

	Stimme völlig zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme ganz und gar nicht zu
Beschwerden von MitarbeiterInnen werden berücksichtigt.	0	0	0	0
Entscheidungsprozesse auf meiner Station sind so angelegt, dass alle davon Betroffenen beteiligt werden.	0	0	0	0
Die MitarbeiterInnen erhalten rechtzeitig und vollständig Informationen über Veränderungen an ihrem Arbeitsplatz z. B. über Neuerungen.	0	0	0	0
Die Einrichtung ermuntert die MitarbeiterInnen zum Einreichen von Verbesserungsvorschlägen.	О	0	0	0
Beim Einbringen neuer Ideen auf meiner Station werde ich gefördert und unterstützt.	0	0	0	0
Wenn Neuerungen auf meiner Station eingeführt wurden, haben sich alle im Team dauerhaft daran gehalten	o	0	0	٥
In unserem Team werden Fehler offen angespro- chen.	О	0	0	0

C 2 Entwicklungsmöglichkeiten

	Stimme völlig zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme ganz und gar nicht zu
Meine Arbeit erfordert ein hohes Maß an Eigeninitiative.	0	0	0	0
Durch meine Arbeit habe ich die Möglichkeit, etwas Neues zu lernen.	0	0	0	0
Bei meiner Arbeit kann ich mei- ne Kenntnisse und Fertigkeiten einsetzen.	0	0	o	0
Meine Arbeit ist abwechslungs- reich.	0	0	0	0
Ich habe keine Probleme damit, neue Entwicklungen in meiner Arbeit umzusetzen.	0	0	0	0

3



Abbildung 13: Fragebogen Kinderklinik 2007 - Seite 4

gut zusammenarbeiten.		völlig zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	und gar	
In unserem Stationsteam könne gut zusammenarbeiten.		0	0	0		0
In unserem Stationsteam fühle i		0		٥	1	0
Teil einer Gemeinschaft.	ch mich als	0	0	0		0
2 Rückmeldung unter Kolle	gen					
			immer	manchmal	selten	nie
Wir KollegInnen geben uns geg über unsere Arbeit.	enseitig Ruckmel	dung	0	0	٥	0
) 3 Rückmeldung des Vorgese	etzten					
O 3 Rückmeldung des Vorgeso	etzten		immer	manchmal	selten	nie
O 3 Rückmeldung des Vorgeso Mein Vorgesetzter/Meine Vorg dung über meine Arbeit		ückmel-	immer	manchmal O	selten	nie
Mein Vorgesetzter/Meine Vorg dung über meine Arbeit D 3a) Würden Sie sich mehr oc	esetzte gibt mir Ri	V 9845	0	0	0	0
Mein Vorgesetzter/Meine Vorg dung über meine Arbeit D 3a) Würden Sie sich mehr oc ten wünschen?	esetzte gibt mir Ri	V 9845	0	0	0	0
Mein Vorgesetzter/Meine Vorg dung über meine Arbeit D 3a) Würden Sie sich mehr oc ten wünschen?	esetzte gibt mir Ri der weniger Rück	kmeldung	0	0	0	0



Abbildung 14: Fragebogen Kinderklinik 2007- Seite 5

D 4 Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen

Bei der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen

	Trifft völlig zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft ganz und gar nicht zu
fühle ich mich und meine Sicht der Dinge ernst ge- nommen.	0	0	0	0
nehme ich die Sicht der anderen Berufsgruppen ernst.	0	0	0	0
gelingt es mir, meine Sicht der Dinge offen zu for- mulieren und durchzusetzen.	0	0	0	0
gelingt es den anderen Berufsgruppen, ihre Sicht der Dinge offen zu formulieren und durchzusetzen.	0	0	0	0

D 5 Berufsgruppenübergreifende Schnittstellen

	immer	manchmal	selten	nie
Ärztliche und pflegerische Aufgaben sind gut aufeinander abgestimmt.	0	0	0	0
Die Abstimmung zwischen Pflegepersonal und Belegärzten funktioniert gut.	0	0	0	0
Die Zusammenarbeit zwischen den Stationen und Funktionsdiensten läuft gut.	0	0	0	0
Die Zusammenarbeit zwischen den Stationen untereinander funktioniert gut.	0	0	0	0
Die Zusammenarbeit mit vorgeschalteten Einrichtungen, die die Patienten vor der Einweisung behandelt haben, funktioniert gut.	0	0	0	0
Entlassungen werden hausintern frühzeitig von den zu- ständigen Berufsgruppen vorbereitet und abgestimmt.	0	0	0	0
Entlassungen werden frühzeitig mit den Patienten und deren Angehörigen / bzw. mit den Eltern abgestimmt.	0	0	0	0
Entlassungen werden rechtzeitig mit allen nachsorgenden Beteiligten abgestimmt (z.B. ambulante Dienste, Haus- wirtschaft).	0	0	0	0

D6 Führung

Mein Vorgesetzter/Meine Vorgesetzte...

	immer	manchmal	selten	nie
stellt sicher, dass jedes einzelne Teammitglied gute Entwick- lungsmöglichkeiten hat.	0	0	0	0
legt hohen Wert auf Arbeitszufriedenheit.	0	0	0	0
stellt sicher, dass ich meine Arbeit gut planen kann.	0	0	0	0
unterstützt mich bei Konflikten mit Patienten bzw. deren Angehörigen.	0	0	0	0
hilft, wenn nötig, im Umgang mit Teamkonflikten.	0	0	0	0
gibt fachlichen Rat und Unterstützung.	0	0	0	0
übernimmt Verantwortung für seine/ihre Anweisungen.	0	0	0	0

5



Abbildung 15: Fragebogen Kinderklinik 2007 - Seite 6

Teil E Wohlbefinden und Zufriedenheit

E 1 Wohlbefinden

	Stimmt genau	Stimmt weitest- gehend	Stimmt ein wenig	Stimmt eher nicht	Stimmt weitge- hend nicht	Stimm über- haupt nicht
Mein Leben könnte kaum glück- licher sein, als es ist.	0	0	0	0	0	0
Ich fühle mich meist ziemlich fröhlich.	0	0	0	0	0	0
Ich glaube, dass sich vieles erfül- len wird, was ich mir für mich erhoffe.	0	0	0	0	0	0
Wenn ich an mein bisheriges Leben zurückdenke, so habe ich viel von dem erreicht, was ich erstrebe.	0	0	0	0	0	0
Ich halte mich für eine glückliche Person.	0	0	0	0	0	0
Ich bin mit meinem Leben zu- frieden.	0	0	0	0	0	0
Ich glaube, dass mir die Zeit noch einige interessante und erfreuli- che Dinge bringen wird.	0	0	0	0	0	0
Ich bin nicht so fröhlich wie die meisten Menschen.	0	0	0	0	0	0
Ich bin mit meiner Lebenssituati- on zufrieden.	0	0	0	0	0	0
Ich bin selten in wirklicher Hoch- stimmung.	0	0	0	0	0	0
Ich sehe im Allgemeinen mehr die Sonnenseiten des Lebens	0	0	0	0	0	0
Wenn ich so auf mein bisheriges Leben zurückblicke, bin ich zu- frieden.	0	0	0	0	0	0
Ich fühle mich meist so, als ob ich vor Freude übersprudeln würde.	0	0	0	0	0	0

E 2: Wie belastet fühlen Sie sich insgesamt in Ihrem L Stelle der Linie, die Ihrem Belastungsempfinden	
gar nicht belastet	extrem stark belastet
E 3: Wie belastet fühlen Sie sich in Ihrer Arbeit insges der Linie, die Ihrem Belastungsempfinden entspri	
gar nicht belastet	extrem stark belastet
	6



Abbildung 16: Fragebogen Kinderklinik 2007 - Seite 7

		immer	oft	mar	chmal	se l t e	en	nie/fast nie
Wie häufig fühlen Sie sich müde?		0	0		0	c)	0
Wie häufig sind Sie körperlich erschö	pft?	0	0		0	c)	0
Wie häufig sind Sie emotional erschö	pft?	0	0		0	c)	0
Wie häufig denken Sie: "Ich kann nic mehr!?	ht	0	0		0	c)	0
Wie häufig fühlen Sie sich ausgelaugt	t?				0		>	0
Wie häufig fühlen Sie sich schwach u krankheitsanfällig?	nd	0	0		0	C	>	
3 Gesellschaftliche Anerkennung	B	1.	1975		20			
		nme voll I ganz zu	stimme eher zu	st	imme ehe nicht zu			nme ganz ar nicht zu
Mein Beruf ist gesellschaftlich an- erkannt und geachtet	dic	o ganz zu	0	1	o o	u	in g	o o
den Zukunftsaussichten Ihrer Arbeit?		O	C)		0		O
		Sehr zu- frieden	zufrie	den	unzufr	ieden		Sehr unzu- frieden
		0	0)		0	_	0
den körperlichen Arbeitsbedingungen		0)		0	_	0
die Art und Weise, wie Ihre Fähigkeit eingesetzt werden?		0	0	>		0		0
Ihrem Beruf insgesamt, unter Berücks tigung aller Umstände?	sich-	0	0	>		0		0
	zur oeb	oeiten						
E 5 Sind Sie stolz im Alice Hospital Ja □	Nein [1						
	Nein [:					
Ja □ 5a Warum sind Sie stolz? Bitte ve	Nein [



Abbildung 17: Fragebogen Kinderklinik 2007 - Seite 8

_	
_	
1	F Erwartungen an das Projekt
1	Vas erwarten Sie vom 3-Projekt für sich persönlich?
	,
_	
	Vas erwarten Sie vom 3-P-Projekt für Ihre Station?



Abbildung 18: Fragebogen Kinderklinik 2007 - Seite 9

	tten wir Sie zum Schluss noch einmal um Ihre Erfahrungen in
SCHWI	erigen Situationen.
orbemerkuno: N	fanche Situationen im Arbeitsalltag können schwierig sein, insbesondere dann, wenn
	, nicht allem gerecht werden zu können. Solche Situationen können, müssen aber nicht,
	tscheidend ist es, wie man mit diesen Situationen umgeht. Wir möchten Sie daher
984	zwei folgenden Szenarien, Ihre Erfahrungen zu beschreiben.
iden, init filite de	zwei folgenden szenalien, inie Effantungen zu deschiefden.
G 1 Stellen Sie s	ich bitte folgende Situation vor:
Sie spuren, dass	die Mutter eines schwer erkrankten Kindes verzweifelt ist und dringend emotionale
Unterstützung ben	ötigt. Sie haben aber Zeitdruck, denn andere wichtige Arbeiten mussen schnell erledigt
	n Sie damit um, um am Schichtende kein schlechtes Gewissen zu haben?
	\$186666 (1965) 4. PROFESSOR \$400, \$250, \$250, \$250, \$350, \$360, \$250, \$360, \$3

G 2 Stellen Sie si	ch bitte noch eine andere Situation vor:
Die neuen Entwic rungen und damit daran, ob Sie dies	ch bitte noch eine andere Situation vor: klungen in Medizin und Pflege bedeuten für die Pflege gestiegene fachliche Anforde- einhergehend auch mehr Verantwortungsübernahme. Manchmal zweifeln Sie jedoch en wachsenden Herausforderungen auch gerecht werden können. Wie würden Sie mit ation umgehen?
Die neuen Entwic rungen und damit daran, ob Sie dies	klungen in Medizin und Pflege bedeuten für die Pflege gestiegene fachliche Anforde- einhergehend auch mehr Verantwortungsübernahme. Manchmal zweifeln Sie jedoch en wachsenden Herausforderungen auch gerecht werden können. Wie würden Sie mit
Die neuen Entwic rungen und damit	klungen in Medizin und Pflege bedeuten für die Pflege gestiegene fachliche Anforde- einhergehend auch mehr Verantwortungsübernahme. Manchmal zweifeln Sie jedoch en wachsenden Herausforderungen auch gerecht werden können. Wie würden Sie mit
Die neuen Entwic rungen und damit daran, ob Sie dies einer solchen Situ	klungen in Medizin und Pflege bedeuten für die Pflege gestiegene fachliche Anforde- einhergehend auch mehr Verantwortungsübernahme. Manchmal zweifeln Sie jedoch en wachsenden Herausforderungen auch gerecht werden können. Wie würden Sie mit
Die neuen Entwic rungen und damit daran, ob Sie dies einer solchen Situ	klungen in Medizin und Pflege bedeuten für die Pflege gestiegene fachliche Anforde- einhergehend auch mehr Verantwortungsübernahme. Manchmal zweifeln Sie jedoch en wachsenden Herausforderungen auch gerecht werden können. Wie würden Sie mit ation umgehen?
Die neuen Entwic rungen und damit daran, ob Sie dies einer solchen Situ Vielen Dank für I Selbstverständlic	klungen in Medizin und Pflege bedeuten für die Pflege gestiegene fachliche Anforde- einhergehend auch mehr Verantwortungsübernahme. Manchmal zweifeln Sie jedoch en wachsenden Herausforderungen auch gerecht werden können. Wie würden Sie mit ation umgehen?
Die neuen Entwic rungen und damit daran, ob Sie dies einer solchen Situ Vielen Dank für Selbstverständlic Angaben werden	klungen in Medizin und Pflege bedeuten für die Pflege gestiegene fachliche Anforde- einhergehend auch mehr Verantwortungsübernahme. Manchmal zweifeln Sie jedoch en wachsenden Herausforderungen auch gerecht werden können. Wie würden Sie mit ation umgehen? [hre Mitarbeit!!!! h versichern wir Ihnen, dass Ihre Aussagen anonym ausgewertet werden. Ihre
Die neuen Entwic rungen und damit daran, ob Sie dies einer solchen Situ Vielen Dank für Selbstverständlic	klungen in Medizin und Pflege bedeuten für die Pflege gestiegene fachliche Anforde- einhergehend auch mehr Verantwortungsübernahme. Manchmal zweifeln Sie jedoch en wachsenden Herausforderungen auch gerecht werden können. Wie würden Sie mit ation umgehen? [hre Mitarbeit!!!! h versichern wir Ihnen, dass Ihre Aussagen anonym ausgewertet werden. Ihre



Abbildung 19: Skalenübersicht des Fragebogens für die Kinderklinik 2007- Seite 1

Skalen und Itemübersicht des Evaluationsfragebogens Projekt 3 P

	Herkunft	Itemanzahl	Modifiziert durch Projektteam
Teil A: Soziodemographie	D : 1	6	
	Projektteam	8 8	
2. Familienstand	Projektteam		
3. Wöchentliche Arbeitszeit	Projektteam		
4 Beschaftigungsdauer auf der Station in Jahren	Projektteam		
 Berufstätigkeit seit der 	Projektteam		
Ausbildung in Jahren	COMMISSION CONTRACTOR		
6. Qualifikation	Projektteam	8	
Teil B: Arbeitsplatzanforderungen			_
Physikalische Exposition	NEXT	5	Skalierung, Items
Quantitative Anforderungen	COPSOQ	3	Skalierung, Items
3. emotionale Anforderungen	NEXT nach Jonge et al., 1999	3	Skalierung, Item
4. Arbeitszeiten	DAK 2000, 2005	3	Skalierung, Items
Teil C: Partizipation und Entwicklungsmöglichkeiten			
1. Partizipation	DAK, 2000 u. 2005	7	Skalierung, Items
Entwicklungsmoglichkeiten	COPSOQ	5	Skalierung, Items
Teil D: Zusammenarbeit und Feedback	**		
Zusammenarbeit im Team	COPSOQ	3	Skalierung, Item
Feedback unter Kollegen	NEXT n. van de Heijden, 1998, 2002	1	Skalierung, Item
2a, Zufriedenheit mit aktueller Situation	Projektteam	offen	
3. Feedback des Vorgesetzten	NEXT n. van de Heijden, 1998, 2002	1	Skalierung, Item
3a, Zufriedenheit mit aktueller Situation	Projektteam	offen	
Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen	Projektteam	4	
Interdisziplinäre Kommunikation und Schnittstellenmanagement	DAK 2005	8	Skalierung, Item
6. Führung	COPSOQ	7	Skalierung, Item
Teil E: Wohlbefinden und Zufriedenheit		1000000	
1. Wohlbefinden	HSWBS, Dalbert, 1992	13	
2 Burnout	COPSOQ n Borritz u. Kristensen	6	Skalierung, Item
Gesellschaftliche Anerkennung des Berufes	COPSOQ	1	Skalierung, Item
4. Allgemeine Arbeitszufriedenheit	COPSOQ n. Kristensen	4	
5. Bindung an die Einrichtung	Projektteam	1	



Abbildung 20: Skalenübersicht des Fragebogens für die Kinderklinik 2007- Seite 2

team 1 team offen
team offen
team offen
team offen
team offen
team offen



Abbildung 21: Fragebogen für die Kinderklinik 2009 - Seite 1

3P-Fragebogen für die Kinderkliniken Prinzessin Margaret

Teil A Arbeitsplatzanforderungen

A 1 Physikalische Exposition

Welche der folgenden Belastungen tritt in Ihrem Arbeitsumfeld auf, und wenn Sie auftritt, als wie ausgeprägt beurteilen Sie die Stärke der Belastung?

		stung auf	Stärke der Belastung			
	ja	nein	gar nicht belastend	mäßig belastend	stark belastend	sehr stark belastend
Lärm	0	0	0	0	0	0
Unangenehme Temperaturen	0	0	0	0	0	0

A 2 Quantitative Anforderungen

	immer	häufig	selten	nie
Die Pausen sind in Zeitpunkt und Dauer geregelt und können eingehalten werden.	O	0	0	O
Das Arbeitstempo ist ungleich verteilt, so dass sich Dinge anhäufen.	О	0	0	0
Es ist ausreichend Zeit vorhanden, um mit den Patienten erforderliche Gespräche führen zu können.	О	0	0	0

A 3 Emotionale Anforderungen

a) Werden Sie durch Ihre	Arbeit mit besonderem	menschlichen	Leid wie z. B.	dem Tod voi	Patienten
konfrontiert und wenn ja,	empfinden Sie dies als	Belastung?			

Ne	ein
Ja,	, und das belastet mich nicht
Ja,	, und das belastet mich mäßig
Ja,	und das belastet mich stark
L	und das balustat mich eabr etark

b) Werden Sie durch Ihre Arbeit mit schwierigen Patienten konfrontiert und wenn ja, empfinden Sie dies als Belastung?

Ne	ein
Ja.	und das belastet mich nicht
Ja.	und das belastet mich mäßig
Ja.	und das belastet mich stark
Ja.	und das belastet mich sehr stark

c) Werden Sie durch Ihre Arbeit mit schwierigen Angehörigen konfrontiert und wenn ja, empfinden Sie dies als Belastung?

Nei	in
Ja,	und das belastet mich nicht
Ja,	und das belastet mich mäßig
Ja,	und das belastet mich stark
Ja,	und das belastet mich sehr stark



Abbildung 22: Fragebogen für die Kinderklinik 2009 - Seite 2

ERI 1	Aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens besteht	häufig großer Zeitdruck.
(1)	Nein	
2)	Ja, und das belastet mich gar nicht	
(F)	Ja, und das belastet mich mäßig	
(4)	Ja, und das belastet mich stark	
5)	Ja, und das belastet mich sehr stark	
ERI 2	Bei meiner Arbeit werde ich häufig unterbrochen	und gestört.
1)	Nein	
2)	Ja, und das belastet mich gar nicht	
3)	Ja, und das belastet mich mäßig	
4)	Ja, und das belastet mich stark	
5)	Ja, und das belastet mich sehr stark	
ERI 3	Bei meiner Arbeit habe ich viel Verantwortung zu	а (гадец.
1)	Nein	
2)	Ja, und das belastet mich gar nicht	
3)	Ja, und das belastet mich mäßig	
4)	Ja, und das belastet mich stark	
5)	Ja, und das belastet mich sehr stark	П
ERI 4	Ich bin häufig gezwungen, Überstunden zu mache	en.
1)	Nein	
2)	Ja, und das belastet mich gar nicht	
3)	Ja, und das belastet mich mäßig	
4)	Ja, und das belastet mich stark	П
5)	Ja, und das belastet mich sehr stark	П
ERI 5	Meine Arbeit ist körperlich anstrengend.	
1)	Nein	П
2)	Ja, und das belastet mich gar nicht	П
3)	Ja, und das belastet mich mäßig	П
4)	Ja, und das belastet mich stark	
5)	Ja, und das belastet mich sehr stark	
ERI 6	Im Laufe der letzten Jahre ist meine Arbeit imme	30.00
(1)	Nein	
(2)	Ja, und das belastet mich gar nicht	<u></u>
3)	Ja, und das belastet mich mäßig	
4)	Ja, und das belastet mich stark.	
5)	Ja, und das belastet mich sehr stark	
ERI 7	Ich erhalte von meinen Vorgesetzten die Anerken	nung, die ich verdiene.
(1)	Ja	
(2)	Nein, und das belastet mich gar nicht	
(F)	Nein, und das belastet mich mäßig	
(4)	Nein, und das belastet mich stark	
(5)	Nein, und das belastet mich sehr stark	П



Abbildung 23: Fragebogen für die Kinderklinik 2009 - Seite 3

ERI 8	Ich erhalte von meinen KollegInnen die Anerkenn	aung, die ich verdiene.
(1)	Ja	
(2)	Nein, und das belastet mich gar nicht	
(3)	Nein, und das belastet mich mäßig	
(4)	Nein, und das belastet mich stark	
(5)	Nein, und das belastet mich sehr stark	
ERI 9	Ich erhalte in schwierigen Situationen angemesser	ae Unterstützung.
(1)	Ja	
(2)	Nein, und das belastet mich gar nicht	
(3)	Nein, und das belastet mich mäßig	
(4)	Nein, und das belastet mich stark	
(5)	Nein, und das belastet mich sehr stark	
ERI 10	Ich werde bei meiner Arbeit ungerecht behandelt	2
(1)	Nein	
(2)	Ja, und das belastet mich gar nicht	
(3)	Ja, und das belastet mich mäßig	
(4)	Ja, und das belastet mich stark	
(5)	Ja, und das belastet mich sehr stark	
ERI 11	Die Aufstiegschancen in meinem Bereich sind sch	lecht.
(1)	Nein	
(2)	Ja, und das belastet mich gar nicht	
(3)	Ja, und das belastet mich mäßig	
(4)	Ja, und das belastet mich stark	
(5)	Ja, und das belastet mich sehr stark	
ERI 12	Ich erfahre - oder erwarte - eine Verschlechterun	g meiner Arbeitssituation.
(1)	Nein	
(2)	Ja, und das belastet mich gar nicht	_
(3)	Ja, und das belastet mich mäßig	_
(4)	Ja, und das belastet mich stark	
(5)	Ja, und das belastet mich sehr stark	
ERI 13	Mein eigener Arbeitsplatz ist gefährdet.	_
(1)	Nein	_
(2)	Ja, und das belastet mich gar nicht	
(3)	Ja, und das belastet mich mäßig	
(4) (5)	Ja, und das belastet mich stark	
		_
ERI 14	Wenn ich an meine Ausbildung denke, halte ich n Ja	neine berufliche Stellung für angemessei
(2)	Nein, und das belastet mich gar nicht	
(3)	Nein, und das belastet mich mäßig	ī
(4)	Nein, und das belastet mich stark	ñ
(5)	Nein, und das belastet mich sehr stark	



Abbildung 24: Fragebogen für die Kinderklinik 2009 - Seite 4

	Anerkennung für angemessen. Ja				
(1)					
(2)	Nein, und das belastet mich gar nicht	0.000			
(3)	Nein, und das belastet mich mäßig	9.75			
(4)	Nein, und das belastet mich stark	and the second second			
(5)	Nein, und das belastet mich sehr stark				
ERI 16				alte ich meine	
22	persönlichen Chancen des beruflichen Fortk Ja		igemessen.		
(1)	Nein, und das belastet mich gar nicht	(2.44 - 2.44 C) - (2.4 - 4.5 -			
(2)	Nein, und das belastet mich mäßig				
(3)	Nein, und das belastet mich stark	-			
(4)	Nein, und das belastet mich sehr stark	1000			
(5)	Nell, that day believed their sell stark				
(1)	meinen Lohn für angemessen. Ja	🗖	igen denke, h	aite ich mein Genai	.,
(1) (2) (3) (4) (5) Arbei	meinen Lohn für angemessen. Ja		Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme ganz und gar nicht zu
(b) (2) (7) (4) (5) (5) Arbei ch habe §	meinen Lohn für angemessen. Ja	Stimme	Stimme	Stimme eher	Stimme ganz und gar nicht
(b) (2) (7) (4) (5) (5) Arbei ch habe §	meinen Lohn für angemessen. Ja	Stimme völlig zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme ganz und gar nicht zu



Abbildung 25: Fragebogen für die Kinderklinik 2009 - Seite 5

Teil B Beteiligung und Entwicklungsmöglichkeiten

B 1 Beteiligung

	Stimme völlig zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme ganz und gar nicht zu
Beschwerden von MitarbeiterInnen werden berücksichtigt.	0	0	0	0
Entscheidungsprozesse auf meiner Station sind so angelegt, dass alle davon Betroffenen beteiligt werden.	0	0	0	0
Die MitarbeiterInnen erhalten rechtzeitig und vollständig Informationen über Veränderungen an ihrem Arbeitsplatz z. B. über Neuerungen.	0	O	0	0
Die Einrichtung ermuntert die MitarbeiterInnen zum Einreichen von Verbesserungsvorschlägen.	0	0	o	O
Beim Einbringen neuer Ideen auf meiner Station werde ich gefördert und unterstützt.	O	0	О	O
Wenn Neuerungen auf meiner Station eingeführt wurden, haben sich alle im Team dauerhaft daran gehalten	0	0	0	0
In unserem Team werden Fehler offen angesprochen.	O	0	О	O

B 2: Bitte benutzen Sie folgende Skala um zu kennzeichnen, in welchem Maße Sie folgenden Aussagen zustimmen oder nicht zustimmen!

A Stimme auf gar keinen Fall zu	3	E Stimme zu
B Stimme auf keinen Fall zu	D Neutral	F Stimme sehr zu
C Stimme nicht zu		G Stimme sehr stark zu

·	gt von meinem Vermögen meine Arbeit auszuführen ch mache ist wichtig für mich.
	bestimmen, wie ich meine Arbeit ausführe.
a – Jakonara et eksteranterikler	nuf die Abläufe auf meiner Station ist groß.
Ich erlebe mein	e Arbeitsaufgabe als sinnvoll.
Ich habe große	Kontrolle darüber, was auf meiner Station passiert.
Ich kann selbst	entscheiden, wie ich meine Arbeit erledige.
Ich habe bedeu ausführe.	tende Möglichkeiten, frei und unabhängig zu entscheiden, wie ich meine Arbei
Ich habe für me	ine Arbeit die notwendigen Fähigkeiten.
Meine Arbeit is	t für mich bedeutsam.
Ich habe erhebl	ichen Einfluss auf das, was auf meiner Station passiert.
Ich habe Selbst	vertrauen in meine Fähigkeiten, meine Arbeit auszuführen.



Abbildung 26: Fragebogen für die Kinderklinik 2009 - Seite 6

	Stimme völlig zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme ganz und gar nicht zu
Meine Arbeit erfordert ein hohes Maß an Eigeninitiative.	0	0	0	0
Durch meine Arbeit habe ich die Möglichkeit, etwas Neues zu Iernen.	О	0	0	0
Bei meiner Arbeit kann ich meine Kenntnisse und Fertigkeiten einsetzen.	О	0	0	0
Meine Arbeit ist abwechslungsreich.	0	0	0	0
Ich habe keine Probleme damit, neue Entwicklungen in meiner Arbeit umzusetzen.	0	0	0	0

Teil C Zusammenarbeit und Rückmeldung

C 1: Wie wird auf Ihrer Station sicher gestellt, dass Routinen/Absprachen umgesetzt werden?

	nie	selten	gelegentlich	häufig
Indem Routinen dokumentiert werden.	0	0	O	0
Indem neues Personal eine Einweisung bekommt.	0	0	0	0
Indem wir unsere Absprachen regelmäßig bei Teamsitzungen besprechen und aktualisieren.	0	0	0	0
Indem wir dafür sorgen, dass die wichtigen Routinen auch bei den Schülern in der Ausbildung angesprochen werden.	0	0	0	0
Indem wir darauf achten, dass auch andere Berufsgruppen die Absprachen einhalten	0	0	0	0

Sonstig	ges, u	nd zw	ar:											
9			- 44				_	7	- 9		- 23	22	31	
S 3	-	V:	V:	***	30		-	Vir.	W.	20	95	70	75.	(G



Abbildung 27: Fragebogen für die Kinderklinik 2009 - Seite 7

C 2 Zusammenarbeit im Team

	Stimme völlig zu	Stimme cher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme ganz und gar nicht zu
In unserem Stationsteam kommen wir menschlich gut miteinander zurecht.	0	О	O	О
In unserem Stationsteam können wir fachlich gut zusammenarbeiten.	0	0	0	0
In unserem Stationsteam fühle ich mich als Teil einer Gemeinschaft.	0	0	0	0

C 3 Rückmeldung unter Kollegen

	immer	häufig	selten	nie
Wir KollegInnen geben uns gegenseitig Rückmeldung über unsere Arbeit.	0	0	0	0

C 3a) Würden Sie sich mehr oder weniger Rückmeldung von Ihren Kollegen wünschen?

mehr Rückmeldung

weniger Rückmeldung

kann so bleiben

C 4 Rückmeldung des Vorgesetzten

	immer	häufig	selten	nie
Mein direkter Vorgesetzter/Meine direkte Vorgesetzte gibt mir Rückmeldung über meine Arbeit	О	0	O	О

C 4a) Würden Sie sich mehr oder weniger Rückmeldung von Ihrer Vorgesetzten/Ihrem Vorgesetzten wünschen?

mehr Rückmeldung

weniger Rückmeldung

kann so bleiben



Abbildung 28: Fragebogen für die Kinderklinik 2009 - Seite 8

C 5 Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen

Bei der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen.....

	Trifft völlig zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft ganz und gar nicht zu
fühle ich mich und meine Sicht der Dinge ernst genommen.	O	O	O	O
nehme ich die Sicht der anderen Berufsgruppen ernst.	0	0	0	О
gelingt es mir, meine Sicht der Dinge offen zu formulieren und durchzusetzen.	0	0	0	0
gelingt es den anderen Berufsgruppen, ihre Sicht der Dinge offen zu formulieren und durchzusetzen.	O	O	0	O

C 6 Berufsgruppenübergreifende Schnittstellen

	immer	häufig	selten	nie
Ärztliche und pflegerische Aufgaben sind gut aufeinander abgestimmt.	O	O	O	0
Die Abstimmung zwischen Pflegepersonal und Belegärzten funktioniert gut.	0	0	0	0
Die Zusammenarbeit zwischen den Stationen und Funktionsdiensten läuft gut.	0	0	0	0
Die Zusammenarbeit zwischen den Stationen untereinander funktioniert gut.	О	O	O	0
Die Zusammenarbeit mit vorgeschalteten Einrichtungen, die die Patienten vor der Einweisung behandelt haben, funktioniert gut.	0	0	0	0
Entlassungen werden hausintern frühzeitig von den zuständigen Berufsgruppen vorbereitet und abgestimmt.	0	0	0	0
Entlassungen werden frühzeitig mit den Patienten und deren Angehörigen / bzw. mit den Eltern abgestimmt.	0	0	0	0
Entlassungen werden rechtzeitig mit allen nachsorgenden Beteiligten abgestimmt (z.B. ambulante Dienste, Hauswirtschaft).	0	O	O	0

C 7 Führung

Mein direkter Vorgesetzter/Meine direkte Vorgesetzte...

	immer	häufig	selten	nie
stellt sicher, dass jedes einzelne Teammitglied gute Entwicklungsmöglichkeiten hat.	0	Ö	O	O
legt hohen Wert auf Arbeitszufriedenheit.	0	0	0	О
stellt sicher, dass ich meine Arbeit gut planen kann.	0	0	0	0
unterstützt mich bei Konflikten mit Patienten bzw. deren Angehörigen.	0	0	o	0
hilft, wenn nötig, im Umgang mit Teamkonflikten.	0	O	O	C
gibt fachlichen Rat und Unterstützung.	0	0	0	0
übernimmt Verantwortung für seine/ihre Anweisungen.	0	O	n	o



Abbildung 29: Fragebogen für die Kinderklinik 2009 - Seite 9

Teil D Wohlbefinden und Zufriedenheit

D 1: Wie belastet fühlen Sie sich insgesamt in Ihrem Leben? Bitte machen Sie ein Kreuzchen an der Stelle der Linie, die Ihrem Belastungsempfinden entspricht.

gar nicht belastet extrem stark belastet

D 2: Wie belastet fühlen Sie sich in Ihrer Arbeit insgesamt? Bitte machen Sie ein Kreuzchen an der Stelle der Linie, die Ihrem Belastungsempfinden entspricht

gar nicht belastet extrem stark belastet

D3 Burnout

	immer	oft	manchmal	selten	nie/fast nie
Wie häufig fühlen Sie sich müde?	0	0	0	0	0
Wie häufig sind Sie körperlich erschöpft?	0	0	0	0	0
Wie häufig sind Sie emotional erschöpft?	0	0	0	0	0
Wie häufig denken Sie: "Ich kann nicht mehr!"?	0	0	O	0	0
Wie häufig fühlen Sie sich ausgelaugt?	0	0	0	0	0
Wie häufig fühlen Sie sich schwach und krankheitsanfällig?	0	0	٥	0	0

D 4 Allgemeine Arbeitszufriedenheit

Wie zufrieden sind Sie mit......

	Sehr zufrieden	zufrieden	unzufrieden	Sehr unzufrieden
den Zukunftsaussichten Ihrer Arbeit?	O	O	0	O
den körperlichen Arbeitsbedingungen?	0	0	0	0
der Art und Weise, wie Ihre Fähigkeiten eingesetzt werden?	0	0	0	0
Ihrem Beruf insgesamt, unter Berücksichtigung aller Umstände?	0	O	0	0



Abbildung 30: Fragebogen für die Kinderklinik 2009 - Seite 10

D 5: Zu welchem Grad stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll
Ich kann mir vorstellen, noch bis zu meiner Rente in dem Beruf zu arbeiten	0	0	0	0
Von meinem sozialen Umfeld fühle ich meinen Beruf anerkannt und geachtet.	0	0	0	0
Ich bin stolz darauf, in den Kinderkliniken Prinzessin Margaret zu arbeiten	0	0	0	0
Ich weiß immer, welche wichtigen Dinge im Haus passieren.	0	0	0	0
Ich habe schon einmal über einen Arbeitsplatzwechsel nachgedacht.	0	0	0	0
Ich arbeite gerne mit meinen KollegInnen auf meiner Station zusammen.	0	0	0	0
Ich bin gerne Kinderkrankenschwester	0	0	0	0
Ich denke, mein Beruf ist gesellschaftlich anerkannt und geachtet.	0	0	0	0

${\bf D}$ 6: Bitte geben Sie an, in wieweit Sie folgenden Aussagen zustimmen oder Sie ablehnen.

	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll zu
Beim Arbeiten komme ich leicht in Zeitdruck	0	0	0	0
Es passiert mir oft, dass ich schon beim Aufwachen an Arbeitsprobleme denke.	0	0	0	0
Wenn ich nach Hause komme, fällt mir das Abschalten von der Arbeit sehr leicht.	0	0	0	0
Diejenigen, die mir am nächsten stehen sagen, ich opfere mich zu sehr für meinen Beruf auf.	0	0	0	o
Die Arbeit lässt mich selten los, das geht mir abends noch im Kopf rum.	0	0	0	0
Wenn ich etwas verschiebe, was ich eigentlich heute tun müsste, kann ich nachts nicht schlafen.	0	0	0	0



Abbildung 31: Fragebogen für die Kinderklinik 2009 - Seite 11

ch spreche mit meiner/meinem Vorgesetzten über die Anforderungen	
Ich bitte meine KollegInnen um Hilfe, um die Anforderungen besser bewältigen zu sönnen. Ich diskutiere die Anforderungen in der Gruppe	
Ich diskutiere die Anforderungen in der Gruppe. Ich versuche in Zukunft die Belastungen zu mindern oder ganz zu vermeiden. Ich mache eine Raucherpause. Ich strukturiere meinen Arbeitsablauf neu. Ich arbeite schneller. Ich erledige einige Aufgaben nicht.	
Ich bitte meine KollegInnen um Hilfe, um die Anforderungen besser bewältigen zu können. Ich diskutiere die Anforderungen in der Gruppe. Ich versuche in Zukunft die Belastungen zu mindern oder ganz zu vermeiden. Ich mache eine Raucherpause. Ich strukturiere meinen Arbeitsablauf neu. Ich arbeite schneller.	
können Ich diskutiere die Anforderungen in der Gruppe Ich versuche in Zukunft die Belastungen zu mindern oder ganz zu vermeiden Ich mache eine Raucherpause Ich strukturiere meinen Arbeitsablauf neu Ich arbeite schneller Ich erledige einige Aufgaben nicht	
Ich versuche in Zukunft die Belastungen zu mindern oder ganz zu vermeiden Ich mache eine Raucherpause Ich strukturiere meinen Arbeitsablauf neu Ich arbeite schneller Ich erledige einige Aufgaben nicht	
Ich mache eine Raucherpause. Ich strukturiere meinen Arbeitsablauf neu. Ich arbeite schneller. Ich erledige einige Aufgaben nicht.	0
Ich mache eine Raucherpause Ich strukturiere meinen Arbeitsablauf neu Ich arbeite schneller Ich erledige einige Aufgaben nicht	0
Ich strukturiere meinen Arbeitsablauf neu	🗆
Ich arbeite schneller	🗆
	🗆
Haben Sie schon einmal versucht, Ihre Arbeit Ihren Bedürfnissen entsprechend umzugestalten?	ler
Nein, das ist nicht meine Aufgabe.	
Nein, ich kann sowieso nichts ändern	
Nein, das regelt mein(e) Vorgesetzte(r)	
Ja, ich habe mir meinen eigenen Arbeitsablaufplan erstellt	
Ja, ich habe das zusammen mit meinen KollegInnen besprochen	



Abbildung 32: Fragebogen für die Kinderklinik 2009 - Seite 12

D 9: Wie schätzen Sie Ihre Fähigkeiten ein, folgende Situation(en) handhaben zu können?

	1	2	3	4	5
	(= sehr hoch)				(= sehr gering)
Wenn sich Widerstände auftun, Mittel und Wege finden zu können, sich durchzusetzen	0	٥	0	0	0
Schwierige Probleme aus eigener Kraft lösen zu können	0	0	0	0	0
Ihre Absichten und Ziele verwirklichen zu können	೧	0	0	0	0
In unerwarteten Situationen zu wissen, wie Sie sich verhalten	O	O	O	O	O
Mit neuen, überraschenden Ereignissen zurechtkommen zu können	٥	0	0	0	0
Mit neuen Aufgaben umgehen zu können	0	0	0	0	0

D 10: Wie schätzen Sie die Fähigkeiten der GruppeStation ein...

	1	2	3	4	5
	(= sehr hoch)				(= sehr gering)
wenn sich Widerstände auftun, Mittel und Wege finden zu können, sich durchzusetzen	0	0	0	0	0
Routinen bezüglich der Arbeitsorganisation festzulegen	0	0	0	0	0
Schnittstellenprobleme zu lösen	0	0	0	0	0
mit überrasehenden Ereignissen zurechtkommen zu können	0	0	0	0	0
mit neuen Aufgaben umgehen zu können	0	0	0	0	0

D 11: In welchem Beriech denken Sie, können Sie Unterstützung gebrauchen? (Mehrfachnennungen möglich)

Kommunizieren in Konfliktsituationen	
Moderation von Gesprächen.	
Dokumentation von Arbeitsabläufen und Routinen	
Unterstützung im Team	
Rückendeckung von der Stationsleitung.	
Rückendeckung von der Geschäftsleitung der Kinderklinik.	
Sonstiges, und zwar:	
2 -2-2-2-2-2-2-2-2-2-2-2-2-2-2-2-2-2-2-	



Abbildung 33: Fragebogen für die Kinderklinik 2009 - Seite 13

E 1: Welche Erwartungen an das Projekt haben sich, in Bezug auf Sie selbst, erfüllt und welche nicht?				
erfüllt	nicht erfüllt			
E 2: Welche Erwartungen a	das Projekt haben sich, in Bezug auf Ihre Station, erfüllt und			
nicht?	das Projekt haben sich, in Bezug auf Ihre Station, erfüllt und			
	das Projekt haben sich, in Bezug auf Ihre Station, erfüllt und nicht erfüllt			
nicht?				



Abbildung 34: Fragebogen für die Kinderklinik 2009 - Seite 14

	en wir Sie zum Schluss noch einmal um Ihre Erfahrungen in igen Situationen.
Vorbemerkung: Ma	nche Situationen im Arbeitsalltag können schwierig sein, insbesondere dann, wenn
	nicht allem gerecht werden zu können. Solche Situationen können, müssen aber nicht
Stress erzeugen. Ents	cheidend ist es, wie man mit diesen Situationen umgeht. Wir möchten Sie daher
oitten, mit Hilfe der z	wei folgenden Szenarien, Ihre Erfahrungen zu beschreiben.
F 1: Stellen Sie sic	h bitte folgende Situation vor:
Sie spüren, dass die	e Mutter eines schwer erkrankten Kindes verzweifelt ist und dringend emotionale
Unterstützung benöt	igt. Sie haben aber Zeitdruck, denn andere wichtige Arbeiten müssen schnell erledig
werden. Wie gehen	Sie damit um, um am Schichtende kein schlechtes Gewissen zu haben?
F 2: Stellen Sie sich	n bitte noch eine andere Situation vor:
	n bitte noch eine andere Situation vor: klungen in Medizin und Pflege bedeuten für die Pflege gestiegene fachliche
Die neuen Entwick	
Die neuen Entwick Anforderungen und	klungen in Medizin und Pflege bedeuten für die Pflege gestiegene fachliche
Die neuen Entwick Anforderungen und jedoch daran, ob Sie	klungen in Medizin und Pflege bedeuten für die Pflege gestiegene fachliche damit einhergehend auch mehr Verantwortungsübernahme. Manchmal zweifeln Sie
Die neuen Entwich Anforderungen und jedoch daran, ob Sie	klungen in Medizin und Pflege bedeuten für die Pflege gestiegene fachliche damit einhergehend auch mehr Verantwortungsübernahme. Manchmal zweifeln Sie et diesen wachsenden Herausforderungen auch gerecht werden können. Wie würder
Die neuen Entwich Anforderungen und jedoch daran, ob Sie	klungen in Medizin und Pflege bedeuten für die Pflege gestiegene fachliche damit einhergehend auch mehr Verantwortungsübernahme. Manchmal zweifeln Sie et diesen wachsenden Herausforderungen auch gerecht werden können. Wie würder
Die neuen Entwich Anforderungen und jedoch daran, ob Sie	klungen in Medizin und Pflege bedeuten für die Pflege gestiegene fachliche damit einhergehend auch mehr Verantwortungsübernahme. Manchmal zweifeln Sie et diesen wachsenden Herausforderungen auch gerecht werden können. Wie würder
Die neuen Entwick Anforderungen und jedoch daran, ob Sie	klungen in Medizin und Pflege bedeuten für die Pflege gestiegene fachliche damit einhergehend auch mehr Verantwortungsübernahme. Manchmal zweifeln Sie et diesen wachsenden Herausforderungen auch gerecht werden können. Wie würder
Die neuen Entwick Anforderungen und jedoch daran, ob Sie	klungen in Medizin und Pflege bedeuten für die Pflege gestiegene fachliche damit einhergehend auch mehr Verantwortungsübernahme. Manchmal zweifeln Sie et diesen wachsenden Herausforderungen auch gerecht werden können. Wie würder
Die neuen Entwick Anforderungen und jedoch daran, ob Sie	klungen in Medizin und Pflege bedeuten für die Pflege gestiegene fachliche damit einhergehend auch mehr Verantwortungsübernahme. Manchmal zweifeln Sie et diesen wachsenden Herausforderungen auch gerecht werden können. Wie würder
Die neuen Entwick Anforderungen und jedoch daran, ob Sie	klungen in Medizin und Pflege bedeuten für die Pflege gestiegene fachliche damit einhergehend auch mehr Verantwortungsübernahme. Manchmal zweifeln Sie et diesen wachsenden Herausforderungen auch gerecht werden können. Wie würder



Abbildung 35: Fragebogen für die Kinderklinik 2009 - Seite 14

A 1 Alter	
unter 20 Jahre	36-50 Jahre
21-35 Jahre	51 Jahre und älter
A 2 Familienstand	
Mit Partner lebend	
Ledig	
Anzahl der im Haus lebenden Kin	der
3 Derzeitige wöchentliche Arbeitsze	
75%-100%	
50%-74%	
unter 50%	
n = noo =	
PSO A 4 Beschäftigungsdauer auf der Stati A 5 Berufstätigkeit in Jahren nach de	
A 4 Beschäftigungsdauer auf der Stati A 5 Berufstätigkeit in Jahren nach de	
A 4 Beschäftigungsdauer auf der Stati A 5 Berufstätigkeit in Jahren nach de	
A 4 Beschäftigungsdauer auf der Stati A 5 Berufstätigkeit in Jahren nach de A 6 Qualifikation	er Ausbildung
A 4 Beschäftigungsdauer auf der Stati A 5 Berufstätigkeit in Jahren nach de A 6 Qualifikation Pflegekraft ohne Ausbildung	er Ausbildung
A 4 Beschäftigungsdauer auf der Stati A 5 Berufstätigkeit in Jahren nach de A 6 Qualifikation Pflegekraft ohne Ausbildung mit 1-jähriger Ausbildung mit 3-jähriger Ausbildung	er Ausbildung
A 4 Beschäftigungsdauer auf der Stati A 5 Berufstätigkeit in Jahren nach de A 6 Qualifikation Pflegekraft ohne Ausbildung mit 1-jähriger Ausbildung mit 3-jähriger Ausbildung und We	er Ausbildung
4 Beschäftigungsdauer auf der Stati 5 Berufstätigkeit in Jahren nach de 6 Qualifikation Pflegekraft ohne Ausbildung mit 1-jähriger Ausbildung mit 3-jähriger Ausbildung	er Ausbildung
A 4 Beschäftigungsdauer auf der Stati A 5 Berufstätigkeit in Jahren nach de A 6 Qualifikation Pflegekraft ohne Ausbildung mit 1-jähriger Ausbildung mit 3-jähriger Ausbildung und We	eiterbildung



Abbildung 36: Skalenübersicht des Fragebogens für die Kinderklinik 2009 – Seite 1

Stand Juli 2009

Skalen- und Itemübersicht des Evaluationsfragebogens Projekt 3-P 2009

Teil A:Arbeitsplatzanforderungen	Herkunft	Itemanzahl	Modifiziert durch Projektteam
Physikalische Exposition	Simon, 2005, S. 11	2	Skalierung: unbekannt, von 5 auf 2 Items gekürzt wegen Relevanz (Temperatur, Lärm)
2. Quantitative Anforderungen	Nubling, 2005, S. 135	3	Skalierung:von 5 auf 4 gekürzt, umformuliert Items: von 5 auf 3 gekürzt, Inhalte veränder
3. emotionale Anforderungen	Simon (nach Jonge et al), 2005, S. 19	3	Skalierung: neue Skalierung Items: umformuliert, teilweise andere Inhalte
4. Effort-Reward-Imbalance	Siegrist, 2004	23	
5. Arbeitszeiten	Simon, 2005, S. 36	3	Skalierung: umformuliert Items: umformuliert
Teil B: Partizipation und Entwicklungsmöglichkeiten			
1. Partizipation	DAK, 2000 (S. 63) u. 2005 (S. 37)	7	Skalierung: umformuliert Items: von 4 auf 7 crweitert, leicht umformuliert
Psychological Empowerment Instrument	Spreitzer, 1995	12	
3. Entwicklungsmöglichkeiten	Nübling, 2005, S. 136	5	Skalierung: von 5 auf 4 gekürzt, umformuliert Items: von 4 auf 5 erweitert, leicht umformuliert
Feil C: Zusammenarbeit und			
1. Verankerung von Routinen/Absprachen	Interventionsgruppe	5	
2. Zusammenarbeit im Team	Nübling, 2005, S. 138	3	Skalierung: von 5 auf 4 gekürzt, umformuliert Items: umformuliert
3. Feedback unter Kollegen	Projektteam	1	
3a. Zufriedenheit mit aktueller Situation	Projektteam	1	
4.Feedback des Vorgesetzten	Projektteam	1	
4a. Zufriedenheit mit aktueller Situation	Projektteam	1	
5. Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen	Projektteam	4	



Abbildung 37: Skalenübersicht des Fragebogens für die Kinderklinik 2009 – Seite 2

6. Interdisziplinäre Kommunikation und Schnittstellenmanagement	DAK, 2005, S. 42	8	Skalierung: umformuliert Items: von 3 auf 8 erweitert, umformuliert
7. Führung	Nubling, 2005, S. 138	7	Skalierung: von 5 auf 4 gekürzt, umformuliert Items: von 4 auf 7 erweitert, leicht umformuliert
Teil D: Wohlbefinden und			
Zufriedenheit	D. C. La		-
Belastung allgemein	Projektteam	1	
Belastung durch Arbeit Burnout	Projektteam Nübling (n. Borritz	6	+
5. Burnout	u. Kristensen), 2005, S. 130	0	
4. Allgemeine Arbeitszufriedenheit	Nübling, 2005, S. 139	4	
Bindung an die Einrichtung und Beruf	Projektteam/Interve ntionsgruppe	8	(incl. gesellschaftliche Anerkennung)
6. Overcommitment	s. ERI		
 Eigene Strategie zur Bewältigung von Arbeitsstress 	Interventionsgruppe	1/9	
 Versuch, Arbeit an eigene Bedürfnisse anzupassen 	Interventionsgruppe	5	
9. Selbstwirksamkeit Person	Interventionsgruppe	6	Ursprung Schwarzer Skalierung verändert teilweise Formulierung verändert
10. Selbstwirksamkeit Gruppe	Interventionsgruppe	5	Ursprung Schwarzer. Skalierung verändert teilweise Formulierung verändert bzw. neue Items eingebracht
 Geschätzter Unterstützungsbedarf 	Interventionsgruppe	6	
Teil E: Erwartungen an das Projekt			
 Erwartungen die Person betreffend 	Projektteam	offen	
 Erwartungen den Arbeitsplatz betreffend 	Projektteam	offen	
Teil F: Bewältigung	2 10 100	1.633	
1. Vignette I	Projektteam	offen	
2. Vignette II	Projektteam	offen	
Teil G: Soziodemographie		6	
1. Alter			



Abbildung 38: Skalenübersicht des Fragebogens für die Kinderklinik 2009 – Seite 3

2a. Anzahl Kinder im Haushalt	Projektteam	offen	
3. Wöchentliche Arbeitszeit	Projektteam		
4. Station	Projektteam		
5. Beschäftigungsdauer auf der	Projektteam		
Station in Jahren			
6. Berufstätigkeit seit der	Projektteam		
Ausbildung in Jahren	5 T T T T T T T T T T T T T T T T T T T		
7. Qualifikation	Projektteam		
8. Dauer der Teilnahme an 3P	Projektteam	offen	
-			



Literaturverzeichnis

Badura, B. u. a. (1997), Gesundheitsforschung, Weinheim und München, Juventa

Badura, B. (2008): Das Sozialkapital der Organisationen. In: Kirch, Wilhelm; Badura, Bernhard; Pfaff, Holger (Hg.): Prävention und Versorgungsforschung. Ausgewählte Beiträge des 2. Nationalen Präventionskongresses und 6. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung Dresden, 24. bis 27. Oktober 2007. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg (Springer-11773 /Dig. Serial]), S. 3–34.

Becker, P. (2003): Anforderungs- Ressourcenmodell in der Gesundheitsförderung. In: Franzkowiak, Peter; Kaba-Schönstein, Lotte; Lehmann, Manfred; Sabo, Peter (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4., erw. und überarb. Aufl. Schwabenheim a. d. Selz: Sabo (Reihe "Blickpunkt Gesundheit", 6), Bd. 4, S. 13–15.

Blättner, B. u. a. (2005): Analyse des Angebotes und des Qualifizierungsbedarfs aus der Sicht von praktisch in der Pflege tätigen Personen; in: BAuA (Hrsg.), Dortmund u. a.

Braun, B. u. a. (2004): Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiographien von Pflegekräften im Krankenhaus/ Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung; in: Gemündener Ersatzkasse GEK (Hrsg.), Schriften zur Gesundheitsanalyse, Bd. XXXII, Hippe, Asgard-Verlag

Braun, B. u. Müller, R. (2005): Arbeitsbelastungen und Berufsausstieg bei Krankenschwestern, Pflege und Gesellschaft, Jahrgang 10, Nr. 3, S. 131-141

Brown, C. u. Reimer, C. (1995): Psychohygiene im Krankenhaus/Belastungen bei Pflegenden und Medizinern, Giessen, Focus Verlag

DAK-BGW Gesundheitsreport 2000 – Krankenpflege/Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in Deutschland, Hamburg, Eigendruck



DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege/Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in Einrichtungen der stationären Krankenpflege in Deutschland vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Gesundheitssystems, Hamburg, Eigendruck

Faltermaier, T./ Salisch, M. (2005): Gesundheitspsychologie. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer (Kohlhammer-Urban-Taschenbücher, 571).

Friedrich; P. (2008): Gesundheitskompetenz in der Pflegearbeit: Noch unveröffentlicht.

Franzkowiak, P.; Kaba-Schönstein, L.; Lehmann, M.; Sabo, P. (2003): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4., erw. und überarb. Aufl. Schwabenheim a. d. Selz: Sabo (Reihe "Blickpunkt Gesundheit")

Gemündener Ersatzkasse GEK (2004), Schriften zur Gesundheitsanalyse, Bd. XXXII,, Hippe, Asgard-Verlag

Hasselhorn , H.-M. u. a. (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal/Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.), Ü 15, Dortmund u. a., Wirtschaftsverlag NW

Hasselhorn, H.-M. u. a. (2005): Wunsch nach Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland; in: Hasselhorn , H.-M. u. a. (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal/Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.), Ü 15, Dortmund u. a., Wirtschaftsverlag NW, S. 135-14

Henning, K (2008): Innovationsfähigkeit stärken – Wettbewerbsfähigkeit erhalten/ Präventiver Arbeits- und Gesundheitsschutz als Treiber, Tagungsband zur 2. Jahrestagung des BMBF-Förderschwerpunktes, Aachen, 04. u. 05. Dezember 2008, ARMT Band 60, Wissenschaftsverlag Mainz, S. 71-85



Kirch, Wilhelm; Badura, Bernhard; Pfaff, Holger (2008.): Prävention und Versorgungsforschung. Ausgewählte Beiträge des 2. Nationalen Präventionskongresses und 6. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung Dresden, 24. bis 27. Oktober 2007. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg (Springer-11773 /Dig. Serial])

Lantz, A., u. Friedrich, P. (2003). Learning in the workplace - an instrument for competence assessment. *The Learning Organisation*, *Vol. 10* (Number 3), S. 185-194

Lazarus, R. u. Folkman, S. (1988): Stress, appraisal, and coping. 4. [print.]. New York: Springer.

Margraf, J. (1998): Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen. Berlin: Springer

Mayring, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5., überarb. und neu ausgestattete Aufl. Weinheim: Beltz-Verl.

Mayring, P. (2003): Qualitative Inhaltsanalyse / Grundlagen und Techniken, 8. Auflage, Weinheim u. a., Beltz Verlag

Müller, B. u. a. (1997): Gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung im Krankenhaus/Entwicklung und Evaluation von Gesundheitszirkeln als Beteiligungs- und Interventionsmodell, in: Badura, B. u. a. (Hrsg.), Gesundheitsforschung, Weinheim und München, Juventa

North, K. u. a. (2008): Das Projekt 3P. Pflege dich selbst!/ Transfer des Konzeptes der Gesundheitskompetenzen in die Organisation und Entwicklung einer Gesundheits-Scorecard,; In: Henning, K (Hrsg.): Innovationsfähigkeit stärken – Wettbewerbsfähigkeit erhalten/ Präventiver Arbeits- und Gesundheitsschutz als Treiber, Tagungsband zur 2. Jahrestagung des BMBF-Förderschwerpunktes, Aachen, 04. u. 05. Dezember 2008, ARMT Band 60, Wissenschaftsverlag Mainz, S. 71-85



Pfaff, H. (2004): "Weiche" Kennzahlen für das strategische Krankenhausmanagement. Stakeholderinteressen zielgerichtet erkennen und einbeziehen. 1. Aufl. Bern: Huber (Programmbereich Gesundheit).

Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2004): Evaluation: A systematic approach (7th Ed.). Thousand Oaks, CA, Sage

Rödel, A., Siegrist, J., Hessel, A., Brähler, E. (2004). Psychometrische Testung des Fragebogens zur Messung beruflicher Gratifikationskrisen an einer repräsentativen deutschen Stichprobe. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 25: S. 227-238.

Siegrist, J. (1998): Berufliche Gratifikationskrisen und Gesundheit - ein soziogenetisches Modell mit differentiellen Erklärungschancen. In: Margraf, Jürgen (Hg.): Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen. Berlin: Springer, S. 225–235.

Simon, M. u. a. (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland, Uni Wuppertal, Online im WWW unter URL: http://www.next.uni-wuppertal.de/dt/index_dt.htm (26.01.2007

Stordeur, S. (2005): Führungsqualität, Arbeitszufriedenheit und berufliche Bindung von Pflegekräften; in: Hasselhorn u. a. (Hrsg.): Berufsausstieg bei Pflegepersonal/Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.), Ü 15, Dortmund u. a., Wirtschaftsverlag NW, S. 30-48

van der Schoot, E. u. a. (2005): Burnout im Pflegeberuf in Europa; in: Hasselhorn u. a. (Hrsg.): Berufsausstieg bei Pflegepersonal/Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.), Ü 15, Dortmund u. a., Wirtschaftsverlag NW, S. 57-62

Wenderlein, U. F. (2005): Arbeitszufriedenheit und Fehlzeiten bei Pflegekräften/Vorschläge zur Verbesserung für alle Krankenhäuser