



Arbeitsbedingungen im Krankenhaus

S. Bartholomeyczik, E. Donath, S. Schmidt, M. A. Rieger, E. Berger,
A. Wittich, W. E. Dieterle

Forschung Projekt F 2032

S. Bartholomeyczik
E. Donath
S. Schmidt
M. A. Rieger
E. Berger
A. Wittich
W. E. Dieterle

Arbeitsbedingungen im Krankenhaus

Dortmund/Berlin/Dresden 2008

Diese Veröffentlichung ist der Abschlussbericht zum Projekt „Arbeitsbedingungen im Krankenhaus“ – Projekt F 2032 – im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autoren.

Autoren: Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik
Dr. Elke Donath
Sascha Schmidt, MScN
Institut für Pflegewissenschaft
Fakultät für Medizin
Universität Witten/Herdecke
Stockumer Straße 12, 58453 Witten

PD Dr. med. Monika A. Rieger
Elisabeth Berger
Schwerpunkt Arbeitsmedizin und Umweltmedizin
Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
Fakultät für Medizin
Universität Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Str. 50, 58448 Witten

in Kooperation mit:
Dr. phil. Dipl.-Psych. Andrea Wittich
Dr. phil. Dipl.-Psych. Wilfried E. Dieterle
Abt. für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Universitätsklinikum Freiburg
Hauptstr. 8, 79104 Freiburg

Herausgeber: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
Friedrich-Henkel-Weg 1-25, 44149 Dortmund
Telefon: 0231 9071-0
Telefax: 0231 9071-2454
E-Mail: poststelle@buaa.bund.de
Internet: www.buaa.de

Berlin:
Nöldnerstr. 40-42, 10317 Berlin
Telefon: 030 51548-0
Telefax: 030 51548-4170

Dresden:
Proschhübelstr. 8, 01099 Dresden
Telefon: 0351 5639-50
Telefax: 0351 5639-5210

Alle Rechte einschließlich der fotomechanischen Wiedergabe und des auszugsweisen Nachdrucks vorbehalten.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Kurzreferat	5
Abstract	6
Résumé	7
Teil I:	
Abschlussbericht des Forschungsprojektes	
„Arbeitsbedingungen im Krankenhaus“ F 2032	
1	Einleitung 8
1.1	Relevanz 8
1.2	Ziel des Projektes 12
1.3	Inhalt des vorliegenden Berichts 14
2	Hauptteil 15
2.1	Organisationstheoretischer Hintergrund 15
2.1.1	Elemente der systemischen Analyse für den Krankenhausbereich 15
2.1.2	Change Management als Veränderungsunterstützung 17
2.2	Methodisches Vorgehen 18
2.2.1	Studiendesign 18
2.2.2	Instrumente 19
2.2.3	Ethikvotum, Statistische Auswertung, Ergebnisdarstellung 22
2.2.4	Auswahlprozess der teilnehmenden Projektstationen 23
2.2.5	Strukturen der Interventionsstudie 23
2.2.6	Ablauf der Studie in den Krankenhäusern 24
2.3	Ergebnisse der IST-Analyse 27
2.4	Interventionsphase vor Ort 36
2.5	Ergebnisse der Evaluation 37
2.5.1	Rücklaufquote und Teilnahmeanalyse 38
2.5.2	Veränderungen in 2006 39
2.5.3	Veränderungen in den Angaben zu psychosozialen Belastungen und Beanspruchungen zu beiden Zeitpunkten 43
2.5.4	Beurteilung des Projektes und der Projektarbeit 47
2.5.5	Zusammenfassung und Interpretation der Evaluationsergebnisse 54
2.6	Diskussion 56
2.6.1	Ergebnisse 56
2.6.2	Methodik 59

Teil II:

Handlungskonzept aus dem Forschungsprojekt „Arbeitsbedingungen im Krankenhaus“ F 2032

3	Allgemeine Struktur- und Prozesselemente systemischer Interventionen	62
3.1	Ebenen der interdisziplinären Prozessgestaltung im Krankenhaus	62
3.1.1	Der Architekturrahmen eines Veränderungsprozesses	62
3.1.2	Gestaltung des Interventionsdesigns (Interventionsschritte)	65
3.1.3	Instrumente und Techniken als Unterstützung der Interventionsprozesse	66
3.1.4	Leitfragen für Veränderungsprozesse	66
3.1.5	Projektförderliche Interaktionsstrukturen	69
3.1.6	Umgang mit erfolgskritischen Ereignissen	70
3.2	Anwendungsbeispiele aus dem Interventionsprojekt „ArbiK“	71
3.2.1	Architekturrahmen und Design des Projektes	71
3.2.2	Interventionsverläufe im Fallbeispiel „ArbiK“	90
3.2.3	Ergebnisse der Veränderungsprojekte auf den Projektstationen	92
3.2.4	Zusammenfassung der fördernden und behindernden Einflussfaktoren in Veränderungsprozessen	96
4	Literaturverzeichnis	99
5	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	103
	Anhang	107
Anhang 1:	Mitarbeiterbefragung zu psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz: COPSOQ	108
Anhang 1a:	ArbiK-Fragebogen: Erstbefragung Pflegende	110
Anhang 1b:	ArbiK-Fragebogen: Erstbefragung Ärzte	125
Anhang 2:	ArbiK-Evaluierungsfragebögen	140
Anhang 2a:	ArbiK-Fragebogen: Zweitbefragung Pflegende	141
Anhang 2b:	ArbiK-Fragebogen: Zweitbefragung Ärzte	152
Anhang 3:	Projektmanagementinstrumente	163

Arbeitsbedingungen im Krankenhaus

Kurzreferat

Die Einführung der DRG-basierten Vergütung in der stationären Krankenversorgung verändert Arbeitsinhalte und Arbeitsorganisation in den Krankenhäusern. Unter anderem führt dies zu einer hohen Arbeitsverdichtung und einem Anstieg der Belastung beim ärztlichen und pflegenden Personal.

In einem interdisziplinären Forschungsprojekt wurde in drei Krankenhäusern der Maximalversorgung ein Organisationsentwicklungsprozess zur Verbesserung der Arbeitssituation initiiert, durchgeführt und evaluiert.

Vor der Intervention erfolgte eine standardisierte Befragung der ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter auf Station zu den Arbeitsbedingungen und der Zusammenarbeit der Berufsgruppen. Die Ergebnisse dieser Erhebung wurden mit den Beschäftigten stationsbezogen in einem Workshop diskutiert. Für die weitere Projektarbeit wurde eine Projektgruppe aus Vertretern des ärztlichen und pflegerischen Personals der Projektstation gebildet. Diese erarbeitete Verbesserungs- und Lösungsmöglichkeiten. Beispielhaft seien z. B. Visitenzeiten, Absprachen oder Anwesenheit des Arztes auf Station genannt. Im Rahmen des Forschungsprojektes dauerte dieser Interventionszeitraum ca. ein Jahr.

Die Evaluation der Intervention erfolgte über eine abschließende Befragung mittels standardisiertem Fragebogen. Die Ergebnisse wurden in einem Ergebnisworkshop diskutiert. Letzterer diente auch der Abstimmung darüber, ob und ggf. wie die Anregungen aus dem Projekt in die Routine der Station bzw. der Krankenhausabteilung übernommen werden können.

Im Interventionszeitraum hatten sich die Arbeitsabläufe auf Station und die Kommunikation zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal teilweise deutlich verbessert. Zugleich wurden die Rahmenbedingungen der Arbeit (z. B. Patientenzahl, Dokumentationsaufwand) als gleich bleibend schlecht bzw. sogar schlechter empfunden. In der Datenanalyse zeigte sich darüber hinaus, dass die bessere Organisation von Arbeitsabläufen signifikanten Einfluss auf die Arbeitssituation besonders von Pflegenden zu haben scheint: Pflegende, die die Projektauswirkungen positiv beurteilten, gaben weniger häufig an, die Arbeitsstelle oder sogar den Beruf verlassen zu wollen. In ähnlicher Weise nahmen Burnout und erlebte Arbeitsplatzunsicherheit ab. Im ärztlichen Bereich ging die positive Projektbeurteilung mit einer höheren Vorhersehbarkeit bei der Arbeit, aber auch mit geringeren Entscheidungsmöglichkeiten einher.

Die Ergebnisse des Forschungsprojekts machen deutlich, dass durch gemeinsames Erarbeiten von Lösungsmöglichkeiten für den täglichen Stationsablauf Verbesserungen der wahrgenommenen Arbeitsbedingungen erreicht werden können und so, besonders bei Pflegenden, eine Reduktion der psychosozialen Belastung bei der Arbeit resultieren kann.

Schlagwörter:

Organisationsentwicklung, Krankenhaus, Arbeitsbedingungen, psychosoziale Belastungen, Pflegende, Ärzte

Working conditions in hospitals

Abstract

In Germany, the DRG-based financing system has been introduced since 2004, leading to major changes in work organisation and condensation of workload for hospital physicians and nurses.

Against this background, an interdisciplinary research project was performed in three hospitals of maximum medical care. The project focused on an organisational development process joined by nurses and physicians on the ward.

Prior to the intervention, a survey was performed among the employees concerning the working conditions and the collaboration between nurses and physicians on the ward. In a first step, the staff discussed the results of the survey and decided what problems of work organisation should be addressed preferentially. During the intervention period project groups (medical and nursing staff of the individual wards) worked on problem analyses and developed practical solutions. Examples for changes were: fixed times for ward rounds, better availability of the physicians on the wards and a joint documentation form. In the context of this research project, the intervention period took about one year.

A survey was used for the final project evaluation. Again, the employees were asked about the working conditions and the collaboration between nurses and physicians on the ward but also about the changes perceived during the last year. The results were discussed during a final workshop which served for agreement of change sustainability and future measures, too.

Based on the results of the final survey, nurses and physicians succeeded to interact in a better way. Improvement of work flow and work organisation on the ward could be documented. Yet, the general conditions of work were perceived as bad or even worse (e.g. increasing number of patients on the ward, shorter stay of the patients and larger amount of paperwork). The amelioration of work organisation seemed to influence the working conditions significantly, especially in nurses: nurses who gave a positive judgement of the process also indicated less intention to leave the job, less burnout and reckoned less that the job was insecure. Physicians with a positive evaluation of the process indicated a better work-related predictability but also less freedom of decision making.

The results of the research project document that nurses and physicians may develop practical solutions for everyday problems on the ward co-operatively, a process that may lead to an improvement of the perceived psychosocial working conditions especially in nurses.

Key words:

Organisational development process, hospital, working conditions, psychosocial hazards at work, nurses, physicians

Conditions de travail dans hôpital

Résumé

Dans le système hospitalier allemand, l'introduction du financement basé aux DRGs change l'organisation du travail et des contenus de travail. Entre autres, ce processus mène à une densification de travail et une charge élevée de travail auprès des médecins et infirmières hospitaliers.

Dans le cadre d'un projet interdisciplinaire de recherche, des actions de développement organisationnel étaient implémentées dans trois centres hospitaliers régionaux afin d'améliorer les conditions de travail.

Avant l'intervention, les informations nécessaires étaient gagnées quant aux charges et efforts psychosociaux des employés et quant à la collaboration des infirmières et des médecins d'un service. Après la discussion des résultats avec tous les membres (médicaux et paramédicaux) d'un seul service, les employés réfléchissaient des améliorations possibles et des solutions pour leurs problèmes pratiques. Par exemple, les médecins et infirmières convenaient de faire les visites régulièrement à un certain moment du jour, ils décidaient les ententes entre médecins et infirmières ou la présence des médecins au service. Pendant le projet de recherche, le processus de développement organisationnel durait une année.

L'évaluation des effets du projet et du processus s'effectuait par un second sondage. Les résultats étaient présentés aux membres médecins et infirmiers du seul service. Ils discutaient la possibilité de transporter les expériences dans la routine professionnelle du service.

Pendant la période d'intervention, les séquences de travail s'étaient améliorées ainsi que la communication entre les infirmières et les médecins. Cependant, les employés indiquaient que la condition générale du travail hospitalier (par exemple le nombre des malades par jour ou semaine ou les nécessités de documentation médicale) restait mauvaise ou bien était plus mauvaise qu'avant.

La réforme de l'organisation de travail améliorait les conditions de travail éprouvées par les employées, particulièrement les infirmières. Là, les personnes qui jugeaient le processus positif indiquaient moins de pensées de quitter l'emploi ou le métier, moins de symptômes de « burnout » et moins d'insécurité de l'emploi. Parmi les médecins, ceux avec un jugement positif du projet indiquaient plus de prévisibilité quant au travail mais aussi moins des possibilités de décision.

Les résultats du projet de recherche illustrent que les conditions au travail – comme vécues par les professionnels médicaux et paramédicaux d'un service ou d'un hôpital – peuvent bien être améliorées par changer l'organisation et la séquence de travail. Ainsi, la charge et la contrainte psychosociale des employés hospitaliers peuvent être réduites, particulièrement des infirmières et infirmiers.

Mots clés:

Développement organisationnel, hôpital, conditions de travail, charge psychosociale au travail, infirmières et infirmiers, médecins

Teil I: Abschlussbericht des Forschungsprojektes „Arbeitsbedingungen im Krankenhaus“ F 2032

1 Einleitung

1.1 Relevanz

Basierend auf der Systematik des australischen Refined Diagnoses Related Groups (DRG) wird die Finanzierung in deutschen Krankenhäusern seit 2004 auf ein diagnosebezogenes Fallpauschalensystem umgestellt (2. FPÄndG 2004). Ziel des Systemwechsels in der Finanzierung der stationären Versorgung ist eine einheitliche Bezahlung von im Behandlungsaufwand vergleichbaren Diagnosen. Im Hinblick auf die kosteneffiziente Erbringung der stationären Leistungen spielt somit für die Krankenhausträger die möglichst schnelle Genesung bzw. Entlassfähigkeit des Patienten¹ eine besondere Rolle. Zugleich kommt den Kostenstrukturen des Krankenhauses eine größere Bedeutung zu als bisher. Ein wichtiger Nebeneffekt, der mit der Umstellung erreicht werden soll, ist die allgemeine Bettenreduzierung in den deutschen Krankenhäusern. Patienten sollen vermehrt ambulant behandelt und nur noch stationär aufgenommen werden, wenn sie eine umfassende und sehr dichte medizinische Überwachung und Betreuung benötigen und wenn neben der ärztlichen Behandlung Pflege erforderlich ist. Die verkürzte Verweildauer und die zunehmend ambulant durchgeführte Behandlung führen im stationären Bereich zu einer Arbeitsverdichtung durch intensiver behandelungs- und pflegebedürftige Patienten, mit einem relativ erhöhten Aufwand für die Patienten-Aufnahmen und Entlassungen, einem relativ vermehrten Einsatz von Medizintechnik in Diagnostik und Therapie, sowie einem erhöhten Aufwand an die medizinische Dokumentation.

Aus der durchgeführten Literaturanalyse zum Projekt ergab sich, dass es deutlich weniger Studien zu Fragen der Arbeitssituation im ärztlichen Bereich gibt als für die Berufsgruppe der Pflegenden. Interventionen mit wissenschaftlicher Überprüfung und entsprechender Veröffentlichung wurden bislang kaum durchgeführt. Dies mag schon ein Indikator dafür sein, dass auch in Projekten, an denen Ärzte und Pflegenden gemeinsam beteiligt sind, die Ärzte meist wesentlich zögerlicher teilnehmen bzw. der Aufwand, sie zur Teilnahme zu bewegen, oftmals sehr hoch ist. Dies war auch in der vorliegenden Studie der Fall.

Die Einführung der DRG-basierten Finanzierung der Krankenhäuser mit dem expliziten Ziel der Verweildauerkürzung und damit Kosteneinsparung beschleunigt eine Entwicklung, die sich längst vor der Einführung der neuen Finanzierungsart gezeigt hat. Die Daten der Öffentlichen Statistik ergeben hierfür ein recht klares Bild, wenn man die 10 Jahre von 1995 bis 2005 betrachtet, wobei zu bedenken ist, dass die DRG-Auswirkungen sich in den folgenden Daten noch nicht besonders stark niederschlagen werden, da sie erst in 2004 eingeführt wurden.

¹ Bei der Erwähnung eines Geschlechts ist auch das jeweils andere Geschlecht gemeint.

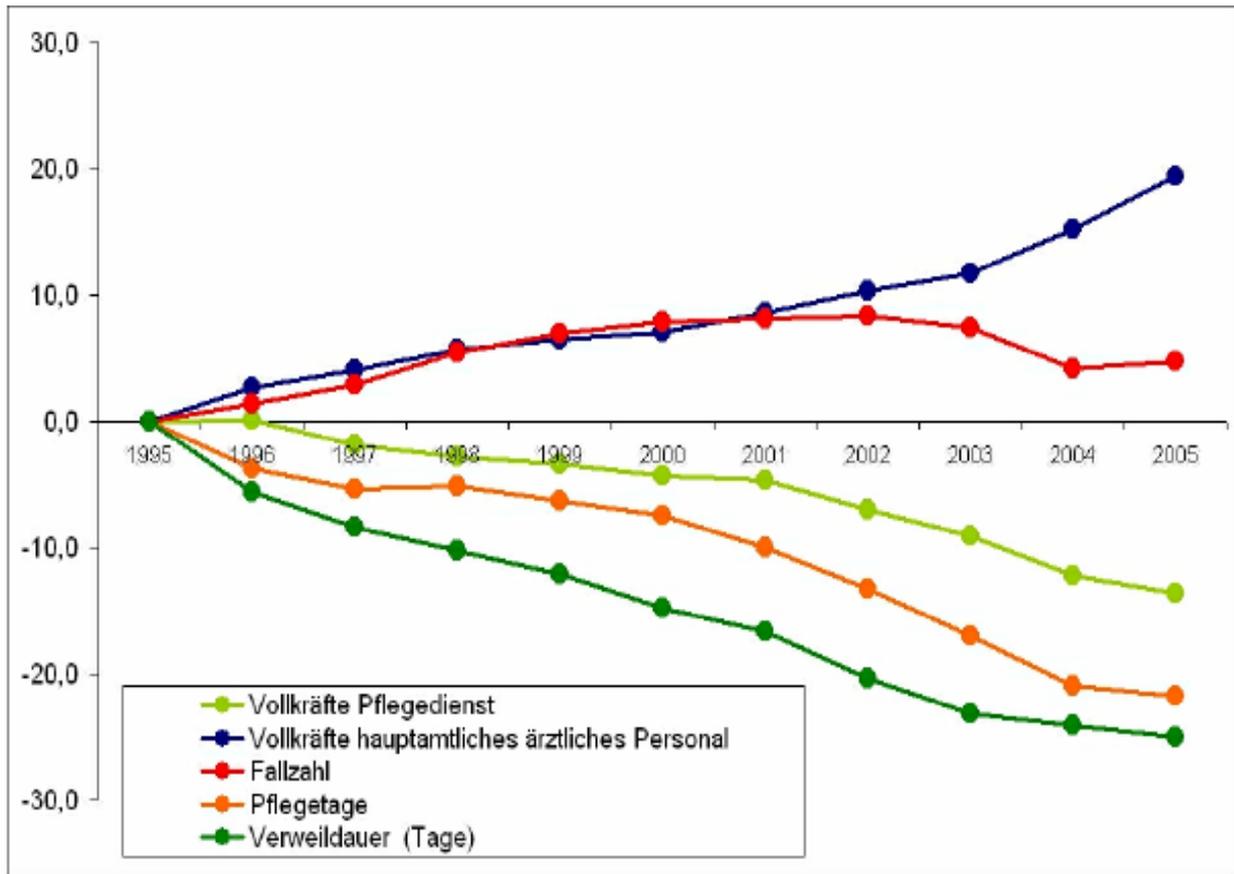


Abb. 1.1 Entwicklung wichtiger Parameter für die Arbeitsanforderungen in deutschen Krankenhäusern (ISFORT et al., 2007, S. 9)

Ausgehend von 1995 hat die Verweildauer relativ gesehen am stärksten abgenommen, nämlich um etwa ein Viertel. Nicht ganz so stark zeigt sich die Abnahme bei den Pfl egetagen, weil die Fallzahl zunächst deutlich zunahm, seit Einführung der DRG aber wieder geringer geworden ist. Diese Parameter weisen bei einer gleichzeitigen Reduktion von Betten und Krankenhäusern, die hier nicht dargestellt ist, auf eine deutliche Verdichtung der Arbeit hin, da bei der kürzeren Verweildauer die Krankheitsintensität der Patienten im Durchschnitt deutlich höher ist. Diese Entwicklung verstärkend kommt hinzu, dass bisher stationär durchgeführte invasive Eingriffe zunehmend ambulant ausgeführt werden, soweit der Gesundheitszustand der Patienten dies zulässt (RADAS, 2004). Alternativ bzw. ergänzend werden in vielen Krankenhäusern Patienten, die für elektive Eingriffe ohne zu erwartende Komplikationen (z. B. Arthroskopien, Koronarangiographien etc.) stationär aufgenommen werden, in sogenannten Kurzzeitstationen zusammengefasst (RIPPMANN et al., 2005; ROGGE, 2005) oder in Tageskliniken behandelt (z. B. DEBUS et al., 2005). Beide Maßnahmen – d. h. die Verlagerung stationär durchgeführter Eingriffe in den ambulanten Sektor sowie die Zusammenfassung „leicht“ erkrankter Patienten auf Kurzzeitstationen – führt zu einer „Entmischung“ der Patienten auf den Normalstationen in dem Sinne, dass dort nur noch schwerer erkrankte bzw. multimorbide Patienten behandelt werden. Die Anforderungen an die Arbeit aller Versorgungsberufe im Krankenhaus, insbesondere der patientennahen wie der Pflegenden und der Ärzte, ist also deutlich gestiegen. Dieser Anstieg hat sowohl quantitative als auch qualitative Dimensionen.

Vor diesem Hintergrund erstaunt die unterschiedliche Personalentwicklung der Ärztezahlen mit einem Anstieg von etwa 20 Prozent, während das Pflegepersonal im gleichen Zeitraum deutlich abgebaut wurde.

Die geschilderten Veränderungen beinhalten nicht nur eine stationsbezogene Verdichtung der Arbeit, sondern auch eine intensivere Einbeziehung der Funktions- und Diagnostikabteilungen, da bei den schwerer kranken und kürzer im Krankenhaus zu behandelnden Patienten Medizintechnik in Diagnostik und Therapie vermehrt eingesetzt werden muss.

Dieses stellt wiederum hohe Anforderungen an die Arbeitsorganisation innerhalb und zwischen den institutionellen Einheiten. Jede Art von Reibungsverlust durch mangelhafte Kommunikation oder durch die vielfältigen Schnittstellen kann zu einer Zunahme von Problemen führen und fatale Auswirkungen für die Patienten haben.

In den letzten Jahren haben sich für die Mitarbeiter aus dem Pflegebereich die Arbeitsbedingungen deutlich verändert. Die Definitionen des diagnosebezogenen Fallpauschalensystems beruhen auf medizinischen Diagnosen, die nachweislich einen sehr unterschiedlichen Pflegeaufwand erfordern können (EBERL et al., 2005; BARTHOLOMEYCZIK, 2002). Dies hat für die Pflege zur Folge, dass das System die Abbildung pflegerischer Leistungen nicht oder zu wenig vorsieht. Zum anderen haben sich, wie bereits gezeigt, Mitarbeiterzahlen reduziert bei einem gleichzeitigen Anstieg des Arbeitsaufwandes (ISFORT et al., 2007).

Daraus resultieren in Untersuchungen zur Arbeitssituation der Pflegenden deutliche Verschlechterungen der Arbeitszufriedenheit bei gleichzeitiger Zunahme der Arbeitsbelastung und der Arbeitsanforderungen, des Zeitdrucks und administrativer Tätigkeiten in der stationären Krankenpflege (u. a. BARTHOLOMEYCZIK, 2007b; GRABBE et al., 2007; SIMON et al., 2005; BRAUN et al., 2004). Teilweise werden diese Veränderungen direkt der Einführung der DRG-basierten Finanzierung zugeschrieben (BRAUN et al., 2005). Eine sich abzeichnende Folge ist der schlechte Gesundheitszustand der Pflegenden und der Wunsch, den Beruf zu verlassen (HASSELHORN et al., 2005). Erste Ergebnisse einer kleinen Studie zeigen, dass patientennahe Tätigkeiten anteilmäßig im Gesamt aller Tätigkeiten des Pflegepersonals abnehmen, dass die Kommunikation mit den Patienten in einem Zeitraum von zwei Jahren deutlich abgenommen hat und dass Pflegenden angeben, sie müssten wichtige pflegerische Aufgaben wie Prophylaxen, Anleitung und Beratung aus Zeitgründen weglassen (BARTHOLOMEYCZIK, 2007b; GALATSCH et al., 2007).

Die für das pflegerische Personal beschriebene Arbeitsverdichtung findet ebenfalls beim ärztlichen Personal statt. Neben den erhöhten Anforderungen an ärztliche Fertigkeiten fehlt es in vielen Krankenhäusern an ausreichend ausgebildetem Personal, was auf den allgemeinen Ärztemangel in Deutschland zurückzuführen ist. Als Ursachen für den Ärztemangel in Deutschland wurden in zurückliegenden Untersuchungen unter anderem die schlechten Arbeitszeiten in Krankenhäusern, sich verringern- de Möglichkeiten der fachlichen Spezialisierung, die Unvereinbarkeit von Privatleben und Beruf, die Hierarchiestrukturen in deutschen Krankenhäusern sowie – vor Einführung des Tarifvertrags für Ärzte im Jahr 2006 – die schlechte Bezahlung angege- ben (BORNSCHEIN et al., 2006; BMGS, 2004; MONTGOMERY, 2003).

Auch im ärztlichen Bereich lassen sich erste Veränderungen der Arbeitsbedingungen durch die Einführung der DRGs erkennen. Zunehmend beklagen Ärzte das Ausmaß an Dokumentationstätigkeiten (BMGS, 2004). Insgesamt hat sich die Arbeit intensiviert und die psychosoziale Betreuung der Patienten verschlechtert, was zu einer steigenden Arbeitsunzufriedenheit bei der Ärzteschaft führt (KLINKE, 2007). Auch wenn beispielsweise in der Schweiz ein Befragungsinstrument für Ärzte entwickelt wurde mit dem Ziel, Veränderungen der psychosozialen Belastungen und Beanspruchungen im Zeitverlauf zu erfassen (BOVIER et al., 2003), stehen aktuell Studien aus, die unmittelbar den Effekt der DRG-Einführung bzw. der Umstrukturierungen in der deutschen Krankenhausversorgung auf die Arbeitsbedingungen und die Arbeitszufriedenheit des Krankenhauspersonals untersuchen. Im Vergleich der Daten aus einer Befragung von Krankenhausärzten im Jahr 2005 mit den Befunden von Krankenhausärzten aus der COPSOQ-Validierungsstudie (Befragung in den Jahren 2003/2004, d. h. vor Einführung der DRGs) (NÜBLING et al., 2005) ergaben sich allerdings Hinweise auf u. a. erhöhte quantitative Belastungen und eine stärkere Unvereinbarkeit von Privatleben und Beruf der Ärzte im Zeitverlauf (RIEGER et al., 2007; FUß et al., 2007). Da hier allerdings die Angaben von zwei voneinander unabhängigen Kollektiven verglichen wurden und somit keine Längsschnittuntersuchung vorliegt, ist die Aussagekraft dieser Ergebnisse nur begrenzt.

Im Zeitalter der DRGs erhält die Kommunikation und Kooperation zwischen den Berufsgruppen eine zunehmende Bedeutung. Bei der allgemeinen Arbeitsverdichtung verschärfen Kommunikationsprobleme auf Station die Belastungen, erzeugen zusätzlichen Zeitaufwand und können letztlich zu einer verlängerten Verweildauer der Patienten führen. Neben Kommunikationsproblemen innerhalb des Teams (WITTICH et al., 2002) beschreiben Pflegende die Kommunikation zwischen Abteilungen und anderen Berufsgruppen als eher negativ (GRABBE et al., 2007). Pflegende erleben sich oft am Ende der Krankenhaushierarchie und berichten über Gefühle wie Enttäuschung, Verärgerung, Unzufriedenheit und Benachteiligung (HAMPEL, 2003), die wenig zur Entwicklung persönlicher Verantwortungskompetenz beitragen. Darüber hinaus scheinen die beiden Berufsgruppen lieber unter sich bleiben zu wollen, auch wenn es einen täglichen Informationsaustausch gibt (LUDERER et al., 2005). Viele differenzierte Informationen über die Patienten bleiben dadurch dem Zufall überlassen. Getrennte Dokumentationssysteme verstärken den schlechten Austausch über die Patienten, Behandlungs- und Pflegedefizite sind eine nahe liegende Folge.

Insgesamt scheint die Zusammenarbeit zwischen ärztlichem und pflegerischem Bereich durch eine hohe Konflikanfälligkeit geprägt zu sein. Allerdings ist für eine gute Kooperation der beiden Berufsgruppen die gegenseitige fachliche Anerkennung und Wertschätzung Voraussetzung. Ziel der Zusammenarbeit sollte es sein, mit einer guten Kommunikation und Kooperation die eigenen Arbeitsbedingungen zu verbessern, Arbeitszufriedenheit zu steigern und so für eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten im Krankenhaus zu sorgen. Die Notwendigkeit der Verbesserung der Zusammenarbeit der beiden Berufsgruppen wurde entsprechend auch als Schlussfolgerung einer US-amerikanischen Untersuchung herausgestellt als Maßnahme, um die Arbeitszufriedenheit des Krankenpflegepersonals zu erhöhen (ROSENSTEIN, 2002). Doch stellt die Verbesserung der Kommunikation zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal auch eine wichtige Maßnahme zur Erhöhung der Patientensicherheit dar (BENNER, 2007).

Die DRG-induzierte Verkürzung der Verweildauer, Verdichtung der Arbeit und unzureichende Personalausstattung hat in den USA zu einer Reihe von Untersuchungen geführt, die den Zusammenhang der Personalausstattung vor allem mit Pflegepersonal in Krankenhäusern mit einigen gesundheitsrelevanten Outcome-Parametern zum Gegenstand hatten. Ein neues Review im Auftrag der Agency for Health Research and Quality (AHRQ) ergab, dass eine bessere Ausstattung mit qualifizierten Pflegenden mit einer geringen Sterblichkeitsrate, weniger Herzstillständen, weniger im Krankenhaus erworbener Lungenentzündung und anderen negativen Folgen einhergeht (KANE et al., 2007). Die Patientensicherheit ist durch eine bessere Personalausstattung deutlich erhöht.

Die Situation der beiden Beschäftigtengruppen in den Krankenhäusern zu Beginn des ArbiK-Projekts kann als höchst verunsichert beschrieben werden. Dies zeigte sich auch in den während des Studienverlaufs durchgeführten Streiks im Jahre 2005, von denen die der Ärzte spektakulärer und damit sichtbarer waren und breiter diskutiert wurden. Die Jahre 2005-2007 brachten darüber hinaus eine Diskussion um eine Umverteilung der beruflichen Aufgaben mit sich, die zusammengefasst heißt, Ärzte durch vermehrte Delegation von Aufgaben an Pflegende zu entlasten, wobei Pflegende Aufgaben an Hilfskräfte weitergeben sollten. Öffentliche Äußerungen von Pflegedirektorinnen, die ihren Pflegedienst lobend hervorheben, weil dieser jedem Arzt eine Stunde Arbeit am Tag abnehmen könne, sind zu hören. Andererseits wird in diesem Diskurs auch ein Machtkampf identifiziert: "Es wird erbittert darum gerungen, dass es zu Verschiebungen kommt, die von Vorteil für die eine oder andere Berufsgruppe sind". Es ist eine Diskussion um "Macht und Einfluss, statt sich darum zu bemühen, die Gesundheitsversorgung besser zu organisieren und umzusetzen." (SCHRAPPE, 2007, S. 185).

Inzwischen gibt es eine gemeinsame Initiative des wichtigsten Pflegeberufsverbandes mit der zuständigen Gewerkschaft, die öffentliche Aufmerksamkeit vermehrt auf die Arbeitssituation in den Krankenhäusern zu lenken.

1.2 Ziel des Projektes

Vor dem Hintergrund der dargestellten aktuellen Veränderungen in der Patientenversorgung in den deutschen Krankenhäusern und der daraus resultierenden Arbeitsverdichtung war es Ziel dieses Projektes, einen Organisationsentwicklungsprozess auf sechs Stationen in Krankenhäusern der Maximalversorgung zu initiieren, zu begleiten und zu evaluieren. Dieser Prozess sollte zu einer nachhaltigen Verbesserung der Arbeitsbedingungen für den ärztlichen und pflegerischen Bereich beitragen.

Arbeitsbedingungen und ihre Auswirkungen auf die Beschäftigten lassen sich unterschiedlich operationalisieren. Hierbei werden in der Regel Belastungen (d. h. die Gesamtheit der von außen einwirkenden Faktoren) von Beanspruchungen (Auswirkungen der Belastungen auf den einzelnen Menschen in Abhängigkeit von seinen individuellen Voraussetzungen) unterschieden. Im Bereich der psychosozialen Belastungen und Beanspruchungen sind aktuell zwei Modelle führend und werden für empirische Untersuchungen herangezogen (NÜBLING et al., 2005): das von KARASEK (1979) formulierte „demand-control model“, das später von JOHNSON (1989) zum „demand-control-support model“ weiterentwickelt wurde, und das „effort-reward-

imbalance model“ (SIEGRIST, 1996, 2001). Beide Modelle wurden als theoretische Basis für das auch hier verwendete Befragungsinstrument COPSOQ (Anhang 1) verwendet (NÜBLING et al., 2005).

Der Fokus im Rahmen des Projektes „Arbeitsbedingungen im Krankenhaus“ (ArbiK) lag auf der Erfassung der Arbeitsbedingungen des pflegerischen und ärztlichen Personals und auf der Durchführung von Maßnahmen zu deren Verbesserung. Als Ausgang für die Intervention sowie als Grundlage der Evaluation sollten sowohl Belastungs- als auch Beanspruchungsfaktoren erfasst werden, die auf beide Berufsgruppen in ihrer Arbeit auf Station einwirken. Im Rahmen der Intervention sollte besonderes Augenmerk auf dem Bereich der Arbeitsorganisation und der Kommunikation – auch durch die organisatorische Schaffung von Kommunikations(zeit)räumen – liegen und damit Bereiche erfasst werden, die einer Intervention zugänglich sind. Als zentraler Bereich der Arbeitsorganisation auf Station sind besonders die gemeinsamen Visiten zu nennen, weil die Art ihrer Organisation Auswirkungen auf die gesamten Arbeitsabläufe auf Station hat. Für den ärztlichen Bereich sind die Arbeitszeiten und die Überstunden eine große Belastung. Zusätzlich zählt ein weiterer wichtiger Bereich zu den Belastungsfaktoren im Arbeitskontext: das soziale Umfeld (Kollegen der eigenen Berufsgruppe, Kollegen anderer Berufsgruppen, aber auch die Unterstützung durch Vorgesetzte). Besonders hier kommt es auf die Kommunikationsstrukturen und die Kooperation mit anderen Mitarbeitern auf Station an. Neben den beiden erst genannten beeinflussen noch weitere Punkte (individuelle Ressourcen z. B. Alter, berufliche Seniorität und externe Faktoren, wie Patientenzahl, gesetzliche Rahmenbedingungen) die Arbeit auf Station und können zu Belastungsfaktoren werden (Abb. 1.2).

Im Rahmen des Forschungsprojekts wurde versucht in den drei Bereichen Arbeitsstruktur, Arbeitsprozess und Soziales Arbeitsumfeld Entwicklungsprozesse gemeinsam mit beiden Berufsgruppen zu initiieren. Nicht verändert werden konnten im Projekt z. B. die externen Faktoren oder die individuellen Ressourcen.

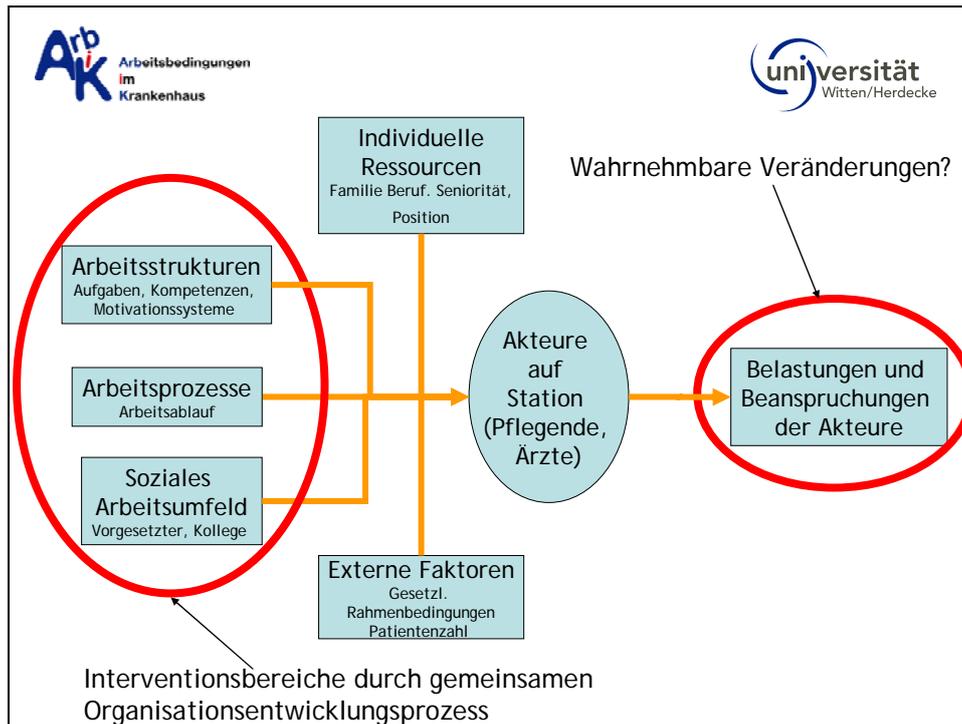


Abb. 1.2 Interventionsmodell

1.3 Inhalt des vorliegenden Berichts

Dieser Bericht beschreibt das Vorgehen im Rahmen der Studie, Ergebnisse der Ist-Analyse, der Evaluation und vor allem den Organisationsentwicklungsprozess.

Die Inhalte sind wiedergegeben, wie sie sich im Projekt darstellten, d. h. sie spiegeln exemplarisch wichtige Problempunkte in der Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärzten auf Station wieder. Diese Probleme sind nicht immer die Hauptschwierigkeiten auf einer Station, sie wurden im Rahmen des Projektes jedoch als wesentlich und beeinflussbar herausgearbeitet. In anderen Krankenhäusern könnten jedoch auch Themenfelder von Bedeutung sein, die im vorliegend beschriebenen Projekt nicht gesondert betrachtet wurden.

Als letzter Abschnitt, im Ausblick, wird ein Handlungskonzept beschrieben, welches es Lesern ermöglicht, einen vergleichbaren Organisationsentwicklungsprozess in einer anderen Einrichtung bzw. auf der eigenen Station zu initiieren und durchzuführen.

Der Bericht richtet sich in erster Linie an Personen in Führungspositionen, Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit, aber auch an Qualitätsbeauftragte und alle weiteren Interessierten in Krankenhäusern.

2 Hauptteil

Das Forschungsprojekt „Arbeitsbedingungen im Krankenhaus“ (ArbiK) wurde in der Zeit von Mai 2005 bis Mai 2007 in drei Projektkrankenhäusern der Maximalversorgung auf je zwei Projektstationen durchgeführt und ist forschungsmethodisch als Praxisstudie mit Interventionsdesign angelegt. Einer Ist-Analyse folgt die Interventionsphase, deren Auswirkungen abschließend untersucht werden.

2.1 Organisationstheoretischer Hintergrund

2.1.1 Elemente der systemischen Analyse für den Krankenhausbereich

Die organisationstheoretische Fachliteratur zeichnet sich mittlerweile durch eine Vielfalt von theoretischen Auffassungen und Konzepten aus. Historisch lassen sich die Phasen der „Klassischen Organisationstheorien“, der „Neoklassischen Organisationstheorien“ und die der „Modernen Organisationstheorien“ unterscheiden. Zu den klassischen Organisationstheorien zählen z. B. traditionelle Managementtheorien, zu den neoklassischen Theorien u. a. der Human Relation Ansatz, und zu den modernen Organisationstheorien der systemorientierte Ansatz (SIEDENBIEDEL, 2001).

Interventionen in Organisationen setzen voraus, dass die Perspektive, mit der die Projektverantwortlichen auf die Organisation schauen, eindeutig definiert wird. Für die vorliegende Studie nutzte das Projektteam einen systemischen Organisationsentwicklungsansatz. Die Organisation wird in diesem Ansatz definiert als *„... ein mehrdimensionales „soziales System“, das zwar ein eigenes Innenleben hat, aber eigentlich nur existiert und existieren kann, indem es ein Subsystem von größeren Systemen ist bzw. mit anderen Systemen kommuniziert und Beziehungen aufbaut“* (KÖNIGSWIESER, HILLEBRAND 2005:30). Die Systemtheorie ist ein theoretischer Erklärungsversuch, wie Handlungen von Akteuren in einem System und die Wirkungen dieser Handlungen im Zusammenhang stehen. Sie basiert, wie KÖNIGSWIESER und HILLEBRAND ausführlich darstellen, auf einem aus der griechischen Philosophie stammenden Konzept der Interpretation der Wirklichkeit. Eine umfassende Systemtheorie wurde aber erst zu Beginn des vergangenen Jahrhunderts entwickelt und in den 50er Jahren dieses Jahrhunderts u. a. durch Niklas LUHMANN in die Sozialwissenschaften übertragen (KÖNIGSWIESER et al., 2005). Niklas LUHMANN beschreibt die moderne Gesellschaft als eine funktional differenzierte Gesellschaft, die sich in unterschiedliche selbstständige Bereiche (Systeme), z. B. Wirtschaftssystem, Politik, Recht, Gesundheitssystem, Wissenschaft, Erziehung/Bildung, Religion, Kunst etc., aufteilt. Er nennt diese Teilsysteme die Funktionssysteme, an denen die Person Teilhabe hat oder Ausschluss erfährt (LUHMANN, 1997). Nach LUHMANN besteht zur weiteren Konkretisierung innerhalb eines Funktionssystems die Möglichkeit, nach systemeigenen Kriterien nochmals zu differenzieren. Innerhalb des Gesundheitssystems beispielsweise kann das Funktionssystem Medizin vom Funktionssystem Pflege differenziert werden.

Ein zentraler Begriff der neueren Systemtheorie ist der Begriff der Komplexität, der verdeutlichen soll, dass die so genannten modernen Gesellschaften und die sozialen Beziehungen vielschichtig miteinander vernetzt sind. Die Vielschichtigkeit drückt den Grad der funktionalen Differenzierung eines Sozialsystems aus und die Anzahl der

Ebenen oder auch gesellschaftlichen Einheiten, die analytisch und empirisch unterschieden werden müssen zur Erklärung von Interventionswirkungen (WILLKE, 2000). Der Begriff der Komplexität beschreibt einen „... *nicht linearen, nichtmechanistischen, nichtdimensionalen Zusammenhang zwischen Innengeschehen und Umweltgeschehen*“ (KÖNIGSWIESER et al., 2005:31).

Von besonderem Interesse für den systemorientierten Ansatz der Organisationsentwicklung ist der Aspekt der Kommunikation im Rahmen der Systemstruktur, d. h. die Kommunikation im Netzwerk der Beziehungen zwischen den Akteuren eines Systems. LUHMANN sieht in der Kommunikation das konstituierende Moment eines sozialen Systems. Die Akteure in einer Organisation sind die Menschen mit den unterschiedlichsten Zielen, Kompetenzen und Bedürfnissen. Sie sind sowohl Teil eines beruflichen Systems, der Organisation, als auch Teil ihres privaten Raumes in unterschiedlichen gesellschaftlichen Teilsystemen. Die Dynamik ihres komplexen beruflichen Systems ist gekennzeichnet durch permanente Kommunikation, auf die die Komplexität zwischenmenschlicher Beziehungen und die Anforderungen der beruflichen Aufgaben und Funktionen Einfluss haben. "In Anlehnung an die Prämissen des sozialen Konstruktivismus als eine Ausdifferenzierung des systemtheoretischen Ansatzes kommt deswegen der Sprache eine zentrale Bedeutung zu. Wenn wir sprechen, so ist das Gesprochene ein Ergebnis unserer Art, die Welt zu erleben; wenn andere hören, was wir sagen, kann es die Wirklichkeit, in der sie leben, verändern. In dieser Weise ist Sprache sowohl 'Produkt als auch Produzent menschlicher Wirklichkeit (MEIXNER, 1997)'." (JÖRG, 2007).

Zur Reduzierung dieser Komplexität dienen u. a. Rituale, stereotype Verhaltensweisen und auch Vorurteile und Gewohnheiten. Die Organisation steuert sich über geteilte Rituale und Rollenzuteilungen, über Hierarchien und Standardisierungen von Vereinbarungen und Kommunikation über Wissen und Informationen. Informationen können nach Königswieser et al. (2005) aus systemtheoretischer Sicht nicht über die Grenzen der einzelnen Systeme hinaus ausgetauscht werden, da im Prozess der Kommunikation Gesagtes und Gehörtes als so genannte „Codes“ nur verstanden werden können, wenn die Struktur des jeweiligen Systems verstanden wird. Die durch die sozialen Prozesse in den einzelnen Teilsystemen etablierte Reduktion der Komplexität im System muss interpretiert (decodiert) werden können, die Sprache und die Nutzung der Sprache verstanden werden. Der Austausch von Informationen über die eigenen Systemgrenzen hinaus bedingt einen Transformationsprozess.

Die Gestaltung nachhaltiger Veränderungsprozesse im Krankenhaus bedeutet daher immer einen Eingriff in eine Organisation, d. h. in ein komplexes System, in dem sich ein großes Spektrum individueller, sozialer, gesellschaftlicher und materieller Faktoren widerspiegelt. Organisationen und ihre Teilsysteme führen ein Eigenleben, welches sich nicht immer vollständig von außen analysieren lässt. Interventionen in ein System z. B. durch externe Berater bedeuten immer, dass diejenigen, die intervenieren, selbst Teil der Systemprozesse werden und dadurch immer grundsätzlich Wechselwirkungen ausgelöst werden. Es ist daher auch Aufgabe in einer Interventionsstudie, über Beobachtungen auf der Metaebene den Einfluss der Wechselwirkungen zu erkennen und zu reflektieren. KÖNIGSWIESER et al. (2005) verweisen auf den Ansatz der reflexiven Selbstreferenz von v. FOERSTER, sowie (nach PIAGET) auf die Bedeutung des Feedbacks in einem System, in dessen Mittelpunkt das Lernen des Lernens steht.

Die Teilsysteme in Organisationen folgen ihren eigenen, sich aus der Aufgabe als Funktionssysteme ergebenden Rationalitäten. Interne Organisationsstrukturen, Sinnkonstruktionen und Interpretationen der „Wirklichkeit“ verleihen den Teilsystemen und der Gesamtorganisation Sicherheit, sie beeinflussen aber gleichzeitig die Chancen, auf Veränderungen der Umweltsysteme zu reagieren und sich anzupassen.

2.1.2 Change Management als Veränderungsunterstützung

In den neueren Managementlehren gilt Change Management (CM) als effizientes Managementkonzept, um notwendige und längerfristige Veränderungen mit den betroffenen Akteuren gemeinsam zu gestalten. Change Management wird definiert als Prozess, in dem - mit Hilfe von Instrumenten und Techniken - Strukturen, Strategien, Menschen, Prozesse, Kulturen, Wissen und Abläufe verändert werden. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der die Menschen betreffende Seite von Organisationsveränderungen. Das Ziel von CM ist, durch die Verwendung von Maßnahmen zur ganzheitlichen Planung, Steuerung und Kontrolle und Anpassung von Veränderungen mit den betroffenen Menschen gemeinsam die sich verändernden Unternehmenserfolge zu erreichen (KLUGE 2007). Es beinhaltet die Lenkung und Steuerung tief greifender Veränderungsprozesse mit dem Ziel der Effizienzverbesserung.

Wird, von der systemischen Organisationstheorie ausgehend, eine Organisation als sozio-technisches System definiert, in dem Strukturen, Prozesse und Technologien ein Netz von Verflechtungen und Beziehungen darstellen, bedeuten Interventionen in solch ein System immer nur eine Veränderungsunterstützung. Die Beteiligten sollen durch Change Management im Prozess der Suche nach neuer Identität, Werten und Zielen sowie neuen Kommunikations- und Informationscodes begleitet werden.

Die unterschiedlichen konzeptionellen CM-Phasenmodelle beinhalten in den meisten Fällen folgende Phasen:

- die Unterstützung bei der Sensibilisierung des Bewusstseins für die Notwendigkeit von Veränderungen („Auftauen“),
- die Stärkung der Motivation, sich in Veränderungsprozessen zu engagieren und sich Wissen anzueignen, wie die Veränderungsaktivitäten durchgeführt werden können,
- die Implementierung von strukturellen oder auch prozessorientierten Veränderungen („Verändern“),
- das „Einfrieren“ nach dem Lewinschen Veränderungsmodell, d. h. Verstärkungs- und Belohnungsmechanismen im System zu etablieren, welche den Nutzen der Veränderungen sichern.

Eine Begleitung von CM-Prozessen bedeutet aktive Unterstützung auch in der Implementierungsphase und in der Phase des „Einfrierens“.

CM-Konzepte gehen davon aus, dass Veränderungen in einer Organisation die Einbindung von Menschen auf den unterschiedlichen Hierarchieebenen der Organisation benötigen und dass die Unterstützung des gesamten Managements der Schlüssel für eine erfolgreiche und nachhaltige Veränderung ist.

Der systemtheoretische Organisationsentwicklungsansatz betont sowohl die Komplexität auf den Sach- und den Beziehungsebenen innerhalb der Teilsysteme, als auch die Komplexität der Umwelt. Diese Komplexität bedingt ein hohes Konfliktpotential, welches auf die Handlungsfähigkeit des Systems Einfluss hat. Es stehen den Handelnden unterschiedlichste Alternativen für Entscheidungen zur Verfügung. Zur Sicherstellung der Handlungsfähigkeit und Stabilität des Systems muss dabei unter anderem die Frage der Relevanz der Einflussfaktoren geklärt werden. Es müssen weiterhin strategische Entscheidungen auf der konkreten Aktivitätenebene gefällt werden, um Veränderungen sicherzustellen.

Interventionen im Kontext von Case Management bedeuten Unterstützung bei der Konfliktbewältigung im Veränderungsprozess.

2.2 Methodisches Vorgehen

2.2.1 Studiendesign

Das Projekt wurde als praxisnahe Praxisstudie mit Interventionsdesign durchgeführt, die jeweils eine Basisuntersuchung und eine Evaluationsphase beinhaltet. Die Einbettung in die Praxis bedingte, dass die Intervention nicht inhaltlich einheitlich durchgeführt werden konnte, sondern sich der Organisationsentwicklungsprozess jeweils an den Themen der Projektstationen ausrichtete. In der Basisuntersuchung, vor Beginn der Intervention, wurde der aktuelle Status der individuellen Belastungen sowie der Team- bzw. Organisationsfunktionalität mit einem standardisierten Fragebogen erfasst. Weiter wurden der Veränderungsbedarf und aktuelle Problemfelder aus Sicht der Projektteilnehmer erhoben. Nach Ende der Intervention wurden vergleichbare Informationen sowie die Beurteilung der erlebten Veränderungen und des Projektes insgesamt erfragt. Die Fragebögen wurden jeweils berufsgruppenspezifisch formuliert, d. h. es gab eine Version für das pflegerische und eine für das ärztliche Personal (vgl. „Arbik“-Fragebogen im Anhang 1a und 1b bzw. 2a und 2b).

Um die vor und nach der Intervention erhobenen Daten personenbezogen zuordnen zu können, wurden die Studienteilnehmer gebeten, ein Passwort auf dem Fragebogen anzugeben. Somit stand die analog vor und nach der Intervention erhobene Information zur Evaluation der Intervention (ØVRETVEIT, 2002) für einen exakten Prä/Postvergleich und – über die Bildung individueller Differenzwerte – für die Untersuchung eventueller differentieller Effekte zur Verfügung.

Wesentliches Element der Konzeption ist die Einbettung der Studie als Mitarbeiterbefragung in die Organisation (BORG, 2003). Die Präsentation und Rückführung der Ergebnisse sind wesentlicher Teil der Maßnahme und im vorliegenden Fall Bestandteil der Intervention. Die Ergebnisse der Befragung in der Basisuntersuchung gehen in die inhaltliche Planung der Interventionen ein.

Der Fragebogen, der vor (t1) und nach (t2) der Intervention verwendet wurde, bestand aus mehreren Komponenten: zum einen wurden Skalen aus der deutschen Version des Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ; NÜBLING et al., 2005) verwendet, zum anderen Einzelfragen

- zu wichtigen Gründen für Probleme im Arbeitsablauf,
- zum Veränderungs-/Verbesserungsbedarf (t1) bzw. erlebten Veränderungen (t2) und
- zur Zusammenarbeit auf Station.

Nach der Intervention wurde zudem die Zufriedenheit mit dem Projekt erfasst (Tab. 2.1).

Tab. 2.1 Komponenten des Erhebungsinstruments zum Zeitpunkt t1 und t2

	gleichbleibende Komponenten	angepasste Komponenten	neue Komponente in t2
t1	psychosoziale Belastungen und Beanspruchungen (COPSOQ-Skalen) Zusammenarbeit auf Station	Veränderungsbedarf, Problembereiche	
t2	psychosoziale Belastungen und Beanspruchungen (COPSOQ-Skalen) Zusammenarbeit auf Station	erlebte Veränderungen	Projekteinstufung

2.2.2 Instrumente

COPSOQ

Zur Erhebung individueller psychosozialer Belastungen und Beanspruchungen bei der Arbeit wurde ein Großteil der deutschen Version des COPSOQ verwendet (NÜBLING et al., 2005) (vgl. z. B. Anhang 1, 1a). Mit diesem skalenbasierten Instrument wird der Bereich der psychischen Belastungen und Beanspruchungen bei der Arbeit sehr umfassend abgedeckt. Durch eine Kooperation mit Herrn Dr. NÜBLING, Freiburger Forschungsstelle für Arbeits- und Sozialmedizin, war sichergestellt, dass im Rahmen des vorliegenden Projektes auf die Auswertungsalgorithmen und die Ergebnisse aus der COPSOQ-Validierungsstudie zurückgegriffen werden konnte. Dadurch war es möglich, die in den Projektkrankenhäusern ermittelten Werte mit den Angaben von Pflegenden und Ärzten aus den Jahren 2003/2004 zu vergleichen, d. h. aus einem Zeitraum vor Einführung der DRG-basierten Finanzierung in Deutschland. Entsprechend der Vorgaben zur Auswertung des Instrumentes wurden einzelne Items jeweils zu Skalen zusammengefasst analysiert. Zugleich wurden die Angaben zu den einzelnen Items von der ursprünglichen fünfstufigen Likert-Skala auf eine Skala von 0 bis 100 transformiert.

Für die Zweitbefragung wurde auf die Skala „Work Family Conflict“ verzichtet und die „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ stattdessen bei den im Jahr 2006 erlebten Veränderungen aufgeführt (Tab. 2.2).

Tab. 2.2 Im Fragebogen verwendete Skalen der dt. COPSOQ-Version (NÜBLING et al., 2005)

Skala	Anzahl der verwendeten Items	Anmerkungen
Quantitative Anforderungen	4	
Emotionale Anforderungen	1	Kein Vergleich mit den Daten der COPSOQ-Validierungsstudie auf Skalen-Ebene möglich
Work Family Conflict (Netemeyer)	5	Nur im Fragebogen der Ist-Analyse (t1)
Einfluss bei der Arbeit	4	
Entscheidungsspielraum	4	
Entwicklungsmöglichkeiten	3	
Bedeutung der Arbeit	3	
Verbundenheit mit Arbeitsplatz	4	
Vorhersehbarkeit	2	
Rollenklarheit	4	
Rollenkonflikt	4	
Führungsqualität	4	
Soziale Unterstützung	4	
Feedback/Rückmeldung	2	
Soziale Beziehungen	1	Kein Vergleich mit den Daten der COPSOQ-Validierungsstudie auf Skalen-Ebene möglich
Gemeinschaftsgefühl	3	
Mobbing	2	Das Einzelitem der dt. COPSOQ-Version wurde getrennt in der Frage nach „Kollegen“ und „Vorgesetzten“ verwendet. Für den Vergleich mit den Daten der COPSOQ-Validierungsstudie wurde das Item herangezogen, das den geringeren Wert aufwies
Arbeitsplatzunsicherheit	5	Skalenvergleich mit den Daten der COPSOQ-Validierungsstudie über eine Skala aus 4 Items möglich

Skala	Anzahl der verwendeten Items	Anmerkungen
Gedanke an Berufsaufgabe	2	1 zusätzliche Frage nach Aufgabe der „Stelle“ aufgenommen, die nicht in den Vergleich mit den Daten aus der COPSOQ-Validierungsstudie einfließt
Arbeitszufriedenheit	7	
Derzeitiger Gesundheitszustand	1	
Copenhagen Burnout Inventory (CBI)	6	
Kognitive Stresssymptome	4	
Führungsqualität der übergeordneten Führungskraft	4	selbst entwickelte Skala, keine Möglichkeit des Vergleichs mit den Daten der COPSOQ-Validierungsstudie

Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegenden

Für wesentliche weitere Aspekte wurden relevante Fragen zur Teamfunktionalität, Schnittstellen und Arbeitsorganisation integriert. Für die Erhebung des Arbeitsablaufs und der Arbeitsorganisation wurde in Teilen das Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus (TAA-KH-S) (BÜSSING et al., 2002) verwendet. Daneben wurden Aspekte der Arbeitszufriedenheit (NEUBERGER et al., 2004; FISCHER et al., 2004), der Mitarbeiterzufriedenheit (FISCHBECK et al., 2005), der Teamfunktionalität und des Organisationsklimas (BORG, 2003; KAUFFELD, 2006) erfasst (vgl. S. 6 bis 13 im Fragebogen, Anhang 1).

Veränderungsbedarf und Problembereiche

Für die Ist-Analyse wurden projektspezifische Fragen zu Veränderungsbedarf und Problembereichen bei der Arbeit auf Station entwickelt (vgl. S. 2 bis 7, Anhang 2a der Ist-Analyse). Die entsprechenden Frageninhalte wurden für die Zweitbefragung derart umformuliert, dass die im Jahr 2006 erlebten Veränderungen einbezogen wurden (vgl. S. 2 bis 7 im Fragebogen der Zweitbefragung, Anhang 2).

Zu den Bereichen, für die der Veränderungsbedarf und die Probleme (Ist-Analyse) bzw. erlebten Veränderungen (Zweitbefragung) erfragt wurden, wurden Aspekte der Zusammenarbeit und Wertschätzung von Pflegenden und Ärzten hinzugefügt. Darüber hinaus wurden Fragen eines Expertenpanels und einer Literaturrecherche berücksichtigt. Am Expertenpanel hatten Mitarbeiter aller Hierarchieebenen der beiden Berufsgruppen teilgenommen. In einer moderierten Focusdiskussion wurden die Experten gebeten, sowohl die beruflichen Bedingungen ihrer eigenen Berufsgruppe als auch die der jeweiligen anderen Berufsgruppe aus ihrer jeweils individuellen, spezifischen Perspektive zu beschreiben, die durch Berufszugehörigkeit und hierarchische Position gekennzeichnet ist. So konnten aus den Ergebnissen dieser Expertendiskussion Variablen für das Befragungsinstrument entwickelt werden. Am Anfang der

Diskussion stand die Impulsfrage: „*Welches sind die Einflussfaktoren, die für Sie persönlich in Ihrer Position in Ihrem beruflichen Alltag bestimmend sind?*“.

Projekteinstufung

In der Zweitbefragung wurde die Bewertung des Projektes im Hinblick auf die Projektorganisation, die Information über das Projekt auf Station, das Erleben der inhaltlichen Arbeit und die Auswirkungen des Projektes erfragt.

Pretest

Die Fragebogenversionen für die Ist-Analyse und die Zweitbefragung wurden in einem Pre-Test auf Verständlichkeit und die für das Ausfüllen benötigte Zeit bei Pflegenden und Ärzten getestet. Für die Endversion des Fragebogens waren, basierend auf den Ergebnissen des Pre-Tests, geringfügige Modifikationen erforderlich.

2.2.3 Ethikvotum, Statistische Auswertung, Ergebnisdarstellung

Im Vorfeld der Studie wurde der Forschungsplan der Ethikkommission des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke vorgelegt, ein ethisches Clearing erfolgte. Zusätzlich wurde mit den teilnehmenden Krankenhäusern ein Kooperationsvertrag geschlossen, der den Projektablauf abbildete und auch einen möglichen Ausstieg aus der Studie vorsah. Darüber hinaus wurde die Zustimmung des Personalrats der teilnehmenden Häuser eingeholt.

Nach Dateneingabe und Datenkontrolle erfolgte die Datenauswertung mit dem Programmpaket SPSS for Windows 12.0.7. In deskriptiven Darstellungen wurden absolute und prozentuale Häufigkeitsangaben, arithmetische Mittelwerte und die dazugehörigen Standardabweichungen verwendet. Zur Überprüfungen kategorialer Zellohäufigkeiten wurde der Chi²-Test durchgeführt. Zur Berechnung von Korrelationen wurde der Pearson-Koeffizient verwendet. Mittelwertvergleiche wurden als Varianzanalysen und t-Tests durchgeführt, der Fragestellung entsprechend für abhängige Stichproben bei Messwiederholungen oder unabhängige Stichproben bei Gruppenvergleichen. Die dargestellten exakten Signifikanzniveaus entsprechen jeweils zweiseitigen Tests. Die Benennung im Text folgt den etablierten Konventionen ($p < .05^*$ signifikant, $p < .01^{**}$ sehr signifikant, $p < .001^{***}$ hochsignifikant), Werte mit $p < .10$ bezeichnen statistische Tendenzen. Neue explorative Skalenbildungen erfolgten auf der Grundlage von Faktorenanalysen (PCA) mit anschließender Varimax Rotation. Die Anzahl der zu extrahierenden Faktoren wurden nach dem Kaiser-Kriterium bestimmt (Eigenwert > 1). Zur Bewertung der Angemessenheit bei explorativen Faktorenanalysen wurde der Bartlett-Test auf Nicht-Sphärizität und das Keyser-Meyer-Olkin Maß herangezogen. Neu gebildete Skalen wurden auf interne Konsistenz und Reliabilität geprüft. Verwendet wurde hierbei Cronbach's Alpha. Bei Multiplen Regressionen wurden die unabhängigen Variablen entsprechend der theoretischen Vorannahme in das Modell aufgenommen.

Die Skalen aus der deutschen COPSOQ-Version wurden entsprechend der Vorgaben der Autoren (NÜBLING et al., 2005) auf einen Wertebereich von 0 bis 100 transformiert.

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt jeweils auf der Basis der für die jeweilige Fragestellung vorliegenden gültigen Antworten.

2.2.4 Auswahlprozess der teilnehmenden Projektstationen

Entsprechend der Anforderungen des Auftraggebers war vorgesehen, dass drei Krankenhäuser der Maximalversorgung mit jeweils zwei Stationen in das Projekt eingeschlossen werden sollten.

Die Suche nach Kooperationspartnern für das Forschungsprojekt wurde besonders in der Phase des Jahres 2005 erschwert, in der Streiks der nicht-ärztlichen und später der ärztlichen Beschäftigten in Krankenhäusern die Rahmenbedingungen für die Studie prägten.

In den Krankenhäusern erfolgte der Erstkontakt für die Studie in der Regel über die Pflegedirektoren, die kaufmännische Leitung und der ärztliche Direktor wurde dann in einem zweiten Schritt angesprochen, gefolgt von der Information der Personalvertretung.

Nach der Zusage der Teilnahme konnten die Krankenhäuser die Projektstationen selber auswählen. Es war dabei wichtig, Stationen zu finden, die ein Interesse an Veränderungen in der Zusammenarbeit der beiden Professionen hatten.

In zwei Krankenhäusern konnten jeweils, wie geplant, eine chirurgische und eine internistische Projektstation ausgewählt werden. In einem Krankenhaus wurde neben der internistischen Station eine neonatologische Intensivstation ausgewählt.

2.2.5 Strukturen der Interventionsstudie

Im Rahmen der Studie wurde ein interdisziplinäres **Projektteam** an der Universität Witten/Herdecke zusammengestellt, welches sich aus unterschiedlichen Berufsgruppen zusammensetzte. Aus dem Bereich der Pflegewissenschaft waren zwei Wissenschaftler mit Berufserfahrung im Krankenhaus vertreten. Für den Bereich der Medizin beteiligten sich zwei Wissenschaftlerinnen mit Fachweiterbildung zur Internistin bzw. zur Arbeitsmedizinerin. Eine Wirtschaftswissenschaftlerin war für die Prozessgestaltung- und -moderation in den begleiteten Interventionen zuständig. Ergänzt wurde das Projektteam durch zwei Psychologen mit Erfahrung in der Supervision von Krankenhausbeschäftigten bzw. entsprechenden Evaluationsstudien aus dem Universitätsklinikum Freiburg. Das Projektteam entwickelte gemeinsam den Fragebogen und begleitete die Projektgruppenarbeit vor Ort (Abb. 2.1).

In den Projekthäusern wurden **Projektgruppen** sowie **Steuerungsgruppen** gebildet. Die Projektgruppe setzte sich aus Mitarbeitern beider Berufsgruppen der Interventionsstation zusammen. Aufgabe der Projektgruppe war es, Maßnahmen der Interventionsphase zu planen und durchzuführen. Darüber hinaus sollte sie die Kollegen bei der Umsetzung der Interventionen unterstützen und begleiten sowie die Steuerungsgruppe über den Projektablauf informieren. Die Steuerungsgruppe setzte sich aus Vertretern leitender Pflege- und Arztfunktionen zusammen. Sie diente der Beratung und Unterstützung der Projektgruppe und sollte für den Ablauf notwendige Entscheidungen auf Makroebene vornehmen. Wichtig war, dass die geplanten Interventionen der Projektgruppe durch die Steuerungsgruppe unterstützt wurden und so eine Verbindlichkeit für die geplanten Interventionen entstand.

In jedem der drei Krankenhäuser wurde eine **Kontaktperson** für beide Projektstationen benannt, die als Ansprechpartner vor Ort diente. Alle Kontaktpersonen waren

organisatorisch dem Bereich Pflege zugeordnet, zwei waren Mitarbeiter in der Fort- und Weiterbildung der Krankenhäuser, eine arbeitete als Pflegewissenschaftlerin in der Pflegedirektion.

2.2.6 Ablauf der Studie in den Krankenhäusern

Die Durchführung des Projektes wurde in allen drei Projektkrankenhäusern ähnlich gestaltet, wobei sich der Beginn auf den Stationen aus Organisationsgründen zeitlich unterschied. Der Ablauf der Studie gliederte sich in unterschiedliche Phasen (Abb. 2.1).

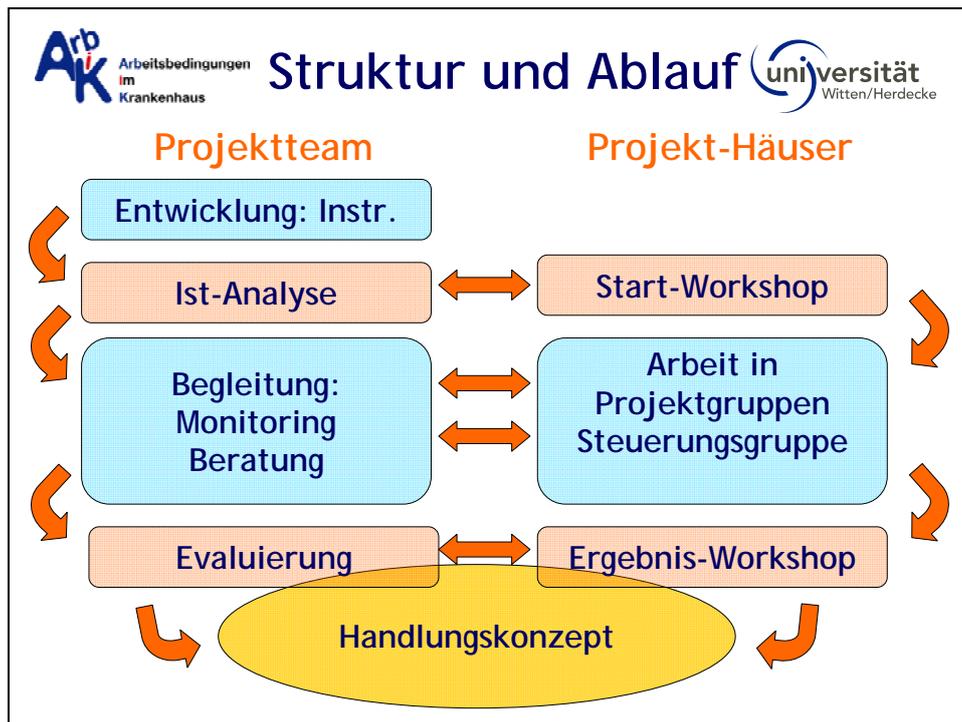


Abb. 2.1 Struktur und Ablauf des Projekts

IST-Analyse

Die Daten zur Ist-Analyse wurden jeweils über einen Zeitraum von vier Wochen mittels des beschriebenen standardisierten Fragebogens auf den Projektstationen im Zeitraum von November 2005 bis März 2006 erhoben. In Krankenhaus 1 (Station A und B) wurde die Befragung im November 2005 durchgeführt, das Krankenhaus 3 begann mit der Befragung auf den Stationen E und F aus organisatorischen Gründen erst im März 2006. Befragt wurden jeweils alle Mitarbeiter des pflegerischen Stationsteams sowie alle Ärzte des Klinikbereichs bzw. der Abteilung, der die Projektstation organisatorisch zugeordnet war. Die Befragung aller Ärzte eines Klinikbereichs bzw. einer Abteilung erfolgte vor dem Hintergrund, dass die Ärzte in den Krankenhäusern aufgrund der üblichen Rotation auf verschiedenen Stationen tätig waren und dass nur durch den Einschluss aller Ärzte in die Befragung ein potentieller Vergleich zu beiden Erhebungszeitpunkten möglich wurde.

Die Verteilung der Fragebögen wurde von den Projektkrankenhäusern selbst organisiert. Jedem Fragebogen lag ein Anschreiben der Universität Witten/Herdecke bei, in dem nochmals auf das Forschungsprojekt eingegangen und der Ablauf beschrieben wurde.

Startworkshop

Die Ergebnisse der Ist-Analyse wurden jeder Station auf einem Startworkshop vorgestellt. Zum Startworkshop wurden alle pflegerischen und ärztlichen Mitarbeiter der Interventionsstation (Pflege) bzw. der Abteilung (Ärzte) sowie Mitarbeiter der Führungsebene (Steuerungsgruppe) eingeladen. Für beide Berufsgruppen eine passende Tageszeit für den Startworkshop zu finden, gestaltete sich relativ schwierig. Die Uhrzeit der Startworkshops wurde in den verschiedenen Krankenhäusern nach unterschiedlichen Gesichtspunkten festgelegt: in einigen Abteilungen wurde auf die Besprechungszeiten der Ärzte zurückgegriffen, was dazu führte, dass nur wenige Pflegende teilnehmen konnten. Auf anderen Projektstationen dagegen fand der Startworkshop in der Mittagszeit statt, sodass prozentual mehr Pflegende als Ärzte anwesend waren.

Die Veranstaltung gliederte sich in eine Ergebnispräsentation und einen Diskussions teil. In der sich anschließenden Diskussion hatten die Mitarbeiter die Möglichkeit, zu den Ergebnissen aus der Befragung Stellung zu nehmen. Ziel dieser Diskussion war es, die Ergebnisse der schriftlichen Befragung mit der tatsächlich empfundenen Situation auf Station zu vergleichen und vor diesem Hintergrund zu interpretieren.

Direkt im Anschluss an den Startworkshop fand ein erstes Treffen mit den Mitgliedern der neu gebildeten Projektgruppe statt. Hier wurde die Diskussion aus dem Startworkshop aufgenommen und die identifizierten Problembereiche weitergehend analysiert. Die Teilnehmer der Projektgruppe nutzten die Möglichkeit, die potentiellen Interventionsbereiche aus den Ergebnissen des Fragebogens, um weitere Problembereiche zu erweitern. Die aufgelisteten Problembereiche wurden von den Projektgruppenmitgliedern mittels Punktabfrage priorisiert. Ziel der Bewertung war es, die Problembereiche auszuwählen, in denen nach Ansicht der Teilnehmer mit höchster Dringlichkeit in der sich anschließenden Interventionsphase Maßnahmen ergriffen werden sollten.

Zur Vertiefung der Problemanalyse wurden die priorisierten Problembereiche unter der Impulsfrage: „Was wäre, wenn wir dieses Problem nicht hätten?“ weitergehend diskutiert. Mit dieser Vorgehensweise konnte eine Problemhierarchisierung angeregt werden, in der sich die Teilnehmer detailliert mit den Ursachen und Auswirkungen von Problemen auseinander setzen konnten. Dieses Vorgehen ermöglichte eine systematische Problemlösungsanalyse für die spätere Interventionsphase. Die Ergebnisse der Problemanalyse wurden für die Teilnehmer kategorisiert und visualisiert (Abbildung 2.2). Die priorisierten Problemfelder werden im Rahmen der Ergebnisdarstellung in Kapitel 2.4 wiedergegeben.

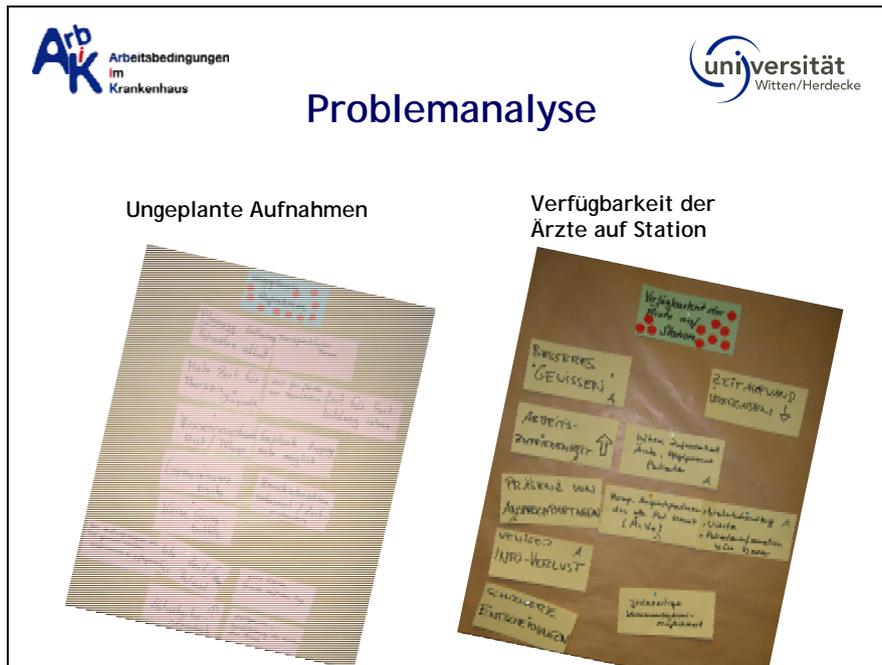


Abb. 2.2 Visualisierung der Ergebnisse einer Problemanalyse

Interventionsphase

In der Interventionsphase erarbeiteten die Projektgruppen Lösungen für die priorisierten Themenbereiche selbstständig und setzten diese um. Die Verantwortung lag bei den Projektstationen, wobei sie in der gesamten Interventionsphase durch das Team der Universität Witten/Herdecke (UWH) unterstützt und begleitet wurden. Die hausinternen Projektgruppen trafen sich unterschiedlich häufig und erstellten Protokolle ihrer Treffen, sodass das UWH-Team über den Verlauf der Projektgruppenarbeit informiert war. Die Projektgruppentreffen fanden in der Regel jeweils mit Unterstützung der Koordinierungsperson vor Ort statt. Das UWH-Projektteam unterstützte die Projektgruppenarbeit sowohl methodisch als auch beratend. Zusätzlich nahm das UWH-Projektteam an einzelnen Projektgruppensitzungen teil.

Darüber hinaus organisierte das UWH-Team zum Informationsaustausch und zur Erläuterung notwendiger Unterstützungen die Treffen der Projektgruppe mit der Steuerungsgruppe. In der Interventionsphase zeigte sich, dass die Projektgruppen unterschiedlich hohen Bedarf an Unterstützung durch das UWH-Projektteam hatten. Zwischen den Projektgruppentreffen wurden mit den Mitgliedern Gespräche geführt, weitere Kommunikation erfolgte per E-Mail.

Im Projektverlauf wurde deutlich, dass sowohl die zeitlichen Einschränkungen als auch die mangelnde personelle Kontinuität der Projektgruppenmitglieder große Probleme im Ablauf der Projektgruppenarbeit darstellten. Viele Projektgruppensitzungen mussten auf Grund von Urlaubs- und Krankheitsvertretungen, OP-Terminen, Rotation der Ärzte o. ä. verschoben werden oder fielen ganz aus. Erschwerend kamen für alle Krankenhäuser die Streikaktivitäten der Gewerkschaften, ver.di und Marburger Bund, hinzu.

Evaluationsphase

Die Evaluationsphase umfasst die Nachbefragung der vom Projekt betroffenen Mitarbeiter. Hierbei wurden alle Pflegenden der Projektstationen und die Ärzte der jeweiligen Abteilungen angesprochen. Wie geschildert wurde der für die Ist-Analyse verwendete Fragebogen für die Zweitbefragung dahingehend modifiziert, dass statt des Veränderungsbedarfs und der Problembereiche die im Jahr 2006 erlebten Neuerungen erfragt wurden. Zusätzlich erfolgte eine Projektbeurteilung.

Die Ergebnisse wurden in einzelnen Ergebnisworkshops den Stationsmitarbeitern und den jeweiligen Steuerungsgruppen vorgestellt und anschließend diskutiert.

2.3 Ergebnisse der IST-Analyse

Der Fragebogen wurde an 282 Mitarbeiter der Projektstationen/Abteilungen ausgegeben. Die Rücklaufquote betrug insgesamt 60 % (Tab. 2.3). Auffallend ist hierbei, dass die beiden Berufsgruppen auf die Befragung mit unterschiedlich hohen Rücklaufquoten reagierten. Hierbei ist zu beachten, dass jeweils die Ärzte der gesamten Abteilung befragt wurden, zu der die Projektstation gehörte (vgl. Kapitel 2.2.6).

Tab. 2.3 Rücklaufquote IST-Analyse

Rücklauf Quote IST-Analyse	Ausgegebene Fragebögen	Erhaltene Fragebögen	Rücklaufquote
Pflege	133	95	71 %
Ärzte	149	73	49 %
Gesamtrücklauf	282	168	60 %

Entsprechend der Gliederung des Fragebogens wurden Ergebnisse aus folgenden Bereichen gewonnen:

- Psychosoziale Belastungen und Beanspruchungen (dt. Version des COPSOQ). (Vergleich zu den Daten aus der COPSOQ-Validierungsstudie, NÜBLING et al., 2005)
- Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegenden auf der Station
- Änderungs-/Verbesserungsbedarf
- Ursachen für allgemeine Probleme im Arbeitsablauf

COPSOQ: Psychosoziale Belastungen und Beanspruchungen

Der Einsatz des COPSOQ im Rahmen der Ist-Analyse diente einerseits der standardisierten Beschreibung psychosozialer Belastungen und Beanspruchungen bei den Pflegenden und Ärzten vor der Intervention. Andererseits konnten über den Vergleich der in den Projektkrankenhäusern ermittelten Ergebnisse mit den Daten aus der COPSOQ-Validierungsstudie (NÜBLING et al., 2005) Hinweise auf mögliche Veränderungen in den psychosozialen Arbeitsbedingungen im Zeitraum von 2003/2004

(COPSOQ-Validierungsstudie, vor Einführung der DRGs) bis 2005 (ArbiK-Projekt, nach Einführung der DRGs) gewonnen werden (RIEGER et al., 2007).

Vergleich vor und nach DRG-Einführung

Es ist zu betonen, dass die Aussagekraft des Vergleichs der beiden Datensätze beschränkt ist. Zum einen handelt es sich um unterschiedliche Kollektive, d. h. die Daten stammen aus keinem echten Längsschnitt. Zum anderen handelt es sich um keine repräsentativen Kollektive (Tab. 2.4). Im Hinblick auf die Art der Krankenhäuser ist zu berücksichtigen, dass die Befragung im Zeitraum 2003/2004 in drei Krankenhäusern der Regelversorgung erfolgte, während im Herbst 2005 wie beschrieben Krankenhäuser der Maximalversorgung angesprochen wurden.

Tab. 2.4 Teilnehmende an der COPSOQ-Befragung vor und nach DRG-Einführung

	Vor DRG-Einführung: 2003/2004 (COPSOQ-Validierungsstudie, NÜBLING et al., 2005)*	Nach DRG-Einführung: Herbst 2005 (Projekt ArbiK)
	Anzahl	Anzahl
Pflegende	402	95
Ärzte	42	73

* Aus der COPSOQ-Validierungsstudie wurden nur die Pflegende und Ärzte eingeschlossen, die nicht im Bereich der Psychiatrie arbeiteten.

Im Hinblick auf die eher positiven bzw. unterstützenden Faktoren, d. h. Ressourcen bei und für die Arbeit, waren die Arbeitszufriedenheit und das Gemeinschaftsgefühl zu beiden Zeitpunkten und bei beiden Berufsgruppen nahezu gleich. In beiden Berufsgruppen schienen die Entwicklungsmöglichkeiten bei der Arbeit leicht zugenommen zu haben. Bei den Ärzten lagen im Jahr 2005 auch die Werte für die Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz höher als bei der Befragung zwei Jahre zuvor. Trotz einer leichten Abnahme der Mittelwerte auf der Skala „Bedeutung der Arbeit“ schienen die Befragten beider Berufsgruppen der Arbeit immer noch einen hohen Stellenwert beizumessen (Abb. 2.3).

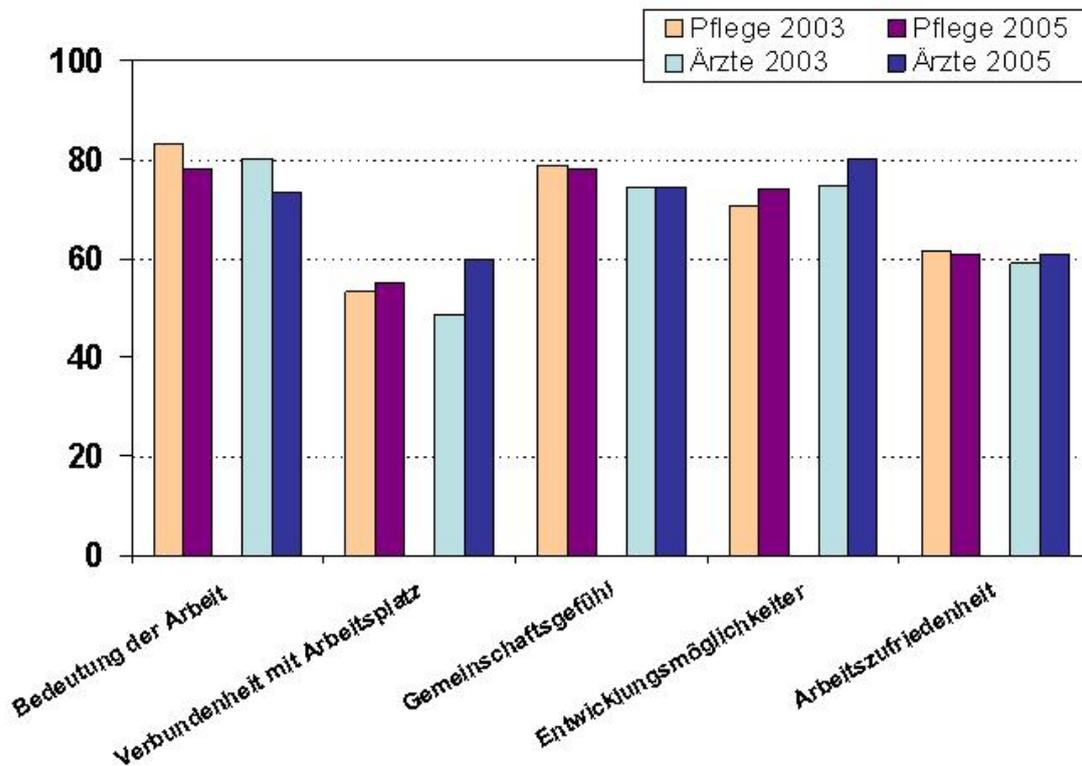


Abb. 2.3 COPSOQ-Skalen (Mittelwerte): Angaben von Ärzten und Pflegenden im Zeitverlauf - Ressourcen

Bei den als belastend zu bezeichnenden Faktoren (Skalen) wurde deutlich, dass Pflegenden und Ärzte gleich gerichtet, wenn auch teilweise auf unterschiedlichem Niveau,

- ein höheres Ausmaß quantitativer Anforderungen,
- einen stärkeren Einfluss der Arbeit auf das Privatleben,
- mehr Mobbing,
- einen stärkeren Rollenkonflikt,
- eine geringere Rollenklarheit,
- einen geringeren Entscheidungsspielraum und – v.a. die Pflegenden –
- einen geringeren Einfluss bei der Arbeit

angaben (Abb. 2.4) als vor der DRG-Einführung.

Passend zu den Umstrukturierungen in der stationären Gesundheitsversorgung gaben die Ärzte im Jahr 2005 eine deutlich geringere Arbeitsplatzunsicherheit an als zuvor, die Angaben der Pflegenden zeigten die gegenläufige Entwicklung im Zeitverlauf (Abb. 2.4).

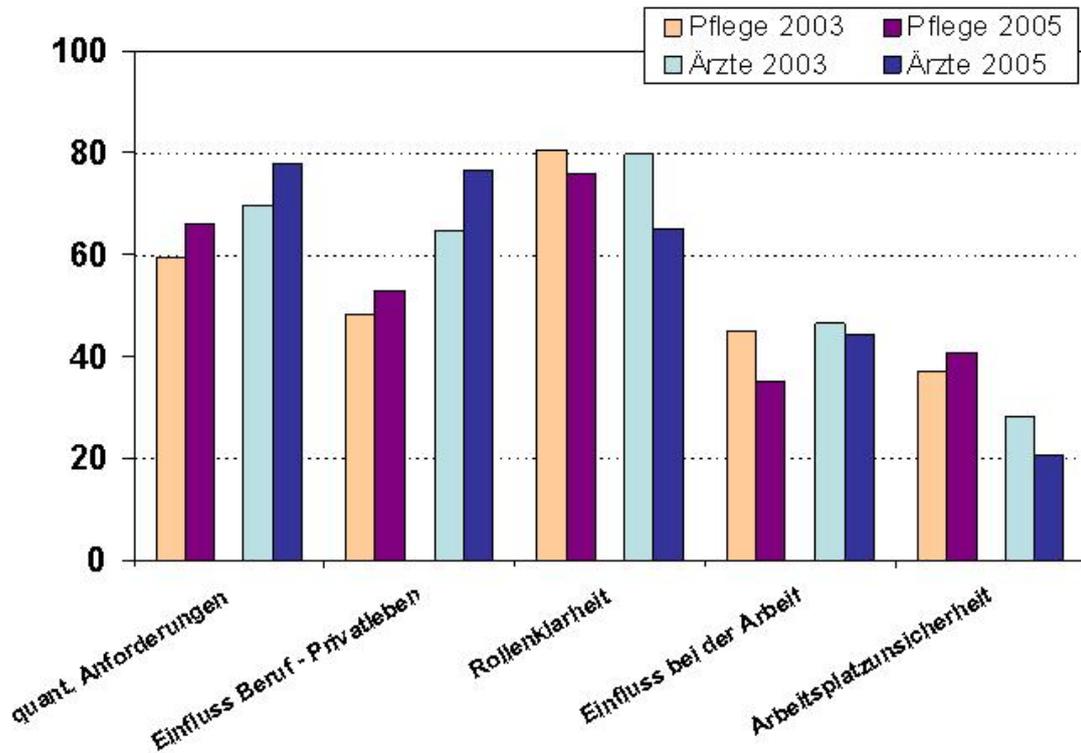


Abb. 2.4 COPSOQ-Skalen (Mittelwerte): Angaben von Ärzten und Pflegenden im Zeitverlauf - Belastende Faktoren

Die Angaben der Ärzte im Projekt „Arbeitsbedingungen im Krankenhaus“ entsprachen in etwa den Angaben von $n = 296$ Ärzten, die ebenfalls im Jahr 2005 im Rahmen einer Studie zu psychosozialen Belastungen und Beanspruchungen von Krankenhausärzten in Nordrhein-Westfalen befragt wurden (RIEGER et al., 2007; FUß et al., 2007).

Die Ausgangslage im vorliegenden Projekt war besonders davon geprägt, dass die Ärzte die folgenden belastenden Faktoren bzw. Beanspruchungen als bedeutsamer einschätzten als die Pflegenden (vgl. Abb. 2.4):

- quantitative Anforderungen
- Einfluss der Arbeit auf das Privatleben
- Rollenkonflikt
- geringe Rollenklarheit.

Die Pflegenden betonten dagegen die folgenden Faktoren stärker als die Ärzte:

- Arbeitsplatzunsicherheit
- geringer Einfluss bei der Arbeit.

Insgesamt deutet im standardisierten Vergleich, auch unter Berücksichtigung des Vorbehalts der kleinen Referenzgruppen bei den Ärzten, die Konvergenz der Ergebnisse darauf hin, dass in der aktuellen Situation der Projektdurchführung im Vergleich

zu früheren Befragungen vermehrt psychosoziale Belastungen und Beanspruchungen vorlagen. Weiter verweisen die unterschiedlichen Befunde zur Arbeitsplatzunsicherheit darauf, dass sich die berufliche Situation seit 2003/2004 für Pflegende und Ärzte unterschiedlich entwickelt hat.

Zusammenarbeit auf der Station

Die Zusammenarbeit der Berufsgruppen wurde über 22 Fragen eingeschätzt. In einer explorativen Faktorenanalyse zeigte sich dabei, dass sich diese Zusammenarbeit in unterschiedlichen Facetten beschreiben lässt (exemplarisch gezeigt für die Pflegenden in Tab. 2.5). Als bedeutsame Aspekte der Zusammenarbeit zeigten sich:

- die Sicht als Teams bestehend aus beiden Berufsgruppen,
- der Umgang miteinander und die Bereitschaft sich zu gegenseitig zu helfen,
- das Vertrauen in die Arbeit der jeweils anderen Berufsgruppe,
- das Vertrauen in die Arbeit der eigenen Berufsgruppe,
- die Arbeitsatmosphäre zwischen den Berufsgruppen,
- und die Wertschätzung, die die Gruppen einander entgegenbringen.

Bemängelt wurden dabei insbesondere:

- das Ausmaß, in dem sich die jeweils andere Berufsgruppe in die Probleme der eigenen Berufsgruppe einfühlen kann,
- die mangelnde Verfügbarkeit der anderen Berufsgruppe, wenn sie gebraucht wird, und
- die Organisation der Arbeitsabläufe auf Station.

Hierbei galt für die Einschätzungen der Pflegenden, dass sie

- die fachliche Qualität der Kollegen der eigenen Berufsgruppe als sehr hoch und
- die fachliche Qualität der Ärzte als hoch einschätzten,
- immer mehr ärztliche Tätigkeiten übernehmen müssen, wobei die Ärzte darauf beharren, keine pflegerischen Tätigkeiten zu übernehmen,
- insgesamt die eigene Abteilung ohne Bedenken an mögliche Patienten empfehlen.

Tab. 2.5 Zusammenarbeit auf ihrer Station: Ausprägung und Skalenzugehörigkeit der Items-Pflegende

Mittelwert	Faktor	Fragen zur Zusammenarbeit
2,26	1	Alles in allem sehe ich die Ärzte und Pflegenden auf unserer Station als ein gutes Team.
2,47	1	Wenn zwischen Ärzten und Pflegenden Konflikte bestehen, lässt sich darüber meistens sehr schlecht reden.
2,26	1	Die Zusammenarbeit mit den Ärzten auf unserer Station ist im Allgemeinen sehr gut.
2,49	1	Pflegende und Ärzte helfen einander wenn nötig aus.
2,40	1	Die Art, wie die Ärzte mit uns Pflegenden umgehen, empfinde ich insgesamt als gut.
2,42	1	Konflikte zwischen Pflegenden und Ärzten sind nach meinem Empfinden sehr häufig.
2,29	1	Als Mitarbeiter der Pflege werde ich von den Ärzten sehr hoch eingeschätzt.
2,97	1	Die Ärzte können sich in die Probleme der Pflegenden einfühlen.
2,22	1	Die Arbeitsatmosphäre ist geprägt durch gegenseitige Anerkennung zwischen den Berufsgruppen.
2,72	1	Von der Art, wie die Ärzte mit den Patienten umgehen, kann ich sehr viel lernen.
2,67	1	Die Ärzte sind, wenn man sie braucht, immer verfügbar.
1,96	1	Ich traue den behandelnden Ärzten zu, die Schwere des Krankheitsbildes eines Patienten richtig einschätzen zu können.
1,58	2	Ich traue den verantwortlichen Pflegenden zu, die angeordneten therapeutischen Maßnahmen zuverlässig umzusetzen.
2,11	2	Von der Art, wie meine Kollegen aus dem Pflorgeteam mit den Patienten umgehen, kann ich viel lernen.
1,82	2	Ich traue den verantwortlichen Pflegenden zu, die Situation eines Patienten richtig einschätzen zu können.
2,13	3	Ich bin von der Notwendigkeit der ärztlichen Anordnung in der Regel überzeugt.
2,01	3	Ich traue den behandelnden Ärzten zu, die notwendigen therapeutischen Maßnahmen zu erkennen.
2,12	3	Nach meinem Empfinden beharren die Ärzte darauf, keine pflegerischen Aufgaben zu übernehmen.
2,60	4	Mit der Art und Weise, wie die Arbeitsabläufe auf unserer Station organisiert werden, bin ich sehr zufrieden.
1,94	4	Ich kann unsere Abteilung ohne Bedenken möglichen Patienten empfehlen.
1,94	5	Nach meinem Empfinden müssen Pflegende immer mehr ärztliche Aufgaben übernehmen.
2,41	6	Zwischen Pflegenden und Ärzten herrscht ein Klima, in dem unterschiedliche Sichtweisen geschätzt werden.

Anmerkung: Skalierung 1 stimme voll zu, 2 stimme eher zu, 3 stimme eher nicht zu, 4 stimme nicht zu

Die Ärzte wiederum gaben an, dass sie

- die fachliche Qualität der ärztlichen Kollegen als hoch einschätzten,
- sich von den Pflegenden wertgeschätzt fühlten,

- den Pflegenden zutrauten, die angeordneten therapeutischen Maßnahmen umzusetzen,
- den Eindruck hatten, dass die Pflegenden darauf beharren, keine ärztlichen Tätigkeiten zu übernehmen,
- insgesamt die eigene Abteilung ohne Bedenken an mögliche Patienten empfehlen.

Am Beispiel der Beurteilung der zeitlichen Arbeitsabläufe durch Ärzte und Pflegende wurde deutlich, dass die Sicht auf die Voraussetzungen für die Zusammenarbeit der beiden Berufsgruppen unterschiedlich war: die Ärzte schätzten die Geeignetheit der zeitlichen Abläufe für die Erledigung gemeinsamer Aufgaben besser ein als die Pflegenden (Abb. 2.5).

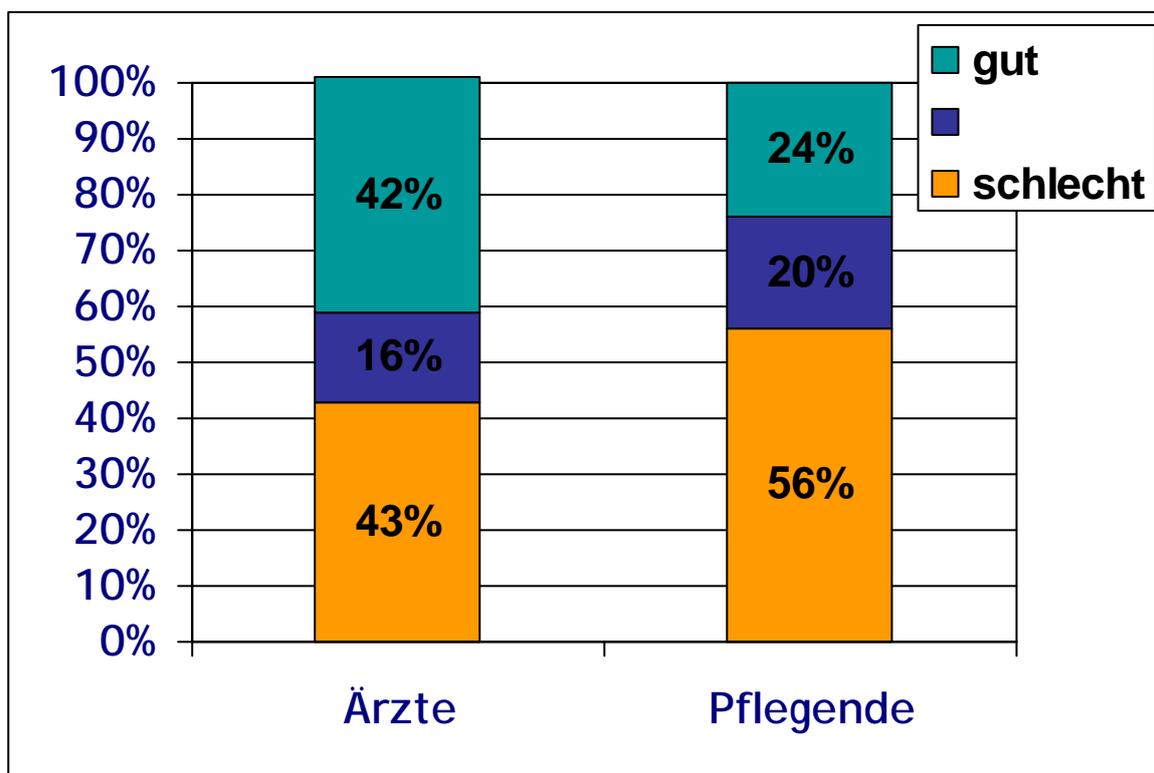


Abb. 2.5 Einschätzung der zeitlichen Arbeitsabläufe im Hinblick auf die Erledigung gemeinsamer Aufgaben durch Ärzte und Pflegende²

Änderungs-/Verbesserungsbedarf

Wie geschildert wurden die Projektteilnehmer danach gefragt, welchen Änderungs-/Verbesserungsbedarf sie in 16 einzelnen Bereichen sahen (Tab. 2.6).

In beiden Berufsgruppen wurde ein hoher Bedarf nach "Leistungsgerechter Bezahlung" und einer "Verringerung des Dokumentationsaufwandes" gesehen. Bei den Pflegenden folgten auf den weiteren Rängen die "gegenseitige Wertschätzung" und die "Kooperation der Berufsgruppen" sowie eine "Verbesserte Integration von ärztlicher und pflegerischer Dokumentation". Dies wurde von den Ärzten auch, aber mit geringerer Dringlichkeit gesehen. Einen höheren Verbesserungsbedarf sahen die

² Eine Additionsdifferenz ergibt sich durch Aufrundungen.

Ärzte dagegen in "Klare Überstundenregelung", "Stärkerer Vereinbarkeit von Familie und Beruf" und einer "Verringerung der zeitlichen Belastung". Insgesamt wurde von beiden Berufsgruppen ein deutlicher Verbesserungsbedarf geäußert, der in den beiden Gruppen teilweise gleich, teilweise aber auch sehr unterschiedlich angegeben wurde.

Tab. 2.6 Änderungs-/Verbesserungsbedarf in den Berufsgruppen: Ausprägungen und Vergleich (Reihenfolge der Items entsprechend der von den Pflegenden angegebenen Bedeutung, d. h. Rang)

Bereich	Pflegende		Ärzte	
	Mittelwert	Rang	Mittelwert	Rang
Leistungsgerechte Bezahlung	4,36	(1)	4,83	(1)
Verringerung des Dokumentationsaufwands	4,21	(2)	4,57	(2)
Gegenseitige Wertschätzung der Berufsgruppen	4,11	(3)	3,55	(15)
Kooperation der Berufsgruppen	4,06	(4)	3,69	(11)
Verbesserte Integration von ärztlicher und pflegerischer Dokumentation im Arbeitsprozess	4,04	(5)	3,81	(8)
Klarere Definition ärztlicher und pflegerischer Aufgaben	3,97	(6)	3,33	(16)
Verbindlichkeit von Absprachen	3,95	(7)	3,67	(12)
Arbeitsplatzbezogene Fortbildungsmöglichkeiten	3,75	(8)	3,69	(10)
Qualifikation aller Mitarbeiter	3,57	(9)	3,88	(7)
Verringerung der zeitlichen Belastung	3,56	(10)	4,11	(5)
Stärkere Vereinbarkeit von Familie und Beruf	3,53	(11)	4,18	(4)
Persönliche, karrierebezogene Weiterbildungsmöglichkeiten	3,47	(12)	3,78	(9)
Verbesserung der Delegationsmöglichkeiten	3,41	(13)	3,64	(13)
Ausbau der Führungskompetenz	3,20	(14)	3,57	(14)
Klare Überstundenregelung	3,07	(15)	4,30	(3)
Verlässliche Arbeitszeitreglung	3,01	(16)	3,89	(6)

Anmerkung: Mittelwerte errechnet über die Summe der Nennungen zum jeweiligen Item

Ursachen für allgemeine Probleme im Arbeitsablauf

Die Projektteilnehmer wurden explizit nach den "4 wichtigsten Ursachen für allgemeine Probleme im Arbeitsablauf" gefragt (Tab. 2.7).

Als wichtige Faktoren wurden, von mehr als der Hälfte der Befragten in beiden Berufsgruppen, "Koordination der Schnittstellen mit anderen Berufsgruppen" und "Patientenaufkommen" genannt. Bei den Pflegenden folgte auf dem dritten Rang "Kommunikationsprobleme" und dann "Aufgaben wie DRG eingeben, Papiere sortieren

etc." Diese Ursache wird bei den Ärzten deutlich häufiger (80 %) als wichtige Ursache für allgemeine Probleme im Arbeitsablauf genannt.

Tab. 2.7 Wichtigste Ursachen für allgemeine Probleme im Arbeitsablauf: Häufigkeit der Nennungen (%) (Reihenfolge entsprechend der Nennungen durch die Pflegenden)

Ursachen	Pflege		Ärzte	
	%	Rang	%	Rang
Koordination der Schnittstellen mit anderen Berufsgruppen	68	(1)	62	(2)
Patientenaufkommen	65	(2)	56	(3)
Aufgaben wie DRG, Papiere sortieren	47	(4)	80	(1)
Kommunikationsprobleme	54	(3)	36	(6)
Probleme zwischen Patientenversorgung und Wissenschaft/Lehre	35	(5)	38	(5)
Probleme der Aufgabenverteilung	31	(7)	43	(4)
Schwierigkeiten bei Entscheidungsprozessen	32	(6)	18	(7)
Warten auf Vorgesetzte	18	(8)	16	(8)
nicht ausreichende Arbeitsmittel wie etwa PC's	13	(9)	8	(9)
Sonderbehandlung Privatpatienten	10	(10)	3	(10)

Zusammenfassend zeigte sich in der Ist-Analyse, dass Ärzte und Pflegende einerseits in ähnlicher Weise durch die zunehmend verdichtete Arbeit und geänderte Aufgabenverteilung im Krankenhaus belastet und beansprucht waren. Andererseits schien besonders die Zusammenarbeit der beiden Berufsgruppen unterschiedlich bewertet zu werden, wobei die Pflegenden stärker als die Ärzte Kommunikationsprobleme und Schwierigkeiten im Hinblick auf die Wertschätzung durch die andere Berufsgruppe angaben.

Die Ergebnisse wurden in Startworkshops in den einzelnen Häusern und Projektgruppen präsentiert. Die Fragebogenergebnisse weisen auf eine große Anzahl fachspezifischer Probleme auf den Projektstationen hin, die auch in der Diskussion in den Startworkshops bzw. der anschließenden Projektgruppenarbeit benannt wurden (zu den Einzelheiten vgl. Teil 2 „Handlungskonzept“, Kap. 3.2).

Auf den chirurgischen Stationen zeigte sich die ausgeprägte Problematik der kurzen Präsenzzeit der Ärzte auf Station. Bedingt durch lange OP-Dienste, kurze Visitenzeiten und daraus resultierende ungenügende Kommunikationsmöglichkeiten zwischen den Berufsgruppen sind die Arbeitsabläufe auf Station stark betroffen. Daraus entstehen zahlreiche Folgeprobleme, die sich in Auswirkungen stations- und hausspezifisch unterschiedlich darstellen.

Auf den internistischen Stationen hingegen schienen stationsinterne organisatorische Probleme zu dominieren. Das Teamverständnis kann zwar in der Regel als gut bezeichnet werden, trotzdem wünschen sich Ärzte und Pflegende gleichermaßen eine bessere gegenseitige Wertschätzung, Anerkennung und Kooperation. Die zu bear-

beitenden Probleme betreffen überwiegend organisatorische Mängel in den Arbeitsabläufen und Strukturen. Auch hier liegen einrichtungs- und stationsspezifische Unterschiede in der Problemintensität vor.

Insgesamt wurde eine hohe Übereinstimmung der präsentierten Ergebnisse zur Arbeitssituation mit dem eigenen Empfinden durch die befragten Mitarbeitern festgestellt.

2.4 Interventionsphase vor Ort

Auf Grundlage der Ergebnisse der IST-Analyse fand die Themenauswahl für die anschließende Intervention statt.

Die nachfolgende Aufzählung der Problembereiche zeigt zusammenfassend die Themenbereiche, zu denen auf den Projektstationen Lösungsmöglichkeiten erarbeitet und (teilweise) umgesetzt wurden (zu den Details der Projektgruppenarbeit vgl. Kap. 3.2):

- Abgrenzung pflegerischer/ärztlicher Tätigkeiten
- Mangelnde Anwesenheit von Ärzten auf Station
- Fehlen eines flexiblen Hol- und Bringdienstes
- Suboptimal organisierte gemeinsame Visiten
- Keine Teamidentifikation
- Kommunikationsprobleme
- Mängel in der Organisation der Arbeitsabläufe
- Mangelndes Teamverständnis
- Suboptimale organisatorische Abläufe
- Zu geringe Präsenz der Ärzte auf Station
- Probleme der Aufgabenverteilung (Berufsgruppen)/unklare Definition ärztlicher und pflegerischer Aufgaben
- Mangelnde Qualifikation von Mitarbeitern
- Schlechte Verfügbarkeit von Ärzten auf Station
- Ungeplante Aufnahmen
- Mangelnde Verbindlichkeit von Absprachen

Projektgruppenarbeit

Die erarbeiteten Lösungsmöglichkeiten der Projektgruppen wurden, so weit dies möglich war, im Projektverlauf umgesetzt. Hier wurden z. B. Arbeitsabläufe beider Berufsgruppen besser aufeinander abgestimmt oder Verlaufsdokumentationsbögen für beide Berufsgruppen neu erstellt. Auf einer Projektstation wurden feste Zeiten für die gemeinsamen Visiten festgelegt, die besonders im Bereich der Pflegenden einen strukturierteren Arbeitsablauf ermöglichten. Aber auch der Ablauf der Visiten wurde strukturiert, sodass es für beide Berufsgruppen zu einer Zeitersparnis kam. Es zeigte

sich, dass durch die Projektgruppenarbeit diese Veränderungen schneller bearbeitet werden konnten. Insgesamt wurde berichtet, dass durch die Projektgruppenarbeit eine Verbesserung der Kommunikation und der Zusammenarbeit erlebt wurde.

Im Zusammenhang mit teilweise unregelmäßigen Projektgruppentreffen, die zur Demotivation der Projektgruppenmitglieder führte, kam es im gesamten Verlauf für einige Projektstationen aus hausinternen Gründen zu zeitlichen Verzögerungen. Eine Projektstation beendete vorzeitig die Projektgruppenarbeit auf Grund mangelnder Unterstützung und fehlender Teilnahme des ärztlichen Bereichs.

2.5 Ergebnisse der Evaluation

Modifikation des Fragebogens

Die Zweitbefragung nach der Interventionsphase fand in allen Häusern bzw. Projektstationen gleichzeitig im Januar 2007 statt; in der Regel hatte die Interventionsphase zu diesem Zeitpunkt etwa ein Jahr gedauert.

Für die Befragung wurde der Fragebogen, der für die Ist-Analyse verwendet worden war, leicht verändert (Anhänge 2a und 2b). Ziel war es, zwar einerseits neue Fragen zu integrieren, die sich mit der Bewertung von Veränderungen und dem Projekt befassen, andererseits aber den Fragebogen auch nicht endlos auszuweiten, sondern eher zu kürzen. Dies führte zu minimalen Kürzungen im COPSOQ-Teil (z. B. Work-Family Conflict wurde entfernt) sowie zu einer Straffung der Anzahl der Fragen nach Schnittstellen und den Ursachen für Probleme bei den Arbeitsabläufen.

Dafür wurden die Bereiche, die bei der Ist-Analyse als problematisch dargestellt worden waren, in eine Liste aufgenommen, in der positive oder negative bzw. fehlende Veränderung angegeben werden konnten. Diese Liste bezieht sich auf „Veränderungen im Jahr 2006“ und nennt dabei explizit nicht die Projektaktivitäten als möglichen Grund für die Entwicklungen. Dieses Vorgehen wurde gewählt, da nicht für alle Befragten transparent sein dürfte, ob eine Veränderung durch das Projekt angestoßen wurde oder evtl. nur indirekt oder aufgrund völlig anderer Einflüsse entstanden ist. Stattdessen lag der Fokus auf der Beschreibung von Veränderungen sowie deren Richtung. Statt der differenzierten Erfassung des Work-Family-Conflicts wurde in dieser Liste auch danach gefragt, ob sich die Vereinbarkeit von Familie und Beruf im vergangenen Kalenderjahr verändert hätte.

Weiterhin sollte das Projekt selbst in verschiedenen Dimensionen bewertet werden: im Hinblick auf die Organisation, auf den Informationsfluss auf Station, auf das Erleben der inhaltlichen Arbeit und auf die Auswirkungen.

Schließlich wurde gefragt, ob die Befragten ihre eigenen Veränderungswünsche in dem Projekt wiederfinden konnten.

Die Auswertung erfolgte wiederum rein deskriptiv. Daten der Ärzte und Pflegenden wurden grundsätzlich getrennt ausgewertet. Die Themenbereiche werden aber für beide Berufsgruppen gemeinsam dargestellt.

2.5.1 Rücklaufquote und Teilnahmeanalyse

Die Rücklaufquote fiel bei der Evaluation auf leicht unter 50 % (Tab. 2.8). Besonders stark sind die Rückgänge bei motivierten Projektstationen zu sehen, die in der IST-Analyse einen hohen Rücklauf hatten und im Verlauf des Projekts auf unterschiedlichen Widerstand und Interesse stießen. Einen erhöhten Rücklauf gab es demgegenüber bei Projektstationen, bei denen viele Lösungsmöglichkeiten umgesetzt wurden und eine kontinuierliche Projektgruppenarbeit möglich war.

Tab. 2.8 Rücklaufquote Evaluation

Rücklaufquote EVALUATION	Ausgegebene Fragebögen	Erhaltene Fragebögen	Rücklaufquote Evaluation
Pflege	135	70	51,9 %
Ärzte	140	66	47,1 %
Gesamtrücklauf	275	135	49,1 %

Tab. 2.9 Auswertbare Fragebögen, Vergleich t1 und t2

	t1: n	t2: n	dieselben wie t1	
Pflegende	95	70	51	73 % von n(t2)
Ärzte	71	67	30	45 % von n(t2)

Auffallend ist, dass insbesondere bei den Pflegenden ein bedeutsamer Unterschied in der Gesamtzahl der Befragten zwischen Erst- und Zweitbefragung zu finden ist. Möglicherweise ist das damit zu erklären, dass bei der Ist-Analyse auf einer der Projektstationen auf Wunsch eines Chefarztes eine Wiederholung der Befragung durchgeführt wurde. Eine derartige Intervention erfolgte bei der Zweitbefragung nicht.

Auswertbare Fragebögen und Fluktuation zwischen t1 und t2

Da die Fluktuation bei Pflegenden pro Station deutlich geringer war als bei Ärzten, - letztere wechseln aus Gründen der Ausbildung häufiger die Station (Tab. 2.9) -, kann aus quantitativen Gründen ein Vergleich von Skalenergebnissen bei denjenigen Pflegenden erfolgen, die zu beiden Zeitpunkten an der Befragung teilnahmen und denen, die ausschließlich zu Beginn einen Fragebogen ausfüllten. Hieraus sind Hinweise darauf möglich, ob sich bestimmte Personen in einem derartigen Projekt eher auch bei einer Zweitbefragung engagieren als andere (Tab. 2.10). Damit ist jedoch keine Aussage über die Teilnahme an den Projektgruppen möglich.

Tab. 2.10 Mittelwerte ausgewählter Variablen zum Zeitpunkt der Erstbefragung in Abhängigkeit der Teilnahme an Erst- und Zweitbefragung (Pflegende)

Pflegende	nur Teilnahme an t1 (n = 53)	Teilnahme an t1+t2 (n = 42)	p-Wert
Entscheidungsspielraum	35,50	44,21	0,005
Vorhersehbarkeit	58,17	50,30	0,053
Mobbing	26,89	19,05	0,099
Arbeitsplatzunsicherheit	45,07	39,88	0,233

Hinweis: Die Skalen reichen von 0-100, 100 bezeichnet die größte Ausprägung, z. B. den höchsten Entscheidungsspielraum oder das maximale Mobbing.

Die Pflegenden, die beiden Befragungen zugeordnet werden konnten, verfügten aus ihrer Sicht bei der Erstbefragung über einen höheren Entscheidungsspielraum und fühlten sich weniger ungerecht behandelt und kritisiert (Mobbing) und hatten tendenziell eine geringere Arbeitsplatzunsicherheit als diejenigen, die ausschließlich an der Erstbefragung teilgenommen haben. Dies spricht dafür, dass die kritischer eingestellten Personen, die ihre Arbeitssituation negativer beschreiben, sich der Zweitbefragung eher entzogen haben. Wenn sie allerdings die Vorhersehbarkeit im Rahmen ihrer Arbeit - d. h. die rechtzeitige Information über Veränderungen und ausreichende Informationen für die Arbeitserledigung - schlechter eingeschätzt haben, waren sie trotzdem bei der Zweitbefragung eher dabei. Diese Ausnahme kann aber die allgemeine Aussage nicht grundsätzlich widerlegen, dass eine positivere Bewertung der Arbeitssituation eher dazu führte, zumindest bei den Befragungen weiter am Projekt teilzunehmen.

Bei den Ärzten ergaben sich bei analogen Vergleichen nur in einer einzigen Variable tendenzielle Unterschiede: Diejenigen, die an beiden Befragungen teilnahmen und zugeordnet werden konnten, zeigten eine geringere Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz als ihre Kollegen, die nur an t1 beteiligt waren ($p = 0,098$). Hier muss eine Interpretation allerdings noch vorsichtiger vorgenommen werden, da die Fluktuation bei den Ärzten groß ist und weniger von den Einzelnen selbst gesteuert wird als bei den Pflegenden.

2.5.2 Veränderungen in 2006

Nach Veränderungen wurde in der Zweitbefragung wörtlich folgendermaßen gefragt: "Hat sich in 2006 in den folgenden Punkten etwas verändert?" Die Antwortmöglichkeiten sind: "positiv verändert"; "gleich geblieben"; "negativ verändert". Die Liste der Veränderungsbereiche umfasst 30 Items (vgl. Anhänge 2a und 2b, S. 8 f.).

Nachfolgend wird dargestellt, wie viel Prozent der Befragten Veränderungen positiv, negativ oder gleichbleibend bewertet haben. In den Tabellen finden sich jeweils nur die von den meisten Personen genannten Veränderungen. Vor der differenzierteren Darstellung positiver und negativer Entwicklungen ist es jedoch wichtig, zur Kenntnis zu nehmen, dass bei einem großen Teil der Items mindestens 60 % der Befragten angaben, es habe sich in 2006 nichts verändert. Einige Themenbereiche zeigten eine höhere Dynamik, nämlich sowohl diejenigen, die als besonders positiv, als auch jene, die als besonders negativ verändert wahrgenommen wurden.

Positive Veränderungen

In der Tabelle 2.11 und der Abbildung 2.6 sind die acht Bereiche dargestellt, die von den beiden Berufsgruppen am häufigsten als positiv verändert angegeben wurden. Neben den relativen Häufigkeiten ist in der jeweils zweiten Spalte die Rangfolge für die jeweilige Berufsgruppe angegeben.

Tab. 2.11 Positiv bewertete Veränderungen: Prozentanteile und Rangordnung, Reihenfolge der Items entsprechend der Nennung durch die Pflegenden

	Pflegende		Ärzte	
	%	Rang	%	Rang
Warten auf Ärzte bzw. Pflegende für Visite/Absprachen	43,1	1	29,3 %	2
Organisation Patiententlassungen	36,4	2	31,6 %	1
Kommunikation mit der anderen Berufsgruppe	34,8	3	24,1 %	7
Engagement der eigenen Berufsgruppe für Veränderungen auf Station	30,6	4	24,6 %	6
Komm. innerhalb der eigenen Berufsgruppe	30,3	5	27,6 %	4
Engagement der anderen Berufsgruppe für Veränderungen auf Station	29,0	6	15,8 %	10
Organisation der Patientenaufnahme	21,2	7	28,1 %	3
Delegationsmöglichkeiten	4,5	27	26,8 %	5

Positiv bewertete Veränderungen in 2006,
Prozentanteile der befragten Pflegen und Ärzte

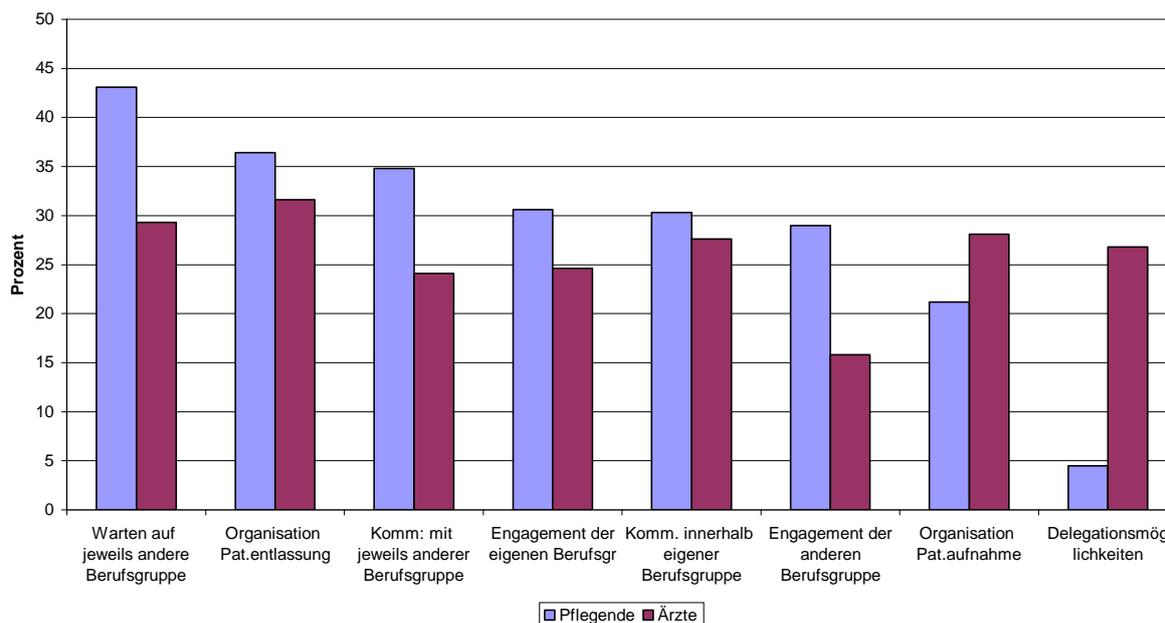


Abb. 2.6 Positiv bewertete Veränderungen im Jahr 2006 – Anteil der Nennungen unter Pflegenden (n = 67) und Ärzten (n = 66)

Einige Bereiche hatten für beide Berufsgruppen in der Rangfolge die gleiche Bedeutung im Zusammenhang mit allen positiven Entwicklungen. Bei beiden stand an den ersten beiden Stellen dasselbe: Sie mussten nicht mehr so lange auf die jeweils andere Berufsgruppe warten, um Absprachen zu treffen oder Visiten durchzuführen, und die Organisation der Patiententlassungen wurde als verbessert beurteilt. Das Engagement der jeweils eigenen Berufsgruppe auf Station entwickelte sich positiv, ebenso wie die Kommunikation innerhalb der eigenen Berufsgruppe.

Einige Unterschiede in der Bewertung werden sichtbar: Für die Pflegenden verbesserte sich das Engagement der Ärzte deutlich sichtbarer als für die Ärzte das der Pflegenden. Die Organisation der Patientenaufnahme dagegen wurde von den Ärzten zu einem größeren Anteil als positiv verändert angegeben als von Pflegenden. Einen gravierenden Unterschied gibt es bei der Frage nach Delegationsmöglichkeiten: hier verbesserte sich aus Sicht der Pflegenden fast nichts, während der Bereich bei den Ärzten an 5. Stelle der positiv bewerteten Bereiche rangiert. Ein weiterer Unterschied liegt darin, dass die Ärzte allgemein in der Bewertung positiver Veränderungen zurückhaltender waren als die Pflegenden.

Insgesamt können die positiv bewerteten Veränderungen zwei Oberthemen zugeordnet werden:

Zum einen sind dies Bereiche, in denen offensichtlich Arbeitsabläufe organisatorisch umgestaltet wurden. Dies betrifft das „leidige“ Warten auf die erforderlichen Vertreter der jeweils anderen Berufsgruppe sowie die Patientenaufnahmen und -entlassungen und schließlich die insbesondere für Ärzte wichtigen Delegationsmöglichkeiten. Zum anderen werden Bereiche benannt, die eher eine Atmosphäre der Zusammenarbeit kennzeichnen, wobei hier vor allem die Entwicklungen innerhalb der eigenen Berufsgruppen hervorgehoben werden und - bei den Ärzten jedoch eher zurückhaltend - ein positiv entwickeltes Engagement in der jeweils anderen Berufsgruppe.

Relativ gesehen bewertet ein größerer Anteil der Pflegenden die Entwicklungen positiv als bei den Ärzten.

Negative Veränderungen

Die negativen Veränderungen sind rein quantitativ keineswegs weniger gewichtig als die positiven. Dargestellt werden in der folgenden Tabelle die Veränderungen, die von mindestens 20 % der Pflegenden als negativ bewertet wurden. Die Liste ist länger, um auch die fünf aus ärztlicher Sicht am häufigsten benannten Negativveränderungen vergleichend darstellen zu können. Die relativen Anteile an der jeweiligen Berufsgruppe und die Rangfolge werden hier wieder entsprechend aufgeführt (Tab. 2.12, Abb. 2.7).

Tab. 2.12 Negativ bewertete Veränderungen Prozentanteile und Rangordnung - Reihenfolge der Items entsprechend der Nennung bei den Pflegenden

	Pflegende		Ärzte	
	%	Rang	%	Rang
Zeitliche Belastung	34,3	1	43,1	2,5
Leistungsgerechte Bezahlung	32,8	2	50,9	1
DRG-Codierung, Schreibtischarbeit	28,8	3	36,2	4
Patientenaufkommen	24,2	4	43,1	2,5
Vereinbarkeit von Familie + Beruf	20,0	5	27,6	8
Verlässliche Arbeitszeitregelung	10,6	16	31,0	5
Probleme Patientenversorgung – Wissensch./Lehre	12,3	11	29,8	6

Negativ bewertete Veränderungen in 2006
 Prozentanteile der befragten Pflegenden und Ärzte

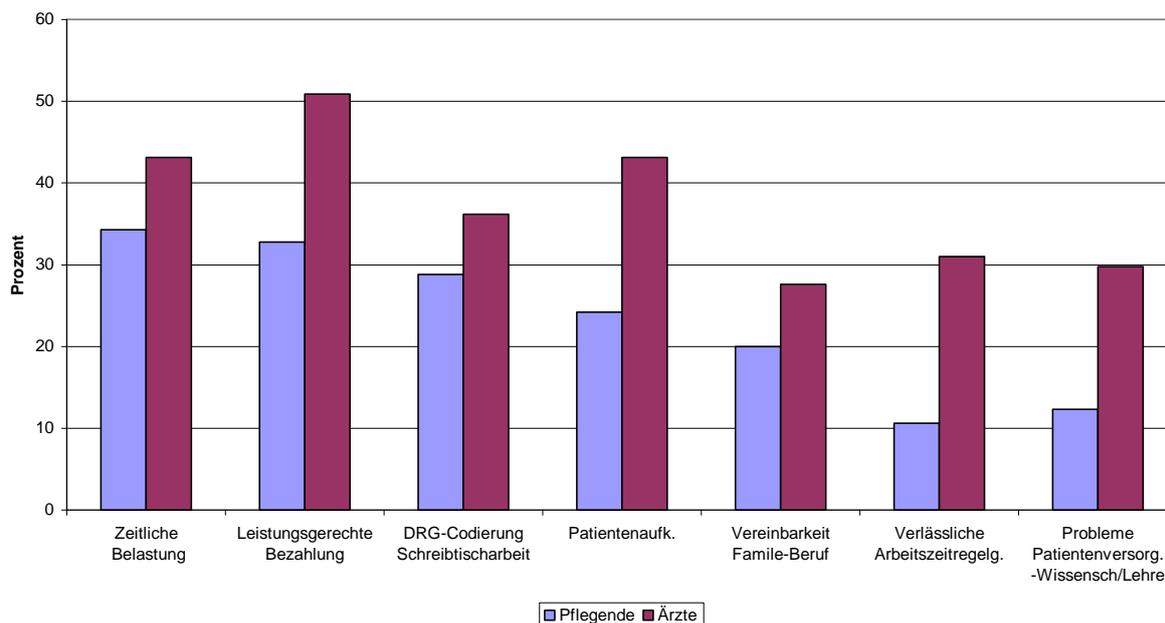


Abb. 2.7 Negativ bewertete Veränderungen im Jahr 2006 – Anteil der Nennungen unter Pflegenden (n = 67) und Ärzten (n = 66)

Die wichtigsten Bereiche sind auch hier bei beiden Berufsgruppen ungefähr die gleichen: Zeitliche Belastung, Schreib- und Dokumentationsarbeiten, eine leistungsgerechte Bezahlung sowie das Patientenaufkommen. Hier verschlechterten sich im Jahr 2006 die Bedingungen aus Sicht besonders vieler Befragter. Auffallend ist hierbei, dass die Ärzte bei den negativen Beurteilungen weniger zurückhaltend sind als bei den positiven und dass ein größerer Anteil von ihnen sich negativ äußert als bei den Pflegenden.

Deutliche Unterschiede finden sich bei der Bewertung verlässlicher Arbeitszeitregelungen, die von den Pflegenden weniger kritisch gesehen wurden als von den Ärzten. Hier sei angemerkt, dass fast genauso viel Pflegenden die Arbeitszeitregelungen verbessert fanden wie verschlechtert.

Probleme zwischen Patientenversorgung und Wissenschaft/Lehre sahen die Ärzte viel eher verschärft als die Pflegenden.

Unveränderte Bereiche

Einige Bereiche fallen dadurch auf, dass mehr als vier Fünftel der Befragten keine Veränderungen im Jahr 2006 ausmachen konnten. Angegeben sind in der folgenden Tabelle die Bereiche, bei denen mindestens 85 % der Befragten angaben, dass es keine Veränderungen gegeben habe (Tab. 2.13).

Tab. 2.13 Unverändert bewertete Belastungsfaktoren – Reihenfolge der Items entsprechend der Nennung durch die Pflegenden

	Pflegende		Ärzte	
	%	Rang	%	Rang
Qualifikation der Pflegenden	92,5	1	89,7	2
Delegationsmöglichkeiten	86,4	2,5	67,9	16
Probleme der Aufgabenteilung	86,4	2,5	74,1	11
Kooperation der Berufsgruppen	77,3	13	94,7	1
Verbindlichkeit von Absprachen	75,8	15	89,5	3
Arbeitsplatzbez. Fortbildungsmögl.	72,7	17	87,7	4

Die Konstanz in den Bedingungen sehen Pflegende und Ärzte unterschiedlich. Aus Sicht der Pflegenden hat sich bei ihrer eigenen Qualifikation, den Delegationsmöglichkeiten und den Problemen der Aufgabenteilung kaum etwas getan. Die Delegationsmöglichkeiten gehörten dagegen bei den Ärzten zu den relativ häufig genannten positiven Veränderungen.

Die Ärzte dagegen sahen die Kooperation der Berufsgruppen als nahezu unverändert an, ebenso die Verbindlichkeit von Absprachen und arbeitsplatzbezogene Fortbildungsmöglichkeiten. Die Qualifikation der Pflegenden hielten ähnlich viele anteilmäßig wie die Pflegenden selbst für unverändert.

2.5.3 Veränderungen in den Angaben zu psychosozialen Belastungen und Beanspruchungen zu beiden Zeitpunkten

Der Vergleich der sowohl in der Erstbefragung als auch in der Zweitbefragung genutzten Fragebogenteile ist mit unterschiedlichen Gruppen möglich. Zum einen kann die zum jeweiligen Messzeitpunkt vorhandene Gesamtgruppe der Pflegenden bzw. Ärzte verglichen werden. Zum anderen kann der Vergleich nur für die Personen durchgeführt werden, die an beiden Befragungen teilnahmen. Da nur jeweils etwa die Hälfte der Angehörigen beider Berufsgruppen an beiden Befragungen beteiligt war, sind die Fallzahlen für diesen Vergleich der zweimal Befragten relativ klein. Allerdings ist auch davon auszugehen, dass von denjenigen, die an der Erstbefragung nicht teilgenommen haben, der größte Teil auf personelle Fluktuation zurückzuführen ist, d. h. sie werden durchschnittlich wahrscheinlich auch weniger aktiv in den Projektverlauf eingebunden gewesen sein. Von daher ist der Vergleich der Gruppen, die an beiden Befragungen teilgenommen haben, trotz der geringen Absolutzahlen von großer Bedeutung, um Aussagen speziell für das Projekt zu erhalten.

Im Hinblick auf die mit dem COPSOQ gemessenen psychosozialen Belastungen und Beanspruchungen, ergab sich beim Vergleich aller für die beiden Zeitpunkte t1 und t2 vorliegenden Daten der Pflegenden nur eine Variable, die einen bemerkenswerten (aber nicht signifikanten) Unterschied zeigt. Bei der Zweitbefragung wird der Einfluss bei der Arbeit höher eingeschätzt als bei der Erstbefragung ($p = 0,122$) (Tab. 2.14).

Tab. 2.14 Vergleich Einfluss bei der Arbeit zu t1 und t2 für die Gesamtgruppe Pflegende

Pflegende	t1 Mittelwert (n = 95)	t2 Mittelwert (n = 70)	p-Wert
Einfluss bei der Arbeit	35,1	39,4	0,122

Hinweis: Die Skalen reichen von 0-100, 100 bezeichnet die größte Ausprägung, z. B. den größten Einfluss bei der Arbeit.

Hier kann festgehalten werden, dass die Skalen zur Erfassung der psychosozialen Belastungen und Beanspruchungen sowie Arbeitsbedingungen (die meisten davon COPSOQ-Skalen) zwar ein geeignetes Instrument darstellen, um diese Variablen individuell beschreiben zu können. Es scheint sich dabei aber um eher habituelle Variablen zu handeln. Das heißt, dass selbst bei den oben angegebenen Veränderungen die Situation allgemein ähnlich wie im Vorjahr eingeschätzt wird.

Fokussiert man für den Vergleich der Angaben zu den beiden Zeitpunkten auf die Pflegenden, die an beiden Befragungen teilnahmen, wurde das Bild vor allem dann ein wenig differenzierter, wenn die Angaben aus den einzelnen Krankenhäusern verglichen wurden. In der Regel verlor sich der entsprechende Effekt allerdings, wenn alle verfügbaren Daten zusammengefasst wurden (Tab 2.15).

Tab. 2.15 Vergleich der wichtigsten Skalen (COPSOQ) mit Unterschieden zwischen beiden Messungen (t1 zu t2 nur Pflegende, die an beiden Befragungen teilgenommen haben)

Pflegende (n = 42)	t1 Mittelwert	t2 Mittelwert	p-Wert
Führungsqualität (gepoolte Daten)	58,7	54,4	0,177
Führungsqualität (einzelnes Haus, n = 16)	66,41	50,39	0,015
Bedeutung der Arbeit (gepoolte Daten)	76,6	80,6	0,118
Bedeutung der Arbeit (einzelnes Haus, n = 12)	66,7	80,6	0,003
Verbundenheit mit Arbeitsplatz	56,0	58,0	0,177
Verbundenheit mit Arbeitsplatz (einzelnes Haus, n = 12)	51,0	57,3	0,026
Gedanke, Stelle aufzugeben	23,8	20,1	0,279
Gedanke, Beruf aufzugeben (gepoolte Daten)	18,5	14,9	0,279
Gedanke, Beruf aufzugeben (einzelnes Haus, n = 12)	25,0	12,5	0,082

Hinweis: Die Skalen reichen von 0-100, 100 bezeichnet die größte Ausprägung, z. B. die beste Führungsqualität, die höchste Bedeutung der Arbeit.

Auch wenn die Unterschiede nach t-Test für unabhängige Stichproben wegen des kleinen Stichprobenumfangs bei der Zusammenfassung der Daten aus den verschiedenen Krankenhäusern nicht signifikant sind ($p = 0,05$), zeigen die Ergebnisse relevante Tendenzen: Während die Führungsqualität der unmittelbar Vorgesetzten nach dem Projekt schlechter eingeschätzt wird, hat die Bedeutung der Arbeit für die befragten Pflegenden zugenommen, sie denken weniger daran, ihre Stelle oder gar ihren Beruf aufzugeben. Offensichtlich konnten die Befragten hier positive Veränderungen erleben, vor allem solche, die sehr allgemein zur Identifikation mit der beruflichen Arbeit beitragen. Gemessen an einer Skala von 0 - 100 sind die Veränderungen allerdings jeweils als verhältnismäßig gering einzustufen.

Bei den Ärzten scheint das Messinstrument variabler genutzt zu werden. Jedenfalls finden sich mehr und teilweise größere Unterschiede beim Vergleich der gesamten Gruppe zu t1 mit der gesamten Gruppe zu t2 (Tab. 2.16).

Tab. 2.16 Vergleich ausgewählter COPSOQ-Indikatoren (t1 zu t2 für Gesamtgruppe Ärzte)

Ärzte	t1 n = 70	t2 n = 66	p-Wert
Burnout	50,3	42,1	0,014
Einfluss bei der Arbeit	44,2	38,5	0,064
quantitative Anforderungen	78,0	74,1	0,069
soziale Unterstützung	63,7	68,4	0,134

Hinweis: Die Skalen reichen von 0-100, 100 bezeichnet die größte Ausprägung, z. B. den höchsten Burnout oder den höchsten Einfluss bei der Arbeit.

Im Vergleich der beiden Ärztegruppen am Ende und zu Beginn der Studie hat im Verlauf der Studie das Burnout abgenommen, die quantitativen Anforderungen sind leicht zurückgegangen, befinden sich aber nach wie vor auf hohem Niveau, und die soziale Unterstützung bei der Arbeit durch Kollegen und Vorgesetzte hat zugenommen. Dem steht gegenüber, dass der Einfluss bei der Arbeit zurückgegangen ist. Insgesamt gibt es eher positive Tendenzen, auch wenn diese wegen ihrer relativ geringen Größe (außer bei Burnout) nicht überbewertet werden dürfen.

Auch hier wurde ein Vergleich mit der Untergruppe derjenigen vorgenommen, die an beiden Befragungen teilgenommen haben (Tab. 2.17). Im Gegensatz zu den Ergebnissen bei den Pflegenden zeigten sich hier auch bei der Zusammenfassung der Daten aller Krankenhäuser signifikante Effekte.

Tab. 2.17 Vergleich ausgewählter COPSOQ-Indikatoren (t1 zu t2 Ärzte, die an beiden Befragungen teilgenommen haben)

Ärzte (n = 24)	t1	t2	p-Wert
Gedanke Stelle aufzugeben	28,4	38,6	0,083
Rollenkonflikt	52,2	61,4	0,018
Burnout	47,8	40,4	0,006
Rückmeldung/Feedback	37,5	46,2	0,023

Hinweis: Die Skalen reichen von 0-100, 100 bezeichnet die größte Ausprägung, z. B. den höchsten Rollenkonflikt oder das höchste Burnout.

Bei diesem Vergleich fällt als herausstechende negative Entwicklung auf, dass die Ärzte in den letzten 12 Monaten häufiger daran gedacht haben, ihre Stelle aufzugeben als im Jahr davor. Auch der Rollenkonflikt hat sich vergrößert. Dem steht als positive Entwicklung gegenüber, dass das Burnout abgenommen hat und Kollegen und Vorgesetzte häufiger ein Feedback zur Qualität der Arbeit gaben.

Beide Berufsgruppen wurden in einer Einzelfrage gefragt, wie gut die zeitlichen Arbeitsabläufe von Ärzten und Pflegenden hinsichtlich der Erledigung gemeinsamer Aufgaben zusammen passen. Der folgende Vergleich bezieht sich auf die Gesamtgruppen zu beiden Befragungszeitpunkten (Tab 2.18, Abb. 2.8).

Tab. 2.18 Qualität des Zusammenpassens von Arbeitsabläufen für gemeinsame Aufgaben (Prozentangaben)

		t1 (%)	t2 (%)
Pflegende t1: n = 95 t2: n = 70	Gut	23,9	52,2
	Neutral	20,0	20,9
	Schlecht	55,9	26,9
Ärzte t1: n = 71 t2: n = 67	Gut	41,5	45,3
	Neutral	15,7	28,1
	Schlecht	42,9	26,6

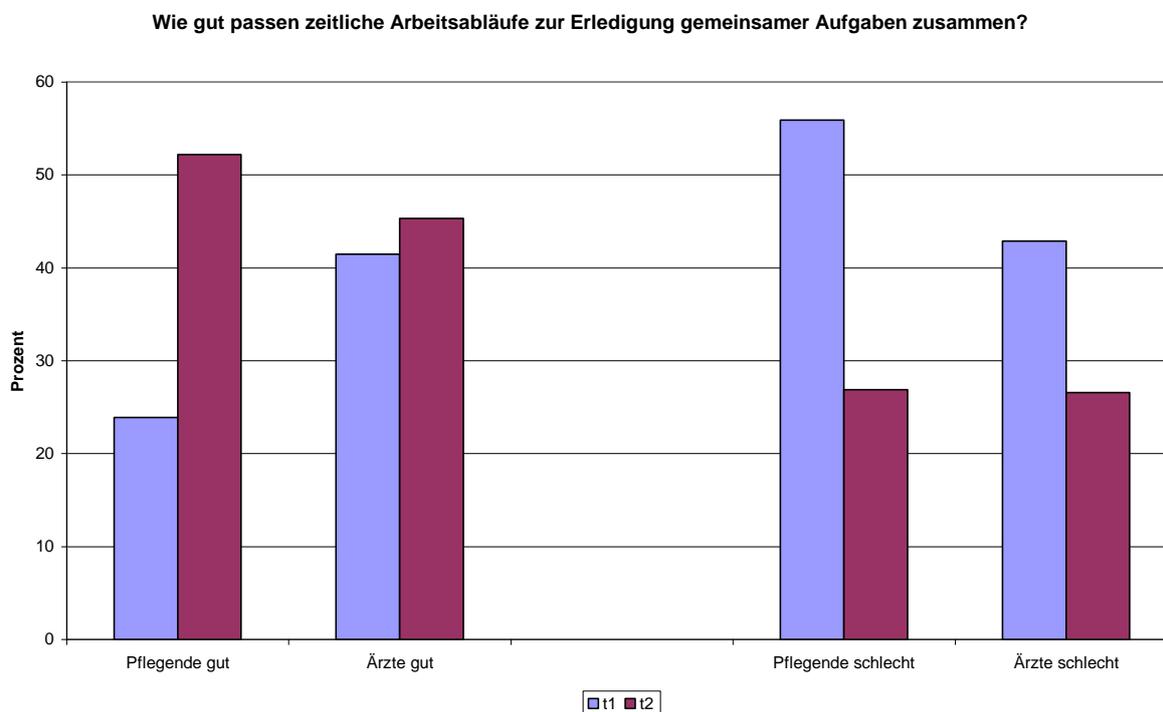


Abb. 2.8 Antworten auf die Frage: Wie gut passen die zeitlichen Arbeitsabläufe für die Erledigung gemeinsamer Aufgaben zusammen? Anteil Nennung „gut“ und „schlecht“ bei Pflegenden (t1: n = 95, t2: n = 70) und Ärzten (t1: n = 71, t2: n = 67)

Von beiden Berufsgruppen wurden die Arbeitsabläufe im Hinblick auf die Erfüllung gemeinsamer Aufgaben nach der Intervention wesentlich positiver gesehen als vorher. Während von den Pflegenden deutlich mehr als die Hälfte diese Abläufe vor der Intervention als schlecht beurteilt hatte, kehrt sich das bei der Zweitbefragung um: nun bewerteten mehr als die Hälfte der befragten Pflegenden diese als gut.

Die Ärzte hatten die Situation bei der Erstbefragung nicht ganz so kritisch gesehen wie die Pflegenden, denn hier gab es auch viele, die diese Arbeitsabläufe funktional fanden. Diese positive Bewertung änderte sich nur wenig in der Zweitbefragung, dafür aber gab es einen wesentlich geringeren Anteil an Ärzten, der sich noch negativ äußerte. Der Anteil der neutralen Einstufungen erhöhte sich in Folge deutlich.

Da die zusammenpassenden Arbeitsabläufe ein zentraler Aspekt der Intervention waren, sprechen diese Ergebnisse für deutlich positive Auswirkungen des Projektes.

2.5.4 Beurteilung des Projektes und der Projektarbeit

Schließlich wurden Fragen nach dem Projekt selbst gestellt, wobei fünf verschiedene Dimensionen erfasst wurden (Anhänge 2a und 2b, S. 9):

- die Beurteilung der Organisation des Projektes,
- der Informationsfluss über das Projekt auf Station,
- das Erleben der inhaltlichen Arbeit im Projekt und
- die Auswirkungen des Projektes.

Die Antwortmöglichkeiten waren: "sehr positiv", "positiv", "negativ", "sehr negativ", "habe das Projekt nicht erlebt".

- Abschließend wurde gefragt, ob die Befragten ihre persönlichen Veränderungswünsche im Projekt wiederfinden konnten (Tab. 2.19 und Abb. 2.9).

Tab. 2.19 Beurteilung verschiedener Dimensionen des Projekts (Prozentanteile)
(positiv zus. = Nennungen „sehr pos.“ und „positiv“ zusammengefasst)

	Pflegende (n = 70)			Ärzte (n = 67)		
	positiv zus. (%)	sehr pos. (%)	positiv(%)	positiv zus. (%)	sehr pos. (%)	positiv (%)
Organisation	80	8,9	71,1	88,4	4,7	83,7
Informationsfluss	54,2	0	54,2	31	0	31
Inhaltliche Arbeit	75	7,5	67,5	72,4	0	72,4
Auswirkungen	71,1	2,3	68,2	71,9	3,1	68,8

Da die "Extrem"beurteilung "sehr positiv" nur selten vorgenommen wurde, wird sie hier mit der einfachen positiven Beurteilung zusammengefasst.

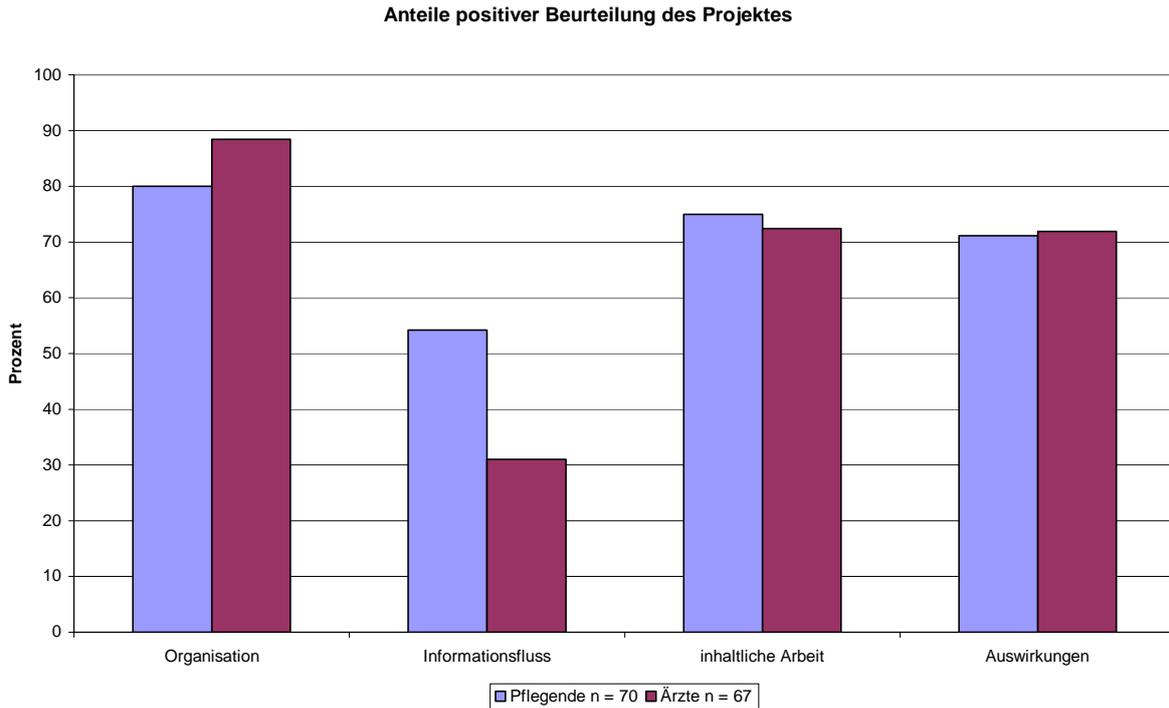


Abb. 2.9 Anteil positiver Bewertungen („sehr positiv“ und „positiv“ zusammengefasst) des Projektes im Hinblick auf Organisation, Informationsfluss, inhaltliche Arbeit und die Auswirkungen

Insgesamt wurde das Projekt von beiden Berufsgruppen überwiegend positiv beurteilt. Bei drei Dimensionen unterscheiden sich die Anteile der positiven Urteile bei Pflegenden und Ärzten wenig: Organisation, Inhalte und Auswirkungen des Projektes.

Eine der beurteilten Dimensionen wurde von beiden Berufsgruppen deutlich kritischer gesehen als die anderen. Das ist die Frage nach dem Informationsfluss über das Projekt auf Station. Noch nicht einmal jeder dritte Arzt, der das Projekt erlebt hat, konnte den Informationsfluss auf Station positiv bewerten. Bei den Pflegenden sind dies auch nur etwas mehr als die Hälfte der Befragten.

Ganz anders sieht es mit den anderen Dimensionen aus. Mit Abstand am besten fiel das Urteil über die Organisation des Projektes aus, wobei hier bemerkenswert ist, dass die sonst eher kritisch urteilenden Ärzte diese Organisation noch besser fanden als die Pflegenden. Die anderen Dimensionen wurden von nahezu drei Viertel jeweils mit guten Noten versehen. Hervorzuheben ist dabei, dass dies nicht nur für die inhaltliche Arbeit zutrifft, sondern auch für die Auswirkungen. Das heißt, dass sich für den größten Teil der Befragten im Zusammenhang mit dem Projekt etwas bewegt hat.

Befragt danach, ob die eigenen Veränderungswünsche im Projekt wiedergefunden wurden (ohne dass die Inhalte hier thematisiert wurden), zeigt sich vor allem bei den Ärzten wiederum eine kritische Einstellung zum Projekt. Während bei den Pflegenden nur etwa ein Viertel nichts von den eigenen Veränderungswünschen wiederfinden konnte, war dies bei den Ärzten fast die Hälfte (Tab 2.20). Bei beiden Berufsgruppen scheint es grundsätzlich viele Veränderungswünsche zu geben, die sich

nicht ausreichend im Projekt niederschlagen konnten. Das zeigt sich auch bei den im vorigen Abschnitt vorgestellten Veränderungen in 2006, die negativ bewertet wurden. Nicht erfasst wurde hier, ob sich die Veränderungswünsche auf die Problembereiche beziehen, die in der Projektarbeit gemeinsam mit den Projektgruppen als die prioritär zu bearbeitenden Bereiche identifiziert worden waren.

Tab. 2.20 Veränderungswünsche im Projekt wiederzufinden

	Pfleger (n = 70)			Ärzte (n = 67)		
	ja	teilweise	nein	Ja	teilweise	nein
Veränderungswünsche wieder finden	13,3 %	60 %	26,7 %	11,8 %	41,2 %	47,1 %

Weitere Auswertungen beschäftigen sich damit, ob es Zusammenhänge zwischen den Arten der Veränderungen in 2006 und der Beurteilung des Projektes gibt. Um zu untersuchen, ob es auffällige Zusammenhänge zwischen der Einschätzung der Befragten gibt, ob das Projekt positive Auswirkungen hat und den Veränderungen im Jahr 2006, wurden die befragten Pflegenden in zwei Gruppen geteilt: diejenigen, die die Projektauswirkungen positiv beurteilten, wurden mit dem Rest der Pflegenden verglichen (diejenigen mit negativen Urteilen und jenen, die das Projekt nicht wahrgenommen hatten). Die folgende Tab. 2.21 und Abb. 2.10 zeigen die Mittelwerte der Veränderungsbereiche bei denjenigen, die die Projektauswirkungen positiv beurteilt haben, im Vergleich zu allen anderen. Ausgewählt wurden nur die Items mit den größten signifikanten Unterschieden (bis $p \leq 0,03$).

Tab. 2.21 Veränderungen in 2006 in Abhängigkeit von der Beurteilung der Projektauswirkungen (Pfleger) („andere“ = Zusammenfassung aller Pflegenden, die die Projektauswirkungen nicht explizit positiv beurteilten)

	Mittelwerte (in der Rangfolge der Bedeutung von Unterschieden)			
	alle n = 70	Proj.auswirkungen positiv n = 31	Projektauswirkungen andere n = 39	p-Wert
Engagement Pflegenden für Veränderungen auf Station	1,76	1,47	2,03	0,000
Warten auf Ärzte	1,63	1,33	1,89	0,000
Kommunikation mit Ärzten	1,73	1,45	1,97	0,000
Organisation von Patiententlassungen	1,79	1,48	2,06	0,000
Schwierigkeiten bei Entscheidungsprozessen	1,94	1,77	2,09	0,002
Organisation der Patientenaufnahme	1,94	1,690	2,06	0,003

Hinweis: Die Skala reicht von 1 bis 3, je höher der Wert, desto negativer wurde die Veränderung in 2006 bewertet

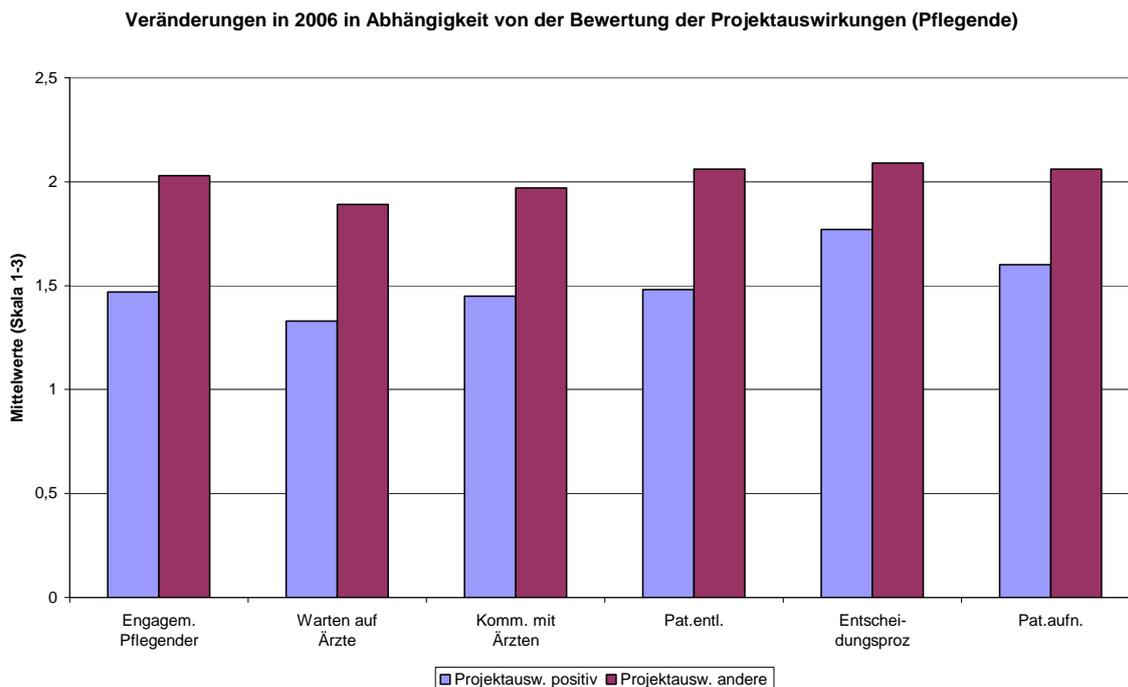


Abb. 2.10 Durchschnittliche Bewertung (Mittelwert) verschiedener Parameter der Zusammenarbeit auf Station in Abhängigkeit von der Projektbewertung - Pfleger. Skala von 1 (= positiv verändert im Jahr 2006) bis 3 (= negativ verändert im Jahr 2006); („andere“ = Zusammenfassung aller Pfleger, die die Projektauswirkungen nicht explizit positiv beurteilten)

Dass Veränderungen von denjenigen positiver bewertet wurden, die die Projektauswirkungen positiv bewerteten, war zu erwarten. Während die drei Themenbereiche mit den bedeutsamsten Unterschieden zwischen den beiden Gruppen auch zu den allgemein am positivsten bewerteten Bereichen gehören, gewinnen andere Themen hier an Bedeutung: das sind neben der Organisation der Patientenentlassung und -aufnahme vor allem die Schwierigkeiten bei Entscheidungsprozessen.

Zur Ergebnisauswertung bei der Berufsgruppe der Ärzte wurde das gleiche Auswertungsverfahren angewandt. Die wichtigsten Zusammenhänge zwischen den positiven Projektauswirkungen und den Veränderungen in 2006 dargestellt (hier allerdings bis zu einem Signifikanzniveau von $p \leq 0,05$) sind in Tab. 2.22 und in Abb. 2.11 dargestellt.

Tab. 2.22 Beurteilung der Projektauswirkungen 2006 (Ärzte) („andere“ = Zusammenfassung aller Ärzte, die die Projektauswirkungen nicht explizit positiv beurteilten)

Ärzte	Mittelwerte (in der Rangfolge der Bedeutung von Unterschieden)			
	alle n = 58	Projektauswirkungen positiv n = 23	Projektauswirkungen andere n = 35	p-Wert
Qualifikation der Pflegenden	2,03	1,91	2,11	0,018
Koordination der Schnittstellen mit anderen Berufen	1,97	1,78	2,09	0,020
Organisation von Patiententlassungen	1,70	1,52	1,82	0,023
Engagement der Ärzte für Veränderungen auf Station	1,77	1,62	1,88	0,027
Klare Definition ärztlicher und pflegerischer Aufgaben	1,82	1,70	1,91	0,035
Engagement von Pflegenden für Veränderungen	1,88	1,74	1,97	0,042

Hinweis: Die Skala reicht von 1 bis 3, je höher der Wert, desto negativer wurde die Veränderung in 2006 bewertet

Veränderungen im Jahr 2006 in Abhängigkeit von der Bewertung der Projektauswirkungen (Ärzte)

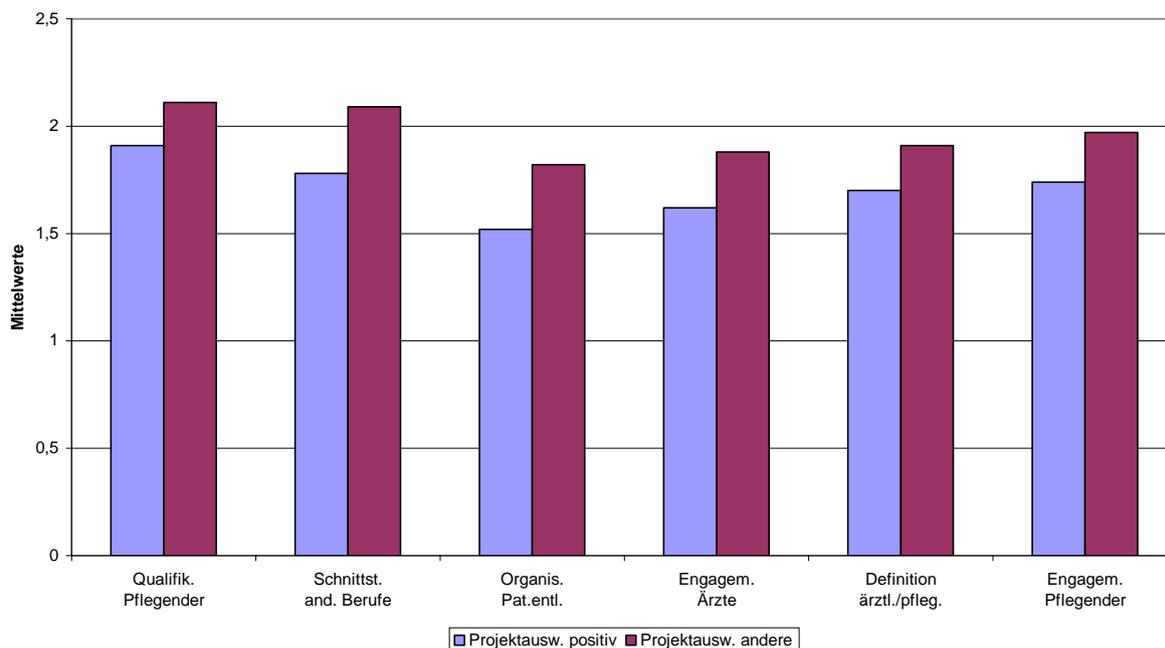


Abb. 2.11 Durchschnittliche Bewertung (Mittelwert) verschiedener Parameter der Zusammenarbeit auf Station in Abhängigkeit von der Projektbewertung - Ärzte. Skala von 1 (= positiv verändert im Jahr 2006) bis 3 (= negativ verändert im Jahr 2006); („andere“ = Zusammenfassung aller Ärzte, die die Projektauswirkungen nicht explizit positiv beurteilten)

Dieses Bild unterscheidet sich von dem der Pflegenden, denn hier steht an erster Stelle die Qualifikation der Pflegenden. Diese wurde von den Ärzten, die die Projektauswirkungen positiv bewerteten, eher positiv verändert angesehen, obwohl sie von den Ärzten insgesamt zu 90 % als unverändert eingeschätzt wurde. Gefolgt wird dies von der Koordination von Schnittstellen mit anderen Berufen und der Organisation von Patiententlassungen. Auch bei den Ärzten zeigt sich ein Zusammenhang zwischen dem Engagement der eigenen Berufsgruppe und der Bewertung der Projektauswirkungen, zusätzlich gilt dies aber auch für das Engagement der Pflegenden. Schließlich bewerten die Ärzte, die die Definition der jeweiligen Aufgabenbereiche als verbessert ansehen, auch die Projektauswirkungen besser.

Insgesamt sind die Unterschiede bei den Pflegenden deutlich größer als bei den Ärzten, sie unterscheiden also stärker zwischen positiven und negativen Entwicklungen.

Individuelle Unterschiede bei den Angaben zu psychosozialen Belastungen und Beanspruchungen nach der Bewertung der Projektauswirkungen

Neben den gruppenbezogenen Unterschieden zwischen t1 und t2 können individuelle Unterschiede bei der Beurteilung der psychosozialen Belastungen und Beanspruchungen Auskunft darüber geben, inwieweit die Befragten Veränderungen nach der Interventionsphase wahrnehmen. Hierzu wurden die Mittelwerte aus den individuellen Messwertdifferenzen gebildet und in Abhängigkeit von der Projektbewertung analysiert. Anders als bei den obigen Analysen (Tab. 2.21 und 2.22) handelt es sich folglich nicht um Angaben aller Befragten zum Zeitpunkt t1 und t2, sondern nur um die

Werte der Personen, von denen Daten zu beiden Befragungszeitpunkten vorlagen und eindeutig zugeordnet werden konnten.

Bei den Pflegenden konnten nur für 28 Personen insgesamt Differenzen in den Skalen für Erst- und Zweitbefragung berechnet werden. Bei den Ärzten waren dies sogar nur 12 Personen.

Insgesamt muss festgehalten werden, dass sich nur bei wenigen Skalen erwähnenswerte Unterschiede fanden. Bei den folgenden Mittelwerten der Ergebnisdifferenzen ist zu bedenken, dass die Skalen eine Spannweite von 0 - 100 haben (Tab. 2.23).

Tab. 2.23 Durchschnittliche individuelle Differenzen in den COPSOQ-Skalen zwischen Erst- und Zweitbefragung nach Beurteilung der Projektauswirkungen (Pflegende)

Skalen	Durchschnittliche Differenz n = 28	Beurteilung der Projektauswirkungen		p
		positiv n = 19	negativ n = 9	
Gedanke Beruf aufzugeben	+ 3,7	- 4,2	+ 19,4	.015
Burnout	+ 1,1	- 4,2	+ 11,6	.030
Rollenklarheit	+ 0,9	- 2,3	+ 7,6	.064
Arbeitsplatzunsicherheit	- 0,9	- 4,6	+ 6,9	.112

Von den 19 in den Fragebögen verwendeten Skalen zur Beschreibung der Belastungen und Beanspruchungen gab es bei den Pflegenden in fünf Bereichen sichtbare Unterschiede, die allerdings wegen der kleinen Gruppe (n = 28) außer bei den ersten beiden nicht signifikant sind ($p \leq 0,05$) (Tab. 2.23). Diejenigen, die die Projektauswirkungen positiv beurteilten, dachten nach der Intervention weniger daran, den Beruf aufzugeben und litten weniger unter Burnout. Allerdings sind die Veränderungen gegenüber der Erstbefragung nur sehr gering. Wesentlich deutlicher ist zu sehen, dass diejenigen, die das Projekt nicht positiv beurteilten, nach der Intervention sehr viel intensiver daran dachten, den Beruf aufzugeben und sehr viel stärker unter Burnout litten.

Die anderen Zusammenhänge bzw. Unterschiede sind im Vergleich dazu relativ gering. Die geringe negative Differenz der Rollenklarheit bei denjenigen, die das Projekt positiv beurteilten, kann als unerheblich eingestuft werden. Hingegen ist die Zunahme der Rollenklarheit bei den gegenüber den Projektauswirkungen kritischer eingestellten Pflegenden bemerkenswert. Erklärungen haben aber reinen Spekulationscharakter.

Die Ärzte, die die Projektauswirkungen positiv beurteilten, bewerteten ihre weitere Entwicklungsmöglichkeiten schlechter als vor der Projektintervention, während die Kritischeren hier die Chancen zur Entwicklung eher positiver als vorher ansahen (Tab. 2.24). Plausibel ist dagegen das Ergebnis, dass diejenigen, die die Projektauswirkungen positiv beurteilten, die Vorhersehbarkeit bei der Arbeit nunmehr besser

einschätzten, während diese Einschätzung bei den Kritischeren deutlich abgenommen hat.

Hier muss wegen der geringen Anzahl besonders vor Überinterpretationen gewarnt werden.

Tab. 2.24 Durchschnittliche individuelle Differenzen in COPSOQ-Skalen zwischen Erst- und Zweitbefragung nach Beurteilung der Projektauswirkungen (Ärzte)

Skalen	Durchschn. Differenz	Projektauswirkungen positiv n = 7	Projektauswirkungen negativ n = 5	p
Entwicklungsmöglichkeiten	- 2,8	- 9,5	+ 6,7	0,056
Vorhersehbarkeit	0	+ 8,9	- 12,5	0,107

2.5.5 Zusammenfassung und Interpretation der Evaluationsergebnisse

Einige zentrale Reibungsflächen konnten aus Sicht der befragten Pflegenden und Ärzte durch die Arbeit im Projekt reduziert werden. Das betrifft vor allem das Problem, dass die Akteure der jeweils anderen Berufsgruppe auch vor Ort waren, wenn dies notwendig war. Ähnlich positiv wird die Entwicklung der Organisation von Patientenentlassungen bewertet. Hervorzuheben ist hierbei, dass diese am positivsten bewerteten Veränderungen von beiden Berufsgruppen am häufigsten genannt werden und eine enge Kooperation der Berufsgruppen erfordern. Dies zumindest kann auf direkte oder indirekte Folgen des Projekts zurückgeführt werden.

Zum anderen berichten beide Gruppen von eher atmosphärischen Verbesserungen wie der Kommunikation innerhalb der eigenen und mit der jeweils anderen Berufsgruppe und einem verbesserten Engagement der Pflegenden und der Ärzte. Wahrscheinlich ist, dass Verbesserungen interdisziplinärer Kooperation und Kommunikation die Verbesserung der disziplinären voraussetzt oder mit sich bringt. Nahe liegend ist, dass die Organisation von Patientenentlassungen und -aufnahmen im Zuge des schnelleren Patientendurchlaufs an Bedeutung gewinnen. Auch hier wurden Verbesserungen aus Sicht der Befragten erreicht.

Im Zusammenhang mit den seit Kurzem wieder heftig diskutierten Möglichkeiten oder auch Forderungen nach der Delegation von Aufgaben der Ärzte an Pflegenden und von Pflegenden an Hilfskräfte ist die unterschiedliche Beurteilung der Veränderungen bei den Delegationsmöglichkeiten aufschlussreich. Für mehr als ein Viertel der befragten Ärzte hat sich hier in 2006 etwas zum Positiven verändert, während die Pflegenden wenig Veränderungen und tendenziell mehr Verschlechterungen als Verbesserungen sehen.

Bei der Wahrnehmung von Bedingungen, die sich verschlechtern haben, unterscheiden sich die beiden Berufsgruppen im Hinblick auf die Rangfolge deutlicher, wobei die zeitliche Belastung und die schlechte Bezahlung bei beiden weit vorne stehen. Insgesamt werden von den Ärzten sehr viel mehr Verschlechterungen beschrieben als von den Pflegenden.

Im Hinblick auf das Projekt muss festgehalten werden, dass die zeitliche Belastung im Zusammenhang mit einem erhöhten Patientenaufkommen genannt wird und offenbar auch durch verbesserte Arbeitsabläufe nicht kompensiert werden konnte. Die anderen als verschlechtert beschriebenen Bereiche, wie die Bezahlung, das Patientenaufkommen und die DRG-Codierung waren nicht Gegenstand der Intervention und konnten durch das Projekt nicht beeinflusst werden.

Von gewisser politischer Bedeutung ist das Ergebnis, dass die leistungsgerechte Bezahlung von mehr als der Hälfte der befragten Ärzte in 2006 als verschlechtert angesehen wurde, handelte es sich doch um das Jahr, in dem Ärzte erfolgreich für eine verbesserte Bezahlung gestreikt hatten.

Einige Indikatoren der Arbeitsbelastungen zeigen bei den Untergruppen, die an beiden Befragungen teilgenommen haben, dass die Pflegenden ihre Situation nach der Projektintervention etwas besser einschätzen mit Ausnahme der Führungsqualität, die sie eher schlechter einstufen. Bei den Ärzten hat zwar das Burnout abgenommen, offenbar auch die quantitativen Anforderungen, dafür geben sie an, dass sie weniger Einfluss auf ihre Arbeit haben.

Ärzte und Pflegende wurden vor und nach der Intervention gefragt, wie gut die zeitlichen Arbeitsabläufe für die Erledigung gemeinsamer Aufgaben zusammenpassen. Auch hier steigt die positive Bewertung bei den Pflegenden deutlich, aber auch von den Ärzten geben wesentlich weniger an, dass sie schlecht zusammen passten. Bei den Ärzten ist auffallend, dass sie schon zu Beginn des Projektes die Arbeitsabläufe deutlich besser zusammen passend fanden als dies die Pflegenden taten.

Hier kann nur darüber spekuliert werden, ob die kritische Aussage der Pflegenden in der Ist-Analyse damit verbunden ist, dass sie ihre eigenen Arbeitsabläufe von den Ärzten zu wenig respektiert sehen. Ganz offensichtlich aber gab es bei den zeitlichen Arbeitsabläufen trotz der gebliebenen oder verschlechterten quantitativen und zeitlichen Belastung deutliche Verbesserungen.

Beurteilt wurde das Projekt insgesamt von allen Befragten überwiegend positiv, sowohl von den Ärzten als auch von den Pflegenden. Hier finden sich auch kaum Unterschiede im Anteil der positiven Nennungen zwischen Ärzten und Pflegenden unabhängig davon, ob es sich um die Organisation des Projektes, die inhaltliche Arbeit oder seine Auswirkungen handelt. Lediglich der Informationsfluss über das Projekt auf den Stationen wird eher kritisch gesehen, insbesondere die Ärzte bemängeln dies. Hierbei muss allerdings bedacht werden, dass etliche der befragten Ärzte einen großen Teil der Projektzeit nicht auf den Projektstationen erlebt haben. Für einige Pflegende gilt dies ebenfalls.

Deutlich zeigt sich darüber hinaus, dass die allgemeine Projektbewertung eng mit der Bewertung der Veränderungen während der Projektlaufzeit verbunden ist: diejenigen, die positive Veränderungen häufiger nennen, bewerten die Projektauswirkungen insgesamt auch positiver. Das gilt für Pflegende und Ärzte gleichermaßen, allerdings für die Pflegenden wieder mit größeren Unterschieden als für die Ärzte.

Auch wenn diese einfachen Zusammenhänge keinen Hinweis auf kausale Richtungen geben, sollten bei der Interpretation der Ergebnisse immer beide Richtungen erwogen werden. So wäre es auch möglich, dass für diejenigen, die vor allem negative Entwicklungen in 2006 wahrgenommen haben, das Projekt auch nichts Positives bewirken konnte.

Ähnliche Überlegungen stellen sich, wenn einige Pflegende nach der Intervention deutlich stärker mit dem Gedanken spielen den Beruf aufzugeben und stärker unter Burnout zu leiden scheinen als vorher. Durchaus möglich ist, dass diejenigen, die aussteigen wollen und unter Burnout leiden, dermaßen resigniert sind, dass sie einem solchen Projekt auch nichts Positives mehr abgewinnen können.

Nahezu die Hälfte der Ärzte und gut ein Viertel der Pflegenden geben an, dass sie ihre persönlichen Veränderungswünsche im Projekt nicht wiederfinden konnten. Zu beachten ist wiederum, dass nicht alle Befragten zu Beginn des Projektes bei der Findung der prioritär zu bearbeitenden Probleme teilnehmen konnten. Dennoch heißt dieses Ergebnis, dass es noch viele Probleme aus Sicht der Pflegenden und Ärzte gibt, die der Lösung harren.

Bei allen Veränderungen sind die Ärzte mit der Nennung positiver Entwicklungen wesentlich zurückhaltender als die Pflegenden, umgekehrt verhält es sich mit den als negativ bewerteten Entwicklungen, die die Ärzte zu größeren Anteilen monieren. Außerdem deutet sich an, dass von den Pflegenden das Verhalten der Ärzte aufmerksamer wahrgenommen wird als von den Ärzten das der Pflegenden.

2.6 Diskussion

2.6.1 Ergebnisse

Die Interpretation der Ergebnisse muss vor dem Hintergrund der allgemeinen Entwicklungen in den Krankenhäusern gesehen werden, die im Eingangskapitel (Kap. 1.1) geschildert wurden. Die Einführung der DRG-basierten Finanzierung verleiht der vorher bereits erfolgten Verweildauerkürzung und Bettenreduktion neue Geschwindigkeiten, hinzukommen ökonomische Zwänge und Denkweisen, die die Versorgung beeinflussen. In diese Richtung deuten auch die Ergebnisse aus dem Vergleich der COPSOQ Daten der Validierungsstudie mit denen der Ist-Analyse des hier durchgeführten Projekts: psychosoziale Belastungen und Beanspruchungen sind sowohl aus Sicht der Ärzte als auch der der Pflegenden gestiegen.

Da die DRG-Codierung unmittelbar erlösrelevant ist, erhalten ärztliche Urteile im Sinne von Diagnosen und einigen Prozeduren über den engeren Arbeitszusammenhang hinaus noch eine andere, nämlich ökonomische Bedeutung. Das ärztliche Handeln muss also in die diagnostisch/therapeutischen Handlungsziele auch die ökonomischen integrieren. Dies kann zu erheblichen ethischen Konflikten führen.

Für den Pflegebereich sind bisher noch keine Indikatoren vorgesehen, die die erforderlichen pflegerischen Ressourcen im DRG-System als erlösrelevante Kategorien identifizieren. Damit verbunden ist vielfach die Auffassung, dass Pflege als Sparpotential angesehen werden kann. Nur dies macht den im Vergleich zum ärztlichen Dienst übermäßigen Stellenabbau im Pflegedienst erklärlich. Dies begründet aber auch, dass die Arbeitsplatzunsicherheit von den Ärzten als geringer angegeben wurde als von den Pflegenden.

Vor diesem Hintergrund ist vielleicht auch zu verstehen, dass insgesamt für die Pflegenden das Projekt und die damit verbundenen Maßnahmen größere Bedeutung gehabt zu haben scheint als für die Ärzte, finden sich in den Antworten der Pflegenden doch positive Bewertungen in weit größerem Ausmaß. Relativ weniger Ärzte

bewerteten Veränderungen positiv als dies bei Pflegenden der Fall war und umgekehrt bewerteten relativ mehr Ärzte Veränderungen negativ. Bereits in der Ist-Analyse hatte sich gezeigt, dass die Pflegenden stärker als die Ärzte Kommunikationsprobleme zwischen beiden Berufsgruppen wahrnahmen und auch Schwierigkeiten im Hinblick auf die Wertschätzung durch die Ärzte angaben.

Dieses Ergebnis stützt aber auch die Beobachtung bei der Begleitung der Projektgruppen, dass es in der Regel die Pflegenden waren, die sich für die Organisation und den Fortbestand der Gruppen einsetzten, während dies bei den Ärzten sehr unterschiedlich war. Es gab einige Ärzte, die sehr aktiv Veränderungen betrieben haben, andere haben sich der Gruppenarbeit entzogen; im Fall einer Station führte dies zu dem vorzeitigen Austritt aus der Projektarbeit.

Im Zusammenhang mit der in der Einleitung erwähnten weitreichenden Diskussion um die Delegation von Aufgaben teurerer Berufsgruppen an die billigeren, vor allem von den Ärzten an die Pflegenden, fällt auf, dass Ärzte hier Verbesserungen in 2006 angaben. Sie konnten offenbar Aufgaben leichter delegieren, während die Pflegenden angaben, dass das für sie im Wesentlichen unverändert geblieben war. Das bedeutet, dass bei allgemein steigender Arbeitsverdichtung, Ärzte Aufgaben weitergeben konnten und zwar an die Pflegenden, während diese kaum etwas abgeben konnten. Gleichzeitig aber wurden Arztstellen ausgebaut, wie in Kapitel 1.1. beschrieben und Pflegestellen abgebaut. Die Arbeit für die Pflegenden verdichtet sich unter diesen Strukturbedingungen noch mehr als die der Ärzte. Trotz dieser zunehmenden Arbeitsverdichtung nahmen die Pflegenden ihren Arbeitsplatz teilweise als bedroht wahr.

Etwas anderes zeigt sich bei der Bewertung der Arbeitsorganisation. Die zeitlichen Arbeitsabläufe haben sich aus Sicht der Pflegenden für die Zusammenarbeit drastisch verbessert, für die Ärzte etwas weniger, obwohl sie sie auch deutlich weniger schlecht darstellen als vor der Intervention. Interessant ist das Ergebnis dieser Frage aber auch, weil die Ärzte das Zusammenspiel der Arbeitsabläufe in der Erstbefragung viel besser eingestuft haben als die Pflegenden. Die Vermutung, dass jede Berufsgruppe bei dieser Frage andere konkrete Teile der Arbeitsabläufe meint, ist naheliegend. Auch hier ist anzunehmen, dass die Ärzte ihre Arbeitsstrukturen als die vorrangigen ansehen und die der Pflegenden an ihre Prioritäten anzupassen seien. Denn ganz offensichtlich haben die Ärzte trotz ihrer sonst eher kritischen Einstellung nicht wahrgenommen, dass die Pflegenden mit den Arbeitsabläufen außerordentlich unzufrieden waren. Bei den Änderungswünschen in der Ist-Analyse stand der Wunsch nach Wertschätzung durch die andere Berufsgruppe bei den Pflegenden an dritter Stelle, bei den Ärzten an 15. Stelle (Tab. 2.6). Auch die Klarheit der Definition von ärztlichen und pflegerischen Aufgaben war den Pflegenden wesentlich wichtiger (6. Stelle) als den Ärzten (16. Stelle).

Wenn also ein Drittel der Pflegenden und noch etwas mehr Ärzte angaben, dass die zeitlichen Belastungen in der Projektlaufzeit schlechter geworden sind, so kann angenommen werden, dass diese Art der zeitlichen Belastungen solche sind, die kaum durch die Veränderung von Arbeitsabläufen beeinflusst werden können. Denn die Abläufe passen besser zueinander, das Warten auf die jeweils andere Berufsgruppe, weil man sich braucht, hat sich deutlich reduziert, die Kommunikation wurde verbessert.

Auffallend bei den Ärzten ist das äußerst negative Urteil über die Entwicklung der Bezahlung in der Zeit der Projektarbeit. Dies muss angesichts der Tatsache, dass während der Projektzeit die großen Ärztestreiks des Marburger Bundes stattgefunden haben, zumindest erstaunen.

Das wichtigste Ergebnis des Projektes ist aber, dass es unter den vorhandenen externen Rahmenbedingungen und internen Gegebenheiten überhaupt möglich war, die aktive Beteiligung Pflegender und Ärzte zu Veränderungsprojekten gewinnen zu können und tatsächlich effektiv Veränderungen erreicht zu haben. Die Bedingungen waren nicht nur schwierig, weil die DRG-basierte Finanzierung einen verstärkten Druck auf Ökonomisierung mit Verweildauerkürzung ausübt, daraus folgend Umstrukturierungen der Organisation erforderlich werden und die bekannte Arbeitsverdichtung zunimmt. Während der Projektlaufzeit wurden außerdem Streiks von Pflegenden (kürzer) und Ärzten (länger) durchgeführt und nur die letztere Berufsgruppe erzielte damit auch ökonomisch wirksame Ergebnisse für sich.

Die Grenzen eines solchen Organisationsentwicklungsprozesses, der in diesem Projekt erprobt wurde, zeigen sich aber auch darin, dass es Belastungen gibt, die für Pflegende und Ärzte von großer Bedeutung sind, die aber mit diesen Methoden nicht reduziert werden können. Dazu gehören die beiden Themen, die sowohl von Pflegenden als auch von Ärzten an erster Stelle bei der Frage nach Änderungs- und Verbesserungsbedarf in der Ist-Analyse genannt wurden: Die leistungsgerechte Bezahlung und der Dokumentationsaufwand. Wie widrig die Rahmenbedingungen waren, zeigt sich darin, dass genau diese Bereiche, vor allem die Bezahlung vorrangig von Ärzten aber auch den Pflegenden ein Jahr später als verschlechtert angesehen wurde. Ähnliches galt für die Schreib- und Dokumentationsarbeiten. Dies sind Bedingungen, die zwar die Projektarbeit gefährdeten, aber entweder vom Projekt nicht beeinflusst werden konnten (z. B. Bezahlung) oder nur dann im Fokus der Intervention standen, wenn die Projektgruppe in diesem Bereich ein priorisiertes Problem definiert hatte (z. B. Integration der ärztlichen und pflegerischen Dokumentation auf einer Projektstation).

Schließlich wurde in dieser Zeit eines der Projekthäuser privatisiert, was ebenfalls zu erheblicher Unruhe in diesem Haus geführt hat. Auch dies war über das Projekt nicht zu beeinflussen.

Die Abschlussworkshops haben gezeigt, dass es nicht nur die Pflegenden waren, die eine Institutionalisierung gemeinsamer Projektarbeit wünschten. In einigen Gruppen war es gelungen, Ablaufstrukturen für Veränderungsprozesse zu etablieren, genaue Ziele für erreichbare, fassbare und damit auch messbare Veränderungen festzulegen, die nach Beendigung der offiziellen Projektlaufzeit bearbeitet werden sollten. In einigen Stationen allerdings reduzierte sich die geplante Weiterarbeit auf die Pflegenden. Die Abschlussgespräche haben noch einmal gezeigt, dass derartige Gruppen, auch wenn sie an der Basis angesiedelt sind, nicht leben, wenn sie nicht von der Managementebene gefordert und gefördert werden. Das gilt sowohl für das Pflegemanagement wie auch ganz besonders für das ärztliche.

Als wesentliches Ergebnis kann festgehalten werden, dass die Zusammenarbeit von Pflegenden und Ärzten einen grundlegenden Faktor für eine gute Qualität der Patientenversorgung im Krankenhaus darstellt, aber nicht länger in traditionell hierarchischer Weise betrieben werden kann. Mangelnde Wertschätzung hat in weiten Berei-

chen der Pflege zu einer Art Boykothaltung geführt, letztlich zu Lasten der Patienten. Zusammenarbeit in der komplexen Organisation Krankenhaus ist ein soziales Geschehen, das mit der Bereitschaft der Menschen verbunden sein muss, gemeinsam zu agieren. Es handelt sich um einen Prozess, der permanent bewusst gestaltet werden muss. Das heißt darüber hinaus auch, dass es Strukturen und Regeln geben muss, die einen Rahmen für diese Zusammenarbeit liefern und die für alle verbindlich sind. Dieser strukturelle Rahmen gibt damit die Möglichkeit der gemeinsamen Ausrichtung zur Zielerreichung. An diesen Strukturen und Regeln ist vielfach in den Projektgruppen gearbeitet worden.

Bewirkt hat das Projekt bei allen Beteiligten die Erkenntnis, dass eine solche Projektstruktur positive Veränderungen in Gang setzen kann, die aber möglicherweise ohne die Unterstützung von außen weder in dieser Form wahrgenommen worden noch so hätten bearbeitet werden können.

2.6.2 Methodik

Das Projekt „Arbeitsbedingungen im Krankenhaus“ wurde als praxisnahes Interventionsprojekt konzipiert. Entsprechend der Zielsetzung des Projektes³ lag der Fokus darauf, einen Organisationsentwicklungsprozess zu begleiten und voranzutreiben. Die Einbettung in die Praxis bedingte, dass die Intervention nicht inhaltlich einheitlich durchgeführt werden konnte, sondern die Einheitlichkeit eben darin bestand, dass sich der Organisationsentwicklungsprozess jeweils an den Themen der Projektstationen ausrichtete. Die Erfassung möglicher Effekte der Intervention erfolgte im „vorher-nachher“-Vergleich auf den Projektstationen ohne Mitführung einer Kontrollgruppe. Die Zahl der Krankenhäuser ($n = 3$) war vom Auftraggeber vorgegeben. Über die Betrachtung von zwei Projektstationen chirurgischer und nicht-chirurgischer Ausrichtung sollte sichergestellt werden, dass ein möglichst großes Spektrum an Ansatzpunkten für die Verbesserung der Zusammenarbeit von Pflegenden und Ärzten erfasst werden konnte. Zugleich sollten Hinweise darauf erhalten werden, ob sich jeweils in Abhängigkeit von der fachlichen Ausrichtung der Station oder der Rahmenbedingungen eines Krankenhauses typische Problemfelder ergeben.

Mit der gewählten Methodik lassen sich keine Aussagen zur Effektivität und/oder Effizienz der Intervention geben.

Im Projekt wurden standardisierte Instrumente für die Befragungen vor Beginn (IST-Analyse) und nach Abschluss (Zweitbefragung bzw. Evaluation) der Intervention verwendet. Die Fragebögen waren berufsgruppenspezifisch formuliert.

Der Fragebogen (Anhang 1) bestand hierbei unter anderem aus Skalen, die der deutschen Version des COPSOQ entnommen wurden (NÜBLING et al., 2005). Hierdurch war der Vergleich mit Angaben für Ärzte und Pflegende aus der COPSOQ-Validierungsstudie im Jahr 2003/2004 möglich. Allerdings muss beim Vergleich der Daten aus den beiden Zeiträumen beachtet werden, dass das Vergleichskollektiv aus der COPSOQ-Validierungsstudie – v.a. im Hinblick auf die Ärzte – sehr klein war und keine Angaben im Hinblick auf die Arbeitssituation der Beschäftigten vorlagen.

³ BAuA: Ausschreibungstext zum Projekt F 2032 "Arbeitsbedingungen im Krankenhaus". <http://www.baua.de/de/Ueber-die-BAuA/AusschreibungenStellenangebote/Forschungsprojekte/Projektausschreibungen.html> (Abruf am 26.11.2004)

Für den Vergleich der Angaben vor und nach der Intervention wurde ebenfalls auf die COPSOQ-Skalen zurückgegriffen. Zugleich standen die Angaben zur Zusammenarbeit der beiden Berufsgruppen und innerhalb der Berufsgruppen auf der Station zur Verfügung. Während vor der Intervention nach den Ursachen für allgemeine Probleme im Arbeitsablauf und nach dem subjektiven Veränderungsbedarf gefragt wurde, konnten die Befragten nach der Intervention die im Jahr 2006 erlebten Veränderungen angeben. Allerdings machten nicht alle Befragten, die an beiden Befragungen teilnahmen, die für die individuelle Zuordnung erforderlichen Angaben auf den Fragebögen.

Dies führte dazu, dass die Fallzahlen für den individuellen Vergleich (vor und nach der Intervention) sehr klein waren, nämlich nur $n = 30$ Ärzte und $n = 51$ Pflegende umfasste. Der geringe Umfang des Kollektivs mag auch bedingen, dass im COPSOQ nur wenige Veränderungen (im Hinblick auf den Umfang der Änderung) über die Projektlaufzeit dokumentiert werden konnten.

Unter den Bedingungen des vorliegenden wissenschaftlich geprägten Projektes erwies sich der Fragebogen sowohl bei der Erst- als auch bei der Zweitbefragung als praktikables Erhebungsinstrument. Die hohe Standardisierung und der mögliche Vergleich mit den Daten einer Referenzgruppe und/oder den Beschäftigten anderer Krankenhäuser ermöglichen den Einsatz des Instrumentes auch unter dem Aspekt des Benchmarking. Aufgrund der Komplexität der Auswertung und der Bewertung der Ergebnisse scheint es jedoch geboten, mit einer externen Stelle (Anforderung: statistische und/oder sozialwissenschaftliche Erfahrungen) zusammenzuarbeiten, wenn mit diesem oder einem ähnlichen Instrument für die Ist-Analyse und die abschließende Evaluation gearbeitet werden soll. Die Einbindung einer entsprechenden externen Kompetenz ist auch aus Gründen des Datenschutzes unabdingbar: viele Beschäftigte äußerten Zweifel dahingehend, ob die Befragung tatsächlich anonym erfolgt und Rohdaten nicht von Vorgesetzten eingesehen werden können.

Generell erwies sich das Konzept der Ist-Analyse mittels standardisiertem Fragebogen als ausgesprochen sinnvoll, da so eine Grundlage für die Diskussion im Start-Workshop gegeben war. Die Teilnehmenden des Start-Workshops konnten sich derart zunächst mit den Ergebnissen der Befragung auseinandersetzen und mussten nicht unmittelbar ihre persönliche Meinung äußern.

Bei der Zweitbefragung standen Angaben zu den erlebten Veränderungen und zur Statureinschätzung (COPSOQ-Skalen, Fragen zur Zusammenarbeit auf Station und zu Problemen im Alltag) zur Verfügung. Im Vergleich beider Fragenkomplexe wurde deutlich, dass die vergleichende Einschätzung („was hat sich geändert?“) sensitiver aber auch artefaktanfälliger ist als die eher beschreibende Abfrage der Situation. Dennoch ergaben sich auch z. B. bei den COPSOQ-Skalen im Prä-/Post-Vergleich deutliche Unterschiede in beiden Berufsgruppen. Das Fehlen signifikanter Effekte mag in erster Linie auf die kleinen Kollektive zurückzuführen sein.

Diese geringe Kollektivgröße war durch das Studiendesign bedingt: es wurde auf die Beschäftigten einzelner Stationen (Pfleger) bzw. Abteilungen oder Kliniken (Ärzte) fokussiert. Allgemein ist die Rücklaufquote sowohl unter den Pflegenden als auch den Ärzten als gut zu bezeichnen. Sie war unter den Pflegenden bei der IST-Analyse höher (71 %) als bei der Abschlussbefragung (51 %), Bei den Ärzten war die Beteiligung zu beiden Befragungszeitpunkten nahezu gleich (49 % bzw. 47 %) (Tab. 2.3

und Tab. 2.8). Die initial höhere Rücklaufquote bei den Pflegenden mag einerseits ein Hinweis darauf sein, dass die Motivation für das Projekt bei den Pflegenden höher war als bei den Ärzten. Andererseits ist zu berücksichtigen, dass im Rahmen der IST-Analyse auf einer Projektstation der Rücklauf zusätzlich gesteigert wurde, da die Pflegenden auf Wunsch eines Chefarztes erneut für die Teilnahme an der Befragung angesprochen wurden.

Der Anteil der Personen, die sowohl an der ersten als auch an der zweiten Befragung teilnahmen (d. h. bei denen eine Zuordnung über den persönlichen Code möglich war), lag bei den Pflegenden etwas höher (54 % der t1-Fragebögen) als bei den Ärzten (45 % der t1-Fragebögen) (Tab. 2.9). Dieser Umstand mag wiederum in einer höheren Motivation der Pflegenden für die Teilnahme und Evaluation des Projektes begründet sein. Allerdings ist im Hinblick auf die Ärzte zu berücksichtigen, dass jeweils alle Ärzte einer Abteilung bzw. Klinik (d. h. nicht nur der Projektstation) für die Befragung angesprochen wurden und damit auch Personen, die das Projekt nicht unmittelbar erleben konnten, da sie z. B. auf verschiedenen Stationen oder in der Funktionsdiagnostik tätig waren. Die Pflegenden, die an beiden Befragungen teilnahmen, hatten – gemessen über COPSQ-Skalen – einen höheren Entscheidungsspielraum und eine geringere Arbeitsplatzunsicherheit als die Personen, die nur bei der Erstbefragung Angaben gemacht hatten. Während bei den Pflegenden diejenigen am Projekt teilzunehmen schienen, die ihre Arbeitssituation in den genannten Aspekten eher positiv einschätzten, zeigten die Ärzte, die an beiden Befragungen teilnahmen, eher eine geringere Identifikation mit dem Arbeitsplatz.

Teil II: Handlungskonzept aus dem Forschungsprojekt „Arbeitsbedingungen im Krankenhaus“ F 2032

3 Allgemeine Struktur- und Prozesselemente systemischer Interventionen

3.1 Ebenen der interdisziplinären Prozessgestaltung im Krankenhaus

Die Gestaltung nachhaltiger Veränderungsprozesse im Krankenhaus bedeutet immer einen Eingriff in ein komplexes System, in dem sich ein großes Spektrum individueller, sozialer, gesellschaftlicher und materieller Faktoren widerspiegelt.

Nach KÖNIGSWIESER und HILLEBRAND (2005) sind drei Interventionsebenen von zentraler Bedeutung in Veränderungsprozessen: Der so genannte **Architekturrahmen** der Interventionen, das **Interventionsdesign** zur konkreten Gestaltung der Interventionsschritte und die **Werkzeuge** bzw. Instrumente und Techniken, welche gezielt in systemisch orientierten Veränderungsprozessen eingesetzt werden sowie eine gelingende Kommunikation der Beteiligten.

3.1.1 Der Architekturrahmen eines Veränderungsprozesses

Der so Architekturrahmen gibt die Grobstruktur des Veränderungsprojektes vor und beinhaltet die Elemente der Interventionen, welche die Gestaltungselemente und den Rahmen festlegen, in dem die geplanten Veränderungsaktivitäten gestaltet werden können. Er spiegelt die Grobplanung (Architektur) zur Vorstrukturierung des Projektes wider. Aus dem Architekturrahmen ist zu entnehmen, „dass“ Interventionen stattfinden und „was“ die Inhalte der Interventionen sein sollen. Zentrale Architekturelemente sind:

- Auftraggeber
- Projektauftrag
- Startveranstaltung (Startworkshop)
- Situationsanalyse (Problemanalyse, Beteiligtenanalyse, Interessenanalyse)
- Projektgruppe/Kerngruppe
- Projektsprecher
- Steuerungsgruppe
- Interne Projektkoordinatoren
- Externe Prozessberater (Projektcoaching)
- Projektevaluation
- Projektdokumentation

Für alle vom Veränderungsprozess Betroffene ist Transparenz hinsichtlich der Struktur- und Gestaltungselemente notwendig zur Vermeidung von Blockaden und Reibungsverlusten im Prozess.

Dazu sind zu Beginn des Prozesses eine eindeutige Definition des Auftraggebers und des Projektauftrages notwendig. In einer Startveranstaltung, zu der alle von den Interventionen Betroffenen eingeladen werden sollten, werden die einzelnen Strukturelemente vorgestellt und inhaltlich festgelegt.

Zur Startphase gehört somit die Klärung des „Warum?“, des „Wozu?“ und des „Was wird verändert?“. In einem Startworkshop werden die Ergebnisse der Situationsanalyse präsentiert und mit den Mitarbeitern diskutiert. Zu dieser Veranstaltung sind neben allen Beschäftigten der Projektstation immer auch die Pflegedirektion, die Ärztliche Direktion, Betriebsärzte und Vertretern des Personal-/Betriebsrates eingeladen.

Der zeitliche Rahmen der Startworkshops richtet sich nach den Ressourcen der Abteilungen. Um eine ausreichend reflektive Diskussion zu ermöglichen, sollte eine Veranstaltungsdauer von einer Stunde keinesfalls unterschritten und falls möglich eher zwei Zeitstunden angesetzt werden.

Kriterien der Zusammensetzung der unterschiedlichen Projektgruppen im Projekt sind:

- Betroffenheit - wer ist tangiert?
- Entscheidungsbefugnisse
- Informeller Einfluss
- Fachliches Know-how

In der *Projektgruppe* sollten Pflegende und Ärzte der jeweiligen Arbeitsbereiche vertreten sein, insgesamt jedoch nicht mehr als 6-8 Mitglieder.

Im Anschluss an den Startworkshop wird in der Projektgruppe festgelegt, was im Einzelnen in der Veränderungsphase erreicht werden soll. Eine Beschränkung auf zwei bis drei Ziele mit klarer Prioritätensetzung ist empfehlenswert. Die Projektgruppe legt außerdem fest:

- Wie häufig und in welchem Abstand finden Projektsitzungen statt?
- Wie sieht der Zeit- und Ablaufplan der Einzelaktivitäten aus?
- Wie ist die konkrete Aufgabenverteilung, d. h. wer macht was bis wann?
- Welche Spielregeln der Interaktionen sind für die Projektgruppenmitglieder verbindlich?

Die Mitglieder der Projektgruppe unterstützen ihre Kollegen auf Station in der Umsetzung der geplanten Maßnahmen im Arbeitsalltag und stehen für Informationen und Nachfragen zur Verfügung.

Insbesondere ein aus der Projektgruppe benannter Sprecher ist für diese Informationsweitergabe auf Station und an die Steuerungsgruppe verantwortlich.

Der *Steuerungsgruppe* sollten Entscheidungsträger der beiden Berufsgruppen Pflegende und Ärzte angehören, zum Beispiel die Pflegedienstleitung und der Chefarzt, darüber hinaus Vertreter aus Personalrat und Arbeitsmedizin.

Die Steuerungsgruppe dient bei bereichs- und funktionsübergreifenden Projekten dazu, die Krankenhaushierarchie früh in die Weichenstellungen der Projektarbeit einzubinden und so eventuelle Konflikte zwischen Projekt und Leitung zeitnah zu minimieren. Voraussetzung ist, dass die Steuerungsgruppe die geplanten Interventionen der Projektgruppe unterstützt und so eine Verbindlichkeit für die Interventionen und den vorgesehenen Zeitrahmen entsteht. Sie hat neben der Steuerungsfunktion auch eine Reflexions- und Katalysatorfunktion als Brücke zwischen den unterschiedlichen Organisationseinheiten.

Der Projektgruppensprecher berichtet in zu vereinbarenden regelmäßigen Abständen der Steuerungsgruppe über Fortgang und Zwischenergebnisse des Projekts und teilt eventuellen Unterstützungsbedarf rechtzeitig mit.

Der *interne Koordinator* unterstützt und berät bei das Projekt betreffenden organisatorischen Fragen im Sinne des Projektcontrollings. In Absprache mit der Projektgruppe wird er die Rolle des Moderators bei internen Projekttreffen übernehmen. Wichtige Aufgabe ist darüber hinaus die Sicherstellung der vollständigen Protokolle der Projektgruppensitzungen.

Außenstehende haben oft den Vorteil, durch ihren „Abstand“ mehr zu sehen und unbefangener fragen und agieren zu können. Entsprechend sollte ein *externer Berater* mit der Moderation und Begleitung des Veränderungsprozesses beauftragt werden. Externe Berater können Spannungen und Widersprüche sichtbar machen, motivieren, ihre Expertise einbringen und helfen, neue Methoden zur Prozessgestaltung kennen zu lernen und einzusetzen. Sie sind neutral und vertreten keine Abteilungsinteressen. Die externen Projektbegleiter nehmen in regelmäßigen Abständen an den Projektgruppensitzungen teil und moderieren die Steuerungsgruppensitzungen. Der inhaltliche und zeitliche Auftragsumfang sowie die Honorarvereinbarungen sind durch einen Projektvertrag mit den externen Beratern festzulegen.

Projektabschluss /Projektevaluation

Kriterien zur Projektbewertung sind Wirksamkeit, praktische Bewährung der umgesetzten Lösungen und Nachhaltigkeit. Dies geschieht zunächst bald nach Abschluss des Projekts in einem Ergebnisworkshop. Dabei wird überprüft, inwiefern die anfänglich definierten Erfolgskriterien und Ziele erreicht wurden und wie geeignet die eingesetzten Maßnahmen zur Zielerreichung waren.

Auch die Fragen, woran sich Nachhaltigkeit zeigt und wer was dazu tun kann, um diese sicherzustellen, werden im Ergebnisworkshop beantwortet.

Sinnvoll ist schließlich, genau festzulegen, wer das wann und wie überprüft. Dies geschieht dann im Sinne einer Projektevaluation in einem größeren zeitlichen Abstand zum Projektende.

Die schriftlich festgehaltenen Projektevaluationsergebnisse sowie die dokumentierten Projektplanungs- und Projektanpassungsentscheidungen und Besprechungsprotokolle der einzelnen Projekttreffen sind die wesentlichen Dokumente der Projektdokumentation.

3.1.2 Gestaltung des Interventionsdesigns (Interventionsschritte)

Die Abgrenzung von Interventionsdesign und Interventionsarchitektur ist häufig fließend. Zentraler Unterschied ist, dass auf der Ebene der Gestaltung von Veränderungsprozessen in der Detailgestaltung nach KÖNIGSWIESER und HILLEBRAND (2005) verschiedene Dimensionen zu unterscheiden sind:

- die inhaltlich-sachliche Dimension
- die zeitlich-räumliche Dimension
- die soziale Dimension
- und die „symbolische“ Dimension.

Die *inhaltlich-sachliche* Dimension umfasst die Festlegung und kontinuierliche Steuerung der Ziele der Interventionsmaßnahmen und der zur Zielerreichung notwendigen Aktivitäten. Diese Festlegung basiert auf den Ergebnissen der Ist-Analyse der Organisationseinheiten, in denen die Veränderungsprozesse initiiert werden sollen. Sowohl zur Ist-Analyse als auch zur Gestaltung der inhaltlich-sachlichen Dimension sollte eine der auf dem Markt befindlichen Projektmanagementmethoden eingesetzt werden.

Veränderungsprozesse benötigen eine Zeitplanung zur Festlegung des Anfangs und des Endes des Prozesses und ein dem Verlauf angepasstes *zeitliches* Gerüst, welches berücksichtigt, dass die von den Veränderungen Betroffenen zur Einstellung auf Veränderungen der vorgegebenen Strukturen, Abläufe oder des individuellen Verhaltens Zeit brauchen. Die Zeitplanung im Prozessverlauf sollte so flexibel sein, dass die Prozesssituation berücksichtigt werden kann.

Die *räumliche Dimension* als Gestaltungselement von Veränderungsprozessen wird häufig unterschätzt. Die Raumgestaltung für Projektgruppensitzungen, Startworkshops etc. kann Signalwirkung oder auch symbolische Wirkung haben (Anordnung der Sitzgruppen, Akustik, Ausstattung des Raumes).

Sowohl die *symbolische* als auch die *soziale Dimension* als Gestaltungselement beeinflussen alle anderen Dimensionen von Veränderungsprozessen. Die Frage der Teilnehmerauswahl für die verschiedenen Projekt- und Arbeitsgruppen, die eingesetzten Interaktionsformen, der Grad der Partizipation der Betroffenen und Fragen wie, wer eröffnet welche Art der Prozessveranstaltungen und wer informiert wen über den Stand des Prozesses, lösen emotionale Wirkungen bei den Betroffenen aus. Diese Reaktionen können den Veränderungsprozess erheblich fördern oder hemmen.

Lösungsorientierte, selbstverständliche Kommunikation und Interaktion, d. h. gegenseitiges Informieren und Nachfragen, ist eine notwendige Grundlage nachhaltiger Prozessgestaltung.

Nachhaltigkeit erfordert, dass *Strukturen und Prozesse* verändert werden, aber gleichzeitig müssen sich Einstellungen und Verhalten der Beteiligten an dem *Prozess* verändern. Nachhaltigkeit im Sinne langfristig erfolgreicher Veränderung kann nur sichergestellt werden, wenn die Beteiligten auch alternativen Sichtweisen, Denk- und Interaktionsmustern gegenüber offen sind, Widersprüche und Tabus, also latente Themen auf der Station, offen angesprochen und Veränderungen für möglich gehalten werden.

Negativbeispiele: „...*na die Chirurgen sind halt nie da....Absprachen unter Pflegenden werden halt nicht eingehalten, damit muss man leben, Visitenzeiten ändern sich halt mit jedem neuen Oberarzt...*“

3.1.3 Instrumente und Techniken als Unterstützung der Interventionsprozesse

Prozessorientierte Projektarchitektur und -design sind die Basis für erfolgreiche Interventionen. Eine Vielzahl von Instrumenten und Techniken wird begleitend in den Interventionsprozessen eingesetzt, um den Beteiligten einen Perspektivenwechsel und neue Denkmuster und Interpretationen von Situationen im beruflichen Umfeld zu eröffnen. Beispiele für Instrumente und Werkzeuge sind:

- Metaplantchnik als Systematisierungsinstrument
- Ursachen-Auswirkungen-Problembaum als Visualisierungsinstrument von Problemverbindungen
- positive Konnotation von Situationen und Problemen und
- das Gute im Schlechten, das Schlechte im Guten als Interventionstechnik um einseitige Sichtweisen zu verhindern
- Projektplanungsmatrix als Systematisierungsinstrument
- Rollenspiele und „Geschichten“ erzählen als Chance der indirekten Darstellung von Problembereichen.

3.1.4 Leitfragen für Veränderungsprozesse

Die dargestellten Projektarchitekturebenen und Gestaltungsdimensionen in Veränderungsprozessen werden von BONK, FECHT und SCHMIDT (2007) in einem Modell, dem W⁵ Modell, als Change-Management-Ansatz zur Planung, Steuerung und Kontrolle von Veränderungsprojekten verbunden (Abb. 3.1).

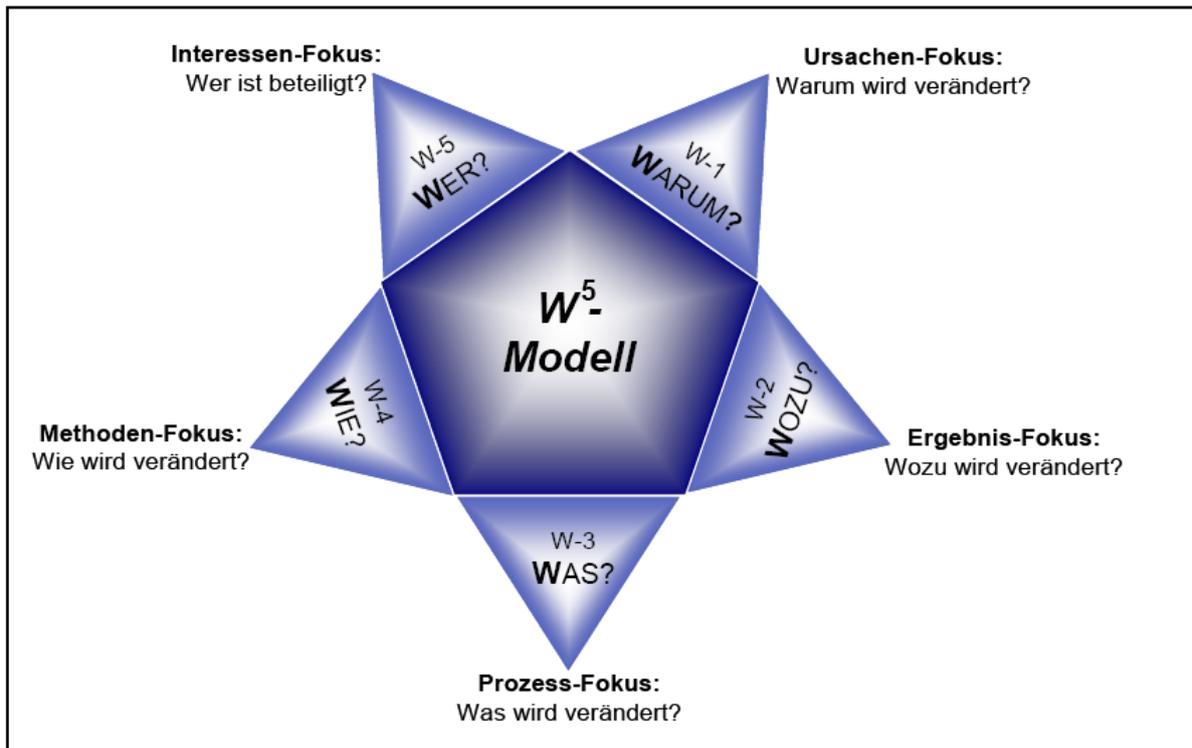


Abb. 3.1 W⁵ Modell nach Bonk, Fecht und Schmidt (2007)

Das Modell stellt die Fragen in den Mittelpunkt, welche sich auf die Eckpfeiler der Projektarchitektur und der Projektgestaltung beziehen. Die Inhalte und Antworten müssen an alle Beteiligten des Veränderungsprozesses kommuniziert werden.

Frage 1: Warum? – Ursachen-Fokus

Ausgangspunkt ist die Frage, warum überhaupt etwas verändert werden soll. Nur wer Vorstellungen von den Problemen hat, kann Lösungen entwickeln, z. B. für die Neugestaltung einer Station. Hierbei muss geklärt werden, *welches* die Probleme sind, *wer* daran alles beteiligt ist und *welche Interessen* es gibt (Situationsanalyse bestehend aus Problemanalyse, Beteiligtenanalyse, Interessenanalyse).

Die Probleme müssen erkannt und angesprochen werden, es muss klar sein, wer daran beteiligt ist, direkt und indirekt. Wichtig ist auch die Frage nach dem Kontext: wenn die Situation auf einer Station betrachtet wird, muss immer auch die Situation der gesamten Fachabteilung berücksichtigt werden. Jede einzelne Station ist immer als Teil eines größeren Systems bzw. Teil des Gesamtsystems Krankenhaus zu sehen.

Die Situationsanalyse lässt sich durch Visualisierungstechniken gut unterstützen. Bildlich dargestellte Ergebnisse bleiben besser im Gedächtnis, können im Stationszimmer aufgehängt werden und so auch der Erinnerung und der Information der nicht direkt in die Prozessgestaltung Involvierten dienen (Abb. 3.2).



Abb. 3.2 Beispiel aus der Projektgruppenarbeit: Ursachen für Kommunikationsprobleme auf der Station

Frage 2: Wozu? – Ergebnis-Fokus

Wenn die Probleme klar sind, können gewünschte Ergebnisse bzw. Ziele definiert werden. Damit lässt sich die zweite Frage, nach dem „Wozu“, beantworten.

Ziele und gewünschte Ergebnisse müssen möglichst konkret definiert werden. Achten Sie dabei darauf, dass die zu erreichenden Ziele innerhalb des tatsächlichen Handlungs- und Entscheidungsspielraums der Beteiligten liegen. Orientieren Sie sich bei der Formulierung daran, ob die Zielerreichung später auch gemessen werden kann. Man kann bspw. nicht messen, wie sehr interdisziplinäres Arbeiten einen Wert für jemanden darstellt, dagegen lässt sich sehr wohl messen, wie oft Besprechungstermine der beiden Berufsgruppen von allen (pünktlich) eingehalten wurden.

Neben der Formulierung des Inhaltes des Zieles gehört zur Konkretisierung, dass eine Zeitvorgabe festgelegt wird und die verantwortlichen Personen benannt werden. Entweder werden die wesentlichen Entscheidungsträger von Anfang an in den Denkprozess und die Zielklärung einbezogen, oder sie werden nachträglich überzeugt. Beide Wege sind gangbar.

Frage 3: Was? – Prozess-Fokus

Jede Neugestaltung von Prozessen kostet Zeit. Und da Zeit im Krankenhaus heutzutage meist ein knappes Gut ist, gilt es, gründlich abzuwägen, wofür man sie investiert. Bei der Frage danach, was verändert werden soll, müssen deshalb Prioritäten gesetzt werden hinsichtlich der Auswahl der entsprechenden Prozesse.

Frage 4: Wer? – Interessenfokus

Veränderungsprozesse lassen sich nur implementieren, wenn sie auch innerhalb der Hierarchie, d. h. von der Leitungsebene, mit getragen werden. Zur Sicherung des Gestaltungsprozesses und der Nachhaltigkeit müssen alle relevanten Personen und Gruppen von Anfang an mit einbezogen werden. Deshalb ist es schon in der Situationsanalyse so wichtig, alle Schlüsselpersonen, d. h. die direkt oder indirekt Beteiligten zu erfassen.

Bei der Einbeziehung von Leitungspersonen sollte ein Top-down-Ansatz verfolgt werden. In der Hierarchie sollte zuerst die Leitungsebene informiert und für das Veränderungsprojekt gewonnen werden. Relevante Personen sind: Kaufmännische Geschäftsführung, Pflegedirektor(in), Bereichsleitungen (Pflege), Ärztliche(r) Direktor(in), Chefärzte, Oberärzte, Arbeitsmediziner(in), Personal- bzw. Betriebsrat. In Abhängigkeit von den Zuständigkeiten vor Ort können weitere Personen dazu kommen.

Es sollte geklärt sein, wer (*namentlich* und mit der entsprechenden *beruflichen Funktion*) formaler Auftraggeber des Projekts wird. Dann erst kann die eigentliche Intervention beginnen.

Frage 5: Wie? – Methodenfokus

Nach der Erteilung des Projektauftrags durch eine Vertretung der Klinikleitung folgen die Startphase, die Interventionsphase, die Projektabschlussphase und die Projekt-evaluation. Inhaltlich umfasst die Beantwortung der Frage des „wie“ alle oben beschriebenen, von den Projektbeteiligten festzulegenden Inhalte der Elemente der Projektarchitektur/Projektstruktur und des Projektdesigns.⁴

3.1.5 Projektförderliche Interaktionsstrukturen

Bestimmte Umgangsformen miteinander sind, sofern sie bereits gelebt werden, dem Projekt in Durchführung und Erfolg dienlich. Sie können jedoch auch erst Zielvariablen eines Veränderungsprojekts sein. Dann ist sorgfältig zu definieren, wie sich ihre Erreichung konkret feststellen bzw. woran sie sich messen lässt.

Erforderliche Strukturen im Umgang miteinander sind:

- Wertschätzung, Ressourcen- und Lösungsorientierung
- Angemessenes Feedback (Anerkennung und Sanktionen)
- Nichteinhaltung von Absprachen hat Konsequenzen
- Partizipative Zusammenarbeit
- Interprofessionelles Teamverständnis
- Qualifizierte Leitung auf den Projektstationen.
- Produktive Fehlerkultur.

⁴ Siehe Kapitel 1.1-1.3

3.1.6 Umgang mit erfolgskritischen Ereignissen

Verschiedene Faktoren können den Erfolg des Projekts beeinträchtigen. Dazu gehören:

- Personelle Fluktuation
- Fehlen einzelner Mitglieder in den Sitzungen von Projektgruppe und Steuerungsgruppe
- Fehlende Unterstützung relevanter Personen
- Probleme weitgehend durch Führungsmängel bestimmt
- Projektunabhängige Umstrukturierungen.

Fluktuation

Im Laufe des Projekts kann es auf allen Ebenen zu personellen Veränderungen durch das Ausscheiden von Mitarbeitern aus dem Krankenhaus oder deren Rotation in einen anderen Bereich kommen. Negativen Auswirkungen dieser Fluktuation kann begegnet werden, indem neue Mitarbeiter eingehend über die Projektziele und deren Stand informiert werden. In der Regel sind neue Mitarbeiter meist allein schon damit ausgelastet, sich einzuarbeiten und mit den Gegebenheiten vertraut zu machen. Dadurch hat ein Veränderungsprojekt für sie oft nicht den gleichen hohen Stellenwert wie für ihre langjährig im Arbeitsbereich erfahrenen Kollegen. Entsprechend müssen der/die Projektverantwortliche in die Überzeugungsarbeit investieren, um die Neuen für das Projekt zu gewinnen. Dies gilt unabhängig davon, ob es sich um die Ärztliche Leitung, ein Mitglied der Projektgruppe oder einen Krankenpfleger aus Station handelt.

Fehlen einzelner Mitglieder in den Sitzungen von Projekt- und Steuerungsgruppe

Bei Nichtteilnahme an Projekt- bzw. Steuerungsgruppensitzungen sollten die Ursachen nachgefragt werden. Dies werden oft kurzfristige terminliche Kollisionen sein oder etwa akuter Personalmangel auf Station. Bei letzterem ließe sich gemeinsam überlegen, ob sich auch andere Lösungsmöglichkeiten finden lassen: z. B. könnte das Aushelfen durch einen Kollegen der Nachbarstation vielleicht eine Projektgruppenteilnahme ermöglichen. Sollte das Fehlen durch eine mangelnde Motivation Einzelner begründet sein, gilt es, gemeinsam zu überlegen, was deren Ursachen sind und diese möglichst zu beheben.

Fehlende Unterstützung relevanter Personen

Veränderungen lassen sich nur erreichen und beibehalten, wenn alle relevanten Personen mitmachen. Wird im Verlauf des Projekts deutlich, dass die Leitungsebene das Projekt grundsätzlich nicht unterstützt oder dass eine der beiden Berufsgruppen regelmäßig in den PG-Sitzungen fehlt, und lässt sich dies trotz Intervention des/der Projektverantwortlichen nicht ändern, ist anzuraten, ernsthaft den Abbruch des Projekts zu erwägen. Dies wird diejenigen Mitarbeiter, die für das Projekt motiviert sind, zwar enttäuschen, aber da auf dieser Grundlage keine Zielerreichung zu erwarten ist, ist dies nicht zu vermeiden. Die Gründe der Entscheidung gegen die Projektweiterführung müssen von dem/der Projektverantwortlichen sorgfältig kommuniziert und transparent gemacht werden.

Probleme sind weitgehend durch Führungsmängel bestimmt

Wenn Führungsmängel auf einer oberen Leitungsebene als maßgeblich wahrgenommener Grund suboptimaler Arbeitsbedingungen ausgemacht werden, ist eine entsprechende Rückmeldung einer solchen Erkenntnis für einen externen Moderator leichter als für den/die Projektverantwortliche(n) aus dem Mitarbeiterkreis. Die gebotenen Mittel der Wahl zur Problembeseitigung oder -verkleinerung sind Coaching oder Supervision der betreffenden Führungskraft.

Projektunabhängige Umstrukturierungen

Auch während der Projektlaufzeit können sich Umstrukturierungen ergeben, die Einfluss auf dessen Verlauf nehmen. Dann ist es erforderlich, dass Projektgruppe und Steuerungsgruppe die im Projekt vereinbarten Ziele und Maßnahmen zeitnah daraufhin überprüfen, ob sie unter den neuen Bedingungen weiterhin gültig sind bzw. in welcher Weise sie angepasst werden müssen.

3.2 Anwendungsbeispiele aus dem Interventionsprojekt „ArbiK“

Die Darstellung der Ergebnisse des Interventionsprojektes „Arbeitsbedingungen im Krankenhaus (ArbiK)“ und die in Kapitel 3.1 des Berichtes zusammengefassten allgemeinen Struktur- und Prozesselemente zur Gestaltung erfolgreicher Veränderungsprozesse in einem Krankenhaus sollen die Notwendigkeit der klaren Trennung der verschiedenen Ebenen der Intervention zeigen. Die bisherigen Ausführungen betonen gleichzeitig die Notwendigkeit eines zielorientierten Projektmanagements. In den im folgenden Kapitel vorgestellten konkreten Interventionsbeispielen in drei Krankenhäusern der Maximalversorgung auf jeweils zwei Stationen pro Haus, finden sich die allgemeinen Prozessgestaltungselemente wieder. Die Verbindung von Architekturelementen, Interventionsdesign und Instrumenten des Projektmanagements wird exemplarisch am Interventionsprojekt „ArbiK“ dargestellt.

Der inhaltliche Fokus im dargestellten Projekt „ArbiK“ lag auf der Erfassung der Arbeitsbedingungen des pflegerischen und ärztlichen Personals und auf der Implementierung von Maßnahmen zu deren Verbesserung. Als Ausgang für die Interventionen sowie als Grundlage der Evaluation waren mittels einer Befragung die konkreten Belastungs- und Beanspruchungsfaktoren erfasst worden, welche auf den Arbeitsprozess beider Berufsgruppen auf Station Einfluss haben. In der sich anschließenden Interventionsphase sollte besonderes Augenmerk auf die Belastungsfaktoren gelegt werden, die dem Bereich der Arbeitsorganisation und der Kommunikation zugerechnet werden können und die einer Intervention zugänglich sind.

3.2.1 Architekturrahmen und Design des Projektes

Die in Kapitel 3.1 als Architekturelemente bezeichneten und erläuterten einzelnen Projektelemente werden mit Anwendungsbeispielen aus dem Projekt „ArbiK“ beispielhaft konkretisiert.

In den dargestellten konkreten Veränderungsbeispielen war der **Auftraggeber** die *Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)*.

Da es sich um eine extern finanzierte Praxisstudie mit Interventionsdesign handelte, waren der **Projektauftrag** mit dem Angebot des Auftragnehmers (Universität Witten/Herdecke–UWH) und die Projektvergabe durch den Auftraggeber vorgegeben. Er lautete:

Erfassung der Arbeitsbedingungen des pflegerischen und ärztlichen Personals und Durchführung von Maßnahmen zu deren Verbesserung in drei Krankenhäusern der Maximalversorgung auf jeweils zwei Stationen. Projektbeginn Mai 2005, Projektende Mai 2007.

Auch bei einem intern initiierten Projekt sollte ein Projektauftrag von einem internen autorisierten Projektauftraggeber (z. B. einem Vertreter einer höheren Hierarchieebene im Krankenhaus) schriftlich gegeben werden. Auftraggeber sollen Projekte initiieren, sie geben die strategische Ausrichtung vor und entscheiden über Umfang, Priorität und Ressourcen für das Projekt. Wesentlich ist, dass der Projektauftrag, d. h. das Ziel des Projektes, eindeutig formuliert ist. Inhaltlich bedeutet dies Angaben zu:

- erwartetem Ziel,
- Ort der Projektdurchführung,
- Zeitpunkt des Projektanfangs und zeitlich vorgegebenes Projektende sowie
- die Benennung der/des Projektverantwortlichen.

Auslöser für Veränderungsprozesse in Krankenhäusern können nicht generalisiert werden. Erfahrungen zeigen, dass sich in den immer noch stark hierarchisch orientierten stationären Akutkrankenhäusern einige Projektauslöser *erfolgsbeeinträchtigend* auswirken können. So zum Beispiel, wenn ein Veränderungsprojekt gestartet wird:

- das von einer oberen Hierarchieebene angeordnet wird gegen den Widerstand der unmittelbar Betroffenen,
- dessen Sinnhaftigkeit von den Betroffenen nicht gesehen wird,
- das als interdisziplinäres Projekt nur von der Pflegedienstleitung initiiert bzw. gewollt ist ,
- das gestartet wird ohne Wissen und Einverständnis der verantwortlichen Managementebenen.

Situationsanalyse und Startworkshop

Die Durchführung des Projektes „ArbiK“ erfolgte in allen drei Projektkrankenhäusern parallel, wobei sich der Beginn der Projektarbeit auf den Stationen aus organisatorischen Gründen zeitlich unterschied. Die Veränderungs- bzw. Interventionsphase für die teilnehmenden Krankenhäuser begann mit einer Datenerhebung zur Erfassung der aktuellen **Ist-Situation** mittels einer schriftlichen Befragung. Die Daten zur aktuellen Situation auf den Stationen wurden mit dem angepassten, standardisierten Fragebogen (siehe Kapitel 2.3 und siehe Anhänge 1a und 1b) im Zeitraum von November 2005 bis März 2006 erhoben. Befragt wurden jeweils alle Mitarbeiter des pflegerischen Stationsteams sowie alle Ärzte des Klinikbereichs bzw. der Abteilung, der die Projektstation organisatorisch zugeordnet war. Die Entscheidung zur Befragung aller Ärzte eines Klinikbereichs bzw. einer Abteilung erfolgte vor dem Hintergrund, dass die Ärzte in den Krankenhäusern im Rahmen der Rotation auf verschie-

denen Stationen tätig sind und dass nur durch den Einschluss aller Ärzte in die Befragung ein potentieller Vergleich mit den Ergebnissen einer zweiten Befragung am Ende der Veränderungsphase möglich wurde.

Die Verteilung der Fragebögen der ersten Befragung wurde von den Projektkrankenhäusern selbst organisiert. Jedem Fragebogen lag ein Anschreiben der universitären Arbeitsgruppe bei, in welchem nochmals auf das Forschungsprojekt eingegangen wurde und der Ablauf beschrieben wurde.

Die Ergebnisse der ersten Befragung zur aktuellen Situation auf den Stationen (Ist-Analyse) wurden in den teilnehmenden Krankenhäusern jeder Station (einer internistischen einer chirurgischen Station) auf einem sogenannten **Startworkshop** vorgestellt. Es wurden in den hier beschriebenen Fallbeispielen, da es sich um eine interdisziplinär angelegte Intervention handelte, alle pflegerischen und ärztlichen Mitarbeiter der Interventionsstation/Bereich sowie Mitarbeiter der Führungsebene eingeladen (Abb. 3.3). Relativ schwierig war es, für den Startworkshop eine für beide Berufsgruppen passende Tageszeit zu finden. Die Uhrzeit der Startworkshops wurde in den verschiedenen Krankenhäusern nach unterschiedlichen Gesichtspunkten festgelegt: In einigen Abteilungen wurde auf die Besprechungszeiten der Ärzte zurückgegriffen, sodass nur wenige Pflegende teilnehmen konnten. Auf anderen Projektstationen dagegen fand der Startworkshop in der Mittagszeit statt, sodass prozentual mehr Pflegende als Ärzte anwesend waren.

Arbeitsbedingungen
im
Krankenhaus

universität
Witten/Herdecke

Einladung zum Startworkshop

Vorstellung der Fragebogenergebnisse
mit anschließender Diskussion und
Erarbeitung der Interventionsschritte

am XXX von XXX Uhr
in Raum XXX

**Liebe MitarbeiterInnen
der Klinik XXXX**

Das Forschungsprojekt „Arbeitsbedingungen im Krankenhaus“ geht in die zweite Phase. Die Ergebnisse der Ist-Analyse zu den Arbeitsbedingungen aus ihrem Arbeitsbereich liegen vor.

Wir laden Sie ein, wichtige Ergebnisse mit uns zu bewerten und zu diskutieren. Im Anschluss werden wir gemeinsam Problembereiche analysieren und erste Schritte für eine Interventionsphase planen.

Die Teilnahme am Startworkshop wird als Dienstzeit angerechnet. Wir freuen uns über Ihr kommen.

Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik
Lehrstuhl für Epidemiologie-Pflegewissenschaft

Priv.-Doz. Dr. Monika A. Rieger
Bereich Arbeitsmedizin-Humanmedizin

Abb. 3.3 Einladungsflyer für den Startworkshop

Wichtig für den Projektverlauf und den Erfolg von Veränderungsprozessen ist, dass alle direkt Betroffenen von den Plänen wissen und in die Gestaltung der Interventionsphase frühzeitig einbezogen werden. Dies ermöglicht zum einen, das Wissen und die Kreativität der „Experten“ für die aktuelle Situation am Arbeitsplatz zu nutzen, es ermöglicht aber auch, Widerständen hinsichtlich notwendiger Veränderungen zeitig entgegen zu wirken. Die Erfahrungen zeigen, dass in den Organisationen Lösungen der „Insider“ besser angenommen werden, weil sie „realitätsnäher“ sind. Darüber hinaus stärkt die Beteiligung von Mitarbeitern das Selbstvertrauen und die Motivation der Beteiligten, da sie miterleben, dass sie in der Lage sind das Umfeld und zukünftige Entwicklungen mit zu gestalten.

Die **Startworkshops** in den beteiligten Krankenhäusern gliederten sich im Fallbeispiel „ArbiK“ in eine Ergebnispräsentation und einen Diskussionsteil. In der durch die externe Moderatorin geleiteten Diskussion hatten die Mitarbeiter die Möglichkeit, zu den Ergebnissen der Befragung Stellung zu nehmen. Die Betroffenen hatten so die Gelegenheit, ihre Sicht der aktuellen Situation und ihre Vorstellung der notwendigen Veränderungen, die ihren beruflichen Alltag betreffen, einzubringen. Ziel der Diskussionen war es, die Ergebnisse der schriftlichen Befragung, d. h. insbesondere die sich in der Befragung als belastend herauskristallisierten strukturellen oder ablaufbedingten Probleme mit den Teilnehmern zu reflektieren und eine erste Problemanalyse durchzuführen. Am Ende der Diskussionen wurden von den Teilnehmern drei konkrete Problembereiche für die sich an den Startworkshop anschließende Veränderungsphase festgelegt. Ein gemeinsamer Startworkshop ist für ein Interventionsprojekt, in dem Einstellungen und Verhalten geändert werden sollen und müssen, um bestehende Probleme zu lösen, ein wesentliches Architekturelement zur Sicherung des Erfolges der weiteren Projektdurchführung.

Zu den Startworkshops waren neben allen Beschäftigten der Projektstationen immer Vertreter der Pflegedirektion, der Ärztlichen Direktion, der Betriebsärzte und Vertreter des Personal-/Betriebsrates eingeladen. Diese frühzeitige Einbindung der Vertreter der obersten Managementebene dient der Information und Transparenz und sichert gleichzeitig den Dialog mit der obersten Leitungsebene. Dieser Dialog kann Vertrauen schaffen, dass Veränderungen gewollt sind und unterstützt werden, und es stärkt die Motivation der Mitarbeiter, sich in Veränderungsprozesse einzubringen.

In den Startworkshops wurden nach den Ergebnispräsentationen der schriftlichen Befragung, zur Vertiefung der Informationsbasis zur Ist-Situation, folgende Fragen diskutiert:

- „Was sind die Problembereiche, die hinter den Befragungsergebnissen stehen?“ (Ursachenanalyse)
- „Wozu verändern wir?“ (Ziel- und Ergebniserwartung)
- „Was soll konkret auf den jeweiligen Stationen verändert werden?“ (Prioritätensetzung)
- „Wie wird verändert?“ (Methodenerklärung und Methodeneinsatz)
- „Wer ist in den Veränderungsprozessen beteiligt und wessen Interessen sind berührt?“ (siehe Abb. 3.1: Das W5 Modell).

Der zeitliche Rahmen der Startworkshops richtete sich nach den Ressourcen der teilnehmenden Stationen. Um eine ausreichende Diskussion zu ermöglichen, war vorgegeben, dass eine Veranstaltungsdauer von einer Stunde keinesfalls unterschritten werden sollte und falls möglich eher zwei Zeitstunden anzusetzen seien. Abb. 3.4 und 3.5 zeigen Alternativen zur Gestaltung des Ablaufs eines Startworkshops.

Möglicher Ablauf bei 1 h Startworkshop

- Begrüßung und Einleitung mit kurzer Darstellung des Projekts
- Präsentation der Fragebogenergebnisse
- Moderierte Diskussion der Ergebnisse mit allen TeilnehmerInnen des Startworkshops
- Bewertung der Prioritäten für die Interventionsaktivitäten durch die TeilnehmerInnen selbst
- Diskussion in der gesamten Gruppe über die sich aus der Bewertung ergebenden wesentlichen Interventionsbereiche. Festlegung von drei Interventionsbereichen.
- Arbeitsauftrag bis zum ersten Projektgruppentreffen: Ursachenanalyse für die festgelegten Interventionsbereiche.
- Beschreibung der weiteren Projektaktivitäten
 - Clustern und Zusammenfassung der erarbeiteten Ursachenanalyse
 - Gemeinsame Detailprojektplanung
 - Beginn der Interventionen
 - Struktur und Ablauf der Begleitung des Interventionsprozesses durch die Projektmitarbeiter der Universität Witten/Herdecke
- Abschlussdiskussion

Festgelegte Gesamtzeit des Startworkshops: 60 min.

Abb. 3.4 Beispiel der Ablaufplanung eines Startworkshop für einen zeitlichen Umfang von einer Stunde

Möglicher Ablauf bei 2 h Startworkshop

- Begrüßung und Einleitung mit kurzer Darstellung des Projekts
- Präsentation der Fragebogenergebnisse
- Moderierte Diskussion der Ergebnisse mit allen TeilnehmerInnen des Startworkshops
- Bewertung der Prioritäten für die Interventionsaktivitäten durch die TeilnehmerInnen selbst
- Diskussion in der gesamten Gruppe über die sich aus der Bewertung ergebenden wesentlichen Interventionsbereiche. Festlegung von drei Interventionsbereichen.
- Moderierte Ursachenanalyse für diese drei Problembereiche mit anschließendem Clustern und Zusammenfassung der Ergebnisse
- Planung der weiteren Projektaktivitäten (ab hier mit Leitungsebene)
 - Festlegung der Projektstrukturen (Projekt- und Steuerungsgruppe)
 - Gemeinsame Detailprojektplanung
 - Entscheidungsworkshop mit Leitungsebene
 - Beginn der Interventionen
 - Struktur und Ablauf der Begleitung des Interventionsprozesses durch die Projektmitarbeiter der Universität Witten/Herdecke
- Abschlussdiskussion

Festgelegte Gesamtzeit des Startworkshops: 120 min.

Abb. 3.5 Beispiel der Ablaufplanung eines Startworkshop für einen zeitlichen Umfang von zwei Stunden

Bemerkung:

Bei einem zweistündig geplanten Startworkshop ist die Ursachenanalyse Teil des Workshops, falls nur 1 Std. zur Verfügung steht, ist diese Ursachenanalyse ein erster Arbeitsauftrag für die Projektgruppe.

Anhand der Fallbeispiele Station A und Station B wird nachfolgend exemplarisch schrittweise eine Möglichkeit des methodischen Vorgehens im Startworkshop zur Auswahl der konkreten Interventionsprojekte auf Station dargestellt.

Ergebnisse der schriftlichen Befragung

Station A

Die Befragung der Mitarbeiter und die anschließende Diskussion in der Projektgruppe hatte folgende Problembereiche für Station A ergeben:

- Fehlende klare Definition ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten
- Fehlende Koordination von Schnittstellen
- Organisatorische Arbeitsabläufe auf Station
- Keine Teamidentifikation
- Unklare Abgrenzung pflegerischer und ärztlicher Tätigkeiten
- Kommunikationsprobleme in und zwischen den Berufsgruppen
- Zeitmangel
- Mangelndes Einfühlen in die andere Berufsgruppe
- Geringe gegenseitige Wertschätzung
- Fehlende Verfügbarkeit der Ärzte auf Station.

Für Station B lauteten die Ergebnisse der Befragung und der anschließenden Diskussion in der Projektgruppe:

- Kluft zwischen Theorie und Praxis im Pflegebereich
- Wertschätzung des medizinischen Personals wird von Pflegenden nicht empfunden
- Es wird nicht gesehen, was Ärzte bei Patienten tun
- Gemeinsame Ziele fehlen
- Keine gemeinsame Problemlösungen
- Häufige Prozessunterbrechungen
- Gemeinsame Visiten fehlen
- Dokumentation und Administration zu umfangreich
- Gegenseitige Wertschätzung fehlt
- Organisatorische Arbeitsabläufe auf Station nicht optimal
- Abgrenzung pflegerischer und ärztlicher Tätigkeiten unklar

- Schwierigkeiten bei Entscheidungsprozessen
- Der Einzelne hat zu wenig Einfluss auf die Gestaltung der Arbeit
- Ungeplante Aufnahmen
- Fehlende Kooperation der Berufsgruppen
- Fehlende Koordination der Schnittstellen mit anderen Berufsgruppen
- Fehlende Verbindlichkeit von Absprachen
- Probleme zwischen der Notwendigkeit der Patientenversorgung und Wissenschaft/Lehre durchzuführen

Nach der Ergebnisdarstellung und Diskussion erhielt jeder der Teilnehmer an den Startworkshops insgesamt vier Punkte zur Bewertung der Dringlichkeit einer Lösung, die auf die Problembereiche verteilt werden konnten. Aufgrund der zur Verfügung stehenden personellen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen ist diese Prioritätensetzung wichtig, da Veränderungsprozesse immer zusätzlich zu den beruflichen Alltagsaufgaben auf den Stationen bewältigt werden müssen.

Prioritätenauswahl

Als die drei wichtigsten Problembereiche wurden von den TeilnehmerInnen für Station A ausgewählt

- Fehlende Verfügbarkeit von Ärzten auf Station mit 10 Punkten
- Kommunikationsprobleme in und zwischen den Berufsgruppen mit 7 Punkten
- Keine Teamidentifikation mit 5 Punkten

Für Station B wurden als wichtigste Problembereiche gewählt:

- Ungeplante Aufnahmen mit 10 Punkten
- Gemeinsame Visiten fehlen mit 7 Punkten
- Organisatorische Arbeitsabläufe auf Station nicht optimal mit 3 Punkten

Perspektivenwechsel

Als dritter Schritt nach der Ergebnispräsentation und der Prioritätenauswahl wurde in den Startworkshops unter Leitung der Moderatorin darüber diskutiert, was sich auf den Stationen verändern würde, wenn die ausgewählten Problembereiche mit hoher Dringlichkeit für eine Lösung nicht mehr vorhanden wären.

Durch diesen Perspektivenwechsel, der zur Beantwortung der Frage: "Was wäre wenn „das benannte Problem“ nicht bestehen würde?" notwendig ist, zeigen sich die zahlreichen Auswirkungen der Problembereiche in der Zusammenarbeit der beiden größten Berufsgruppen auf Station. Die Diskussionsergebnisse wurden stichwortartig auf Metaplankarten festgehalten. In Tabelle 3.1 sind die Inhalte der Antworten in der Spalte 1 zusammengefasst.

Ordnet man diese Ergebnisse den von AVEDIS DONNABEDIAN (DONABEDIAN 1980) in das Gesundheitssystem eingeführten Qualitätsdimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu (Spalte 2 und 3, Tabelle 3.1), zeigen sich Qualitätsdefizite in allen Dimensionen. „Unter Strukturqualität werden die Infrastruktur, die Personalbesetzung und die Personalqualifikation, die finanziellen Ressourcen und die Organisationsstruktur verstanden. Prozeß ist die Bezeichnung für alles, was für und am Patienten geleistet wird. Prozeßqualität umfasst den Inhalt der Behandlung und die Fertigkeit, mit der sie durchgeführt wird. Ergebnisqualität bedeutet, dass der Behandlung eine Verbesserung des Gesundheitszustandes, des Sichwohlfühlers, der Zufriedenheit oder der Sicherheit zugeordnet werden kann.“ (ZOLLANDZ, 2001, 945-946).

Die von den Mitarbeitern formulierten erwarteten Verbesserungen spiegeln bestehende Problembereiche in der Patientenbetreuung wider. Qualitätssicherung ist nicht nur eine Forderung von Wissenschaftlern und Praktikern unter dem Blickwinkel der Patientenbetreuung, es ist auch eine Forderung des Gesetzgebers die im SGB V §§ 137 gesetzlich verankert wurde.

Spalte drei ordnet die Aussagen der Mitarbeiter über DONABEDIAN hinausgehend den Führungsaspekten: Mitarbeitermotivation, Wissensmanagement zu, um so auf Einflussfaktoren und Auswirkungen der Potentialqualität als Teil der Strukturqualität aufmerksam zu machen. Damit soll verdeutlicht werden, welche weitreichenden Auswirkungen Problembereiche in den Strukturen und den Prozessabläufen auf die Mitarbeiter und damit auf den Outcome der erbrachten Leistung haben. Mitarbeitermotivation und Wissensmanagement erfordern Führungskompetenzen auf den Leistungsebenen.

Die Spalten zwei und drei der Tabelle 3.1 verdeutlichen, welche Effizienzressourcen in den Akutkrankenhäusern noch vorhanden sind, deren Ausschöpfung sich direkt kostensenkend auswirken kann, ohne dass andere Kostenarten, die z. Zt. im Mittelpunkt der Diskussion stehen, wie z. B. die Personalkosten, steigen müssen.

Tab. 3.1 Zuordnung der Aussagen Station A und Station B zu den Qualitätsdimensionen nach DONABEDIAN

„Was wäre wenn....“	Strukturqualität = S Prozessqualität = P Ergebnisqualität = Outcome	Motivation = M Wissensdimension = W
„Was wäre wenn Ärzte auf Station verfügbar wären?“		
➤ Fachkompetenz wäre verfügbar	S	
➤ Schnellere Entscheidungen	P	
➤ Weniger Infoverlust	P	
➤ Präsenz von Ansprechpartnern für Pflegende	S und P	
➤ Arbeitszufriedenheit würde steigen		M
➤ Besseres „Gewissen“		M
➤ Entscheidungskompetenz wäre vorhanden	S	

"Was wäre wenn...."	Strukturqualität = S Prozessqualität = P Ergebnisqualität = Outcome	Motivation = M Wissensdimension = W
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Berufsgruppenübergreifende Gespräche könnten stattfinden ➤ Man könnte Zeit miteinander verbringen ➤ Mischung von zwei Pflorgeteams zu einem gemeinsamen Team wäre möglich ➤ Interesse aneinander würde steigen ➤ Unterschiedliche Ziele der Berufsgruppen könnten ausgetauscht werden ➤ Geteilte Station im ärztlichen Bereich würde aufgehoben 	<p style="text-align: center;">S</p> <p style="text-align: center;">S</p> <p style="text-align: center;">S</p>	<p style="text-align: center;">M</p> <p style="text-align: center;">M</p> <p style="text-align: center;">W</p>
„Was wäre, wenn gemeinsame Visiten durchgeführt würden?“		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Kürzere Übergabezeiten zur besseren Information ➤ Frühzeitige Einleitung der weiteren Versorgung für Patienten wäre möglich ➤ Ablaufverbesserung von Untersuchungen und Therapiemaßnahmen ➤ Verbesserung der DRG-Kodierung ➤ Wertschätzung der Patienten würde deutlicher ➤ Steigerung der Wertschätzung Arzt -> Pflege ➤ Besseres Verständnis zwischen Arzt -> Pflege-> Patient ➤ Verbesserung der Akzeptanz der anderen Berufsgruppen ➤ Schnellere Umsetzung von Anordnungen wäre möglich ➤ Zeitnahe Ausführung von Anordnungen ➤ Besserer Informationsaustausch wäre machbar 	<p style="text-align: center;">P</p> <p style="text-align: center;">P</p> <p style="text-align: center;">P</p> <p style="text-align: center;">Outcome</p> <p style="text-align: center;">Outcome</p> <p style="text-align: center;">Outcome</p> <p style="text-align: center;">Outcome</p> <p style="text-align: center;">P</p> <p style="text-align: center;">P</p> <p style="text-align: center;">P</p>	<p style="text-align: center;">M</p> <p style="text-align: center;">M</p> <p style="text-align: center;">M</p> <p style="text-align: center;">M</p>
„Was wäre, wenn die organisatorische Arbeitsabläufe optimiert würden?“		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Weniger Telefonate ➤ Feste Zeiten für Gespräche z. B. Patient – Arzt; Angehöriger – Arzt ➤ Zeitnahe Dokumentation ➤ Kadex wäre direkt verfügbar ➤ Alle sind happy! ➤ Eindeutige Patientenzuordnung zu Mitarbeiter wäre machbar 	<p style="text-align: center;">P</p> <p style="text-align: center;">S</p> <p style="text-align: center;">P</p> <p style="text-align: center;">S</p> <p style="text-align: center;">S</p>	<p style="text-align: center;">M</p>

"Was wäre wenn...."	Strukturqualität = S Prozessqualität = P Ergebnisqualität = Outcome	Motivation = M Wissensdimension = W
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dokumentationsmaterial zu festen Zeiten erreichbar ➤ Bessere Identifikation mit meinem Beruf ➤ Ansprechpartner sind direkt verfügbar ➤ Verbesserung der Arbeitsatmosphäre ➤ Zeitressource steigt ➤ Permanente Stützpunktbesetzung 	<p style="text-align: center;">P</p> <p style="text-align: center;">P</p> <p style="text-align: center;">P</p> <p style="text-align: center;">S</p>	<p style="text-align: center;">M</p> <p style="text-align: center;">M</p>
„Was wäre, wenn es keine ungeplanten Aufnahmen gäbe?“		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Den Anforderungen des Patienten könnte das Personal medizinisch und pflegerisch besser gerecht werden ➤ Mehr Zeit der Pflegenden für Patienten ➤ Mitarbeiterzufriedenheit steigt ➤ Patientenzufriedenheit steigt ➤ Dokumentation würde den Anforderungen entsprechen ➤ Zeitnahe Dokumentation wäre möglich ➤ Gute Laune, Freude auf den Tag beim Personal ➤ Zeitgewinn, Durchführung der Visiten ohne Druck ➤ Vernünftige Planung der Arbeitsabläufe ➤ Bettenplanung wird möglich ➤ „Umschiebeaktionen“ der Patienten mit Betten werden reduziert/Zeitersparnis ➤ Keine Gangbetten ➤ Gemeinsame Visiten wären möglich ➤ Wissensaustausch Arzt/Pflege ➤ Mehr Zeit für Therapie und Diagnostik ➤ Planung der Entlassung der Patienten wäre aktuell ➤ Geplante Zugänge mehr möglich ➤ Zeit für interne Fortbildungen gewonnen ➤ Zeit für Fortbildungen zur Qualitätsverbesserung gewonnen ➤ Arbeit als therapeutisches Team besser 	<p style="text-align: center;">Outcome</p> <p style="text-align: center;">P</p> <p style="text-align: center;">Outcome</p> <p style="text-align: center;">Outcome</p> <p style="text-align: center;">P</p> <p style="text-align: center;">P</p> <p style="text-align: center;">S</p> <p style="text-align: center;">S</p> <p style="text-align: center;">Outcome</p> <p style="text-align: center;">Outcome</p> <p style="text-align: center;">S und P</p> <p style="text-align: center;">P</p> <p style="text-align: center;">S und Outcome</p> <p style="text-align: center;">S</p> <p style="text-align: center;">S</p> <p style="text-align: center;">S</p> <p style="text-align: center;">Outcome</p>	<p style="text-align: center;">M</p> <p style="text-align: center;">M</p> <p style="text-align: center;">W</p> <p style="text-align: center;">W</p> <p style="text-align: center;">M</p>

Architekturelemente in der Interventionsphase

Die exemplarische Schilderung der Startworkshops in den Anwendungsbeispielen der Stationen A und B des Fallbeispiels „ArbiK“ zeigt, wie umfangreich eine Situationsanalyse sein muss, bevor mit den Veränderungsprozessen begonnen werden kann. Sie zeigt, wie stark die Architekturelemente in Veränderungsprozessen und die inhaltlichen Dimensionen verbunden sind. Die Anwendungsbeispiele verdeutlichen inhaltlich, dass es neben individuellen Unterschieden in den Problembereichen auf den Stationen offensichtlich ähnliche strukturelle und organisatorische Probleme in den Fachdisziplinen Innere und Chirurgie in den Akutkrankenhäusern gibt.

Tabelle 3.2 zeigt eine Zusammenstellung nach Stationen und Fachdisziplinen der für die Interventionsphase im Fallbeispiel „ArbiK“ ausgewählten Problembereiche mit hoher Priorität.

Tab. 3.2 Im Fallbeispiel „ArbiK“ ausgewählte Probleme mit hoher Priorität zur Lösung aufgelistet nach Fachdisziplinen

Station A	Station C	Station B	Station D	Station F	Station E
Chirurgie	Chirurgie	Innere	Innere	Innere	Neonatal
Fehlende Verfügbarkeit der Ärzte auf Station	Präsenzzeit der Ärzte auf Station	Fehlende gemeinsame Visiten	Fehlende Verbindlichkeit von Absprachen	Fehlende Verbindlichkeit von Absprachen	Fehlende Abgrenzung der ärztlichen und pflegerischen Aufgaben
Kommunikationsprobleme zwischen den Berufsgruppen	Fehlende Abgrenzung pfleg./ärztl. Aufgaben	Mängel im organisatorischen Ablauf auf Station	Fehlender Flexibler Hol- und Bringendienst	Fehlende Verfügbarkeit von Ärzten auf Station	Mängel im organisatorischen Ablauf auf Station
Keine Teamidentifikation	Mangelndes Teamverständnis	Ungeplante Aufnahmen	Unzureichende Qualifikation der Mitarbeiter	Mängel im organisatorischen Ablauf auf Station	Kommunikationsprobleme

Eine Schlüsselrolle in Veränderungsprozessen nehmen die **Projektgruppen** ein. Im Fallbeispiel „ArbiK“ wurden in den Startveranstaltungen bzw. unmittelbar danach die Teilnehmer der Projektgruppe, die Projektkoordinatoren und die Mitglieder der Steuerungsgruppe je Krankenhaus festgelegt. Dies erfolgte durch die anwesenden Mitarbeiter der Stationen und die Ärzte der Abteilungen.

Projektgruppe/Kerngruppe

Da es sich um ein interdisziplinäres Projekt handelt und Veränderungen auf Station durch die beiden am stärksten vertretenen Berufsgruppen getragen werden müssen, war die Vorgabe seitens des externen Projektteams der UW/H, dass in einer **Projektgruppe** Pflegende und Ärzte vertreten sein mussten. Diese Vorgabe basiert auf den Erfahrungen, dass heterogen zusammengesetzte Teams die notwendige Voraussetzung für die Veränderung der komplexen Strukturen und Prozesse im Krankenhaus sind. In den Projektgruppen sollten die betroffenen Gruppen vertreten sein, um die relevanten Strömungen auf Station einzubringen und den Dialog zwischen den Berufsgruppen zu stärken. Die Anzahl der Projektgruppenmitglieder sollte 6-8

nicht überschreiten. Die Projektgruppen wählten die **Projektsprecher**, jeweils eine Pflegende und eine(n) Ärztin/Arzt pro Station.

Die Erfahrungen im Fallbeispiel „ArbiK“ zeigen, dass die Teilnahme an der Projektgruppenarbeit freiwillig sein muss und von dem Interesse und der Motivation der Teilnehmer, Veränderungen anzustoßen und umzusetzen, geleitet werden sollte. Wesentliche Basis der Zusammenarbeit in den verschiedenen Projektgruppen ist die gegenseitige Wertschätzung und Anerkennung der unterschiedlichen Leistungen im Prozess der Projektentwicklung. Insbesondere der Beginn der Projektgruppenarbeit im Fallbeispiel zeigt, wie ungewohnt der ziel- und faktenorientierte Dialog zwischen Ärzten und Pflegenden ist. Dieser Dialog ist offensichtlich noch nicht ein integrierter Bestandteil der Kultur der Zusammenarbeit in Krankenhäusern. Die hier beispielhaft dargestellte Interventionsphase auf sechs Stationen zeigte aber auch, wie sehr sowohl der allgemeine Ablauf auf den Stationen als auch erfolgreiche Projektarbeit von den Erfahrungen eines durch Wertschätzung getragenen Dialogs positiv beeinflusst werden.

In den Startworkshops wurden die ersten Sitzungstermine der Projektgruppen und der Ort des ersten Treffens vereinbart. In der darauf folgenden ersten Projektgruppensitzung im Anschluss an die Startworkshops wurde in den Projektgruppen festgelegt:

- welche Spielregeln der Interaktionen während der Projektgruppensitzungen für die Projektgruppenmitglieder verbindlich sind
- wie häufig und in welchem Abstand Projektsitzungen stattfinden
- welcher Zeit- und Ablaufplan für die geplanten Veränderungen festgelegt wird
- wie die konkrete Aufgabenverteilung basierend auf der Ablaufplanung aufgeteilt wird, d. h. wer macht was bis wann?

Die Mitglieder der Projektgruppe unterstützten ihre Kollegen auf Station in der Umsetzung der geplanten Maßnahmen im Arbeitsalltag, und sie standen für Informationen und Nachfragen zur Verfügung. Insbesondere die Sprecher *der Projektgruppen* sind für diese Informationsweitergabe und die Unterstützung auf Station verantwortlich.

Der Projektgruppensprecher berichtete darüber hinaus in regelmäßigen Abständen der **Steuerungsgruppe** über Fortgang und Zwischenergebnisse des Projekts und teilte den eventuell notwendigen Unterstützungsbedarf für den Veränderungsprozess mit.

Steuerungsgruppe

Zur Unterstützung der Arbeit der Projektgruppen in den Veränderungsprojekten im Fallbeispiel war im Fallbeispiel pro teilnehmendem Krankenhaus eine Steuerungsgruppe institutionalisiert worden. Die Steuerungsgruppe ist ein wichtiges Strukturelement, um systemische Organisationsveränderungen erfolgreich zu leiten und die auf Managementebene notwendigen Entscheidungen zu treffen, welche für die operative Umsetzung der Projektmaßnahmen durch die Projektgruppe notwendig sind. Die Besetzung der Steuerungsgruppe soll für alle Beteiligten und Betroffenen der

Veränderungsprozesse signalisieren, dass die Veränderungen auf allen Managementebenen gewollt sind und die Aktivitäten der Projektgruppe von der obersten Hierarchieebene unterstützt werden. Der Steuerungsgruppe gehörte im Fallbeispiel „Arbik“ an: Die Pflegedirektorin, der ärztliche Leiter, der Verwaltungsleiter und die Chefarzte der Interventionsstationen. Die Teilnehmer sollten neben der Steuerungsfunktion auch eine Reflexions- und Katalysatorfunktion als Brücke zwischen den verschiedenen Organisationseinheiten in den unterschiedlichen Häusern einnehmen.

Nur in einem der drei beteiligten Krankenhäuser haben alle Mitglieder der Steuerungsgruppe bis zum Ende des Projektes an den ca. vierteljährlich stattfindenden Informations- und Reflexionsveranstaltungen im Interventionsprozess teilgenommen. Sehr schnell haben sich in den beiden anderen Häusern die Vertreter der ärztlichen Seite und der kaufmännischen Seite zu den jeweiligen Treffen entschuldigen lassen, nur die Pflegedirektorinnen haben ihre Monitoring-, Motivations-, Katalysator- und Entscheidungsfunktion bis zum Projektende wahrgenommen. Aufgrund der hierarchischen Stellung der Pflege und den Machtposition des ärztlichen Bereiches konnten teilweise aber dadurch in den Häusern notwendige Entscheidungen im Veränderungsprozess nicht durchgeführt werden. Die Projektgruppenmitglieder beider Berufsgruppen empfanden das Fehlen der Vertreter der wichtigen Machtgruppe im Hause als mangelnde Wertschätzung des Projektes und des Engagements der Beteiligten. Dies wirkte sich demotivierend auf den Prozessverlauf der Veränderungsprojekte aus.

Projektkoordinatoren

Wichtige Aufgaben übernahmen im Fallbeispiel „Arbik“ die **internen Projektkoordinatoren**. Da in jedem der Krankenhäuser die Projektkoordinatoren ihre Funktion unterschiedlich wahrnahmen bzw. wahrnehmen konnten, können anhand dieser Erfahrungen und der damit verbundenen Auswirkungen beispielhaft die Aufgaben aufgelistet werden, die vom Projektkoordinator übernommen werden sollten, um die Veränderungsprozesse erfolgreich zu unterstützen.

Die Projektkoordinatoren übernahmen in den erfolgreichen Veränderungsbeispielen die Aufgaben:

- als Verbindungsbrücke zwischen Projektgruppe, Steuerungsgruppe und externen Beratern/Projektverantwortlichen zu agieren
- Ansprechpartner für externe und interne Projektbeteiligte zu sein
- die organisatorische Vorbereitung und Unterstützung der Treffen der Projektgruppe und der Steuerungsgruppe zu gestalten
- Verantwortung für die Sicherstellung der Projektdokumentation (Protokolle der Sitzungen der beteiligten Projektgruppen im Interventionsprozess in den Häusern) zu übernehmen
- die situative Beratung und Moderation der Projektgruppe/Kerngruppe zu übernehmen.

Insbesondere die Übernahme einer Brückenfunktion zwischen den internen und externen Projektbeteiligten und die organisatorische Unterstützung der Projektgruppen der verschiedenen Stationen sind wichtige erfolgsfördernde oder -hemmende Tätigkeiten.

Aus den Erfahrungen ist zu empfehlen, dass die internen Projektkoordinatoren in einem interdisziplinären und berufsgruppenübergreifenden Projekt organisatorisch-strukturell bei den derzeit noch herrschenden Machtstrukturen nicht der Pflegedienstleitung zugeordnet sein sollten. Eine derartige strukturelle Anbindung vermindert die Akzeptanz in den anderen Subsystemen des Krankenhauses, insbesondere im ärztlichen Bereich. Darüber hinaus ist in den Fällen, bei denen die Gesamtprojektverantwortung ausgelagert ist, d. h. es also auch eine externe Projektgruppe und einen externen Auftraggeber gibt, eine klare Definition der Rolle der externen und internen Projektkoordinatoren in Abgrenzung zu den Aufgaben der Projektgruppe und der Projektgruppensprecher notwendig, um frühzeitig Konfusionen zu vermeiden und Irritationen durch nicht eingelöste Erwartungen zu umgehen.

Es hat sich auch gezeigt, dass für die erfolgreiche Übernahme der Aufgabe einer internen oder externen Projektkoordination folgende Kompetenzen notwendig sind:

- Projektmanagementenerfahrungen
- Moderationserfahrungen
- Integrative Fähigkeiten
- Flexibilität
- Kommunikationsfähigkeit
- Motivationsfähigkeit
- Selbstbewusstsein und Durchsetzungsvermögen
- Konfliktfähigkeit
- Eine systemische Perspektive, d. h. die Fähigkeit zu Abstrahieren und das Gesamtsystem „Krankenhaus“ mit seinen Regelmechanismen zu sehen.

Externe Berater und Koordinatoren

Wichtige Aufgaben und Funktionen hatte in der Interventionsphase des hier beschriebenen Fallbeispiels das **externe Projektteam der UW/H** übernommen. Außenstehende haben oft den Vorteil, durch ihren „Abstand“ mehr zu sehen und unbefangener fragen und agieren zu können. Externe Berater können Spannungen und Widersprüche sichtbar machen, motivieren, ihre Expertise einbringen und helfen, neue Methoden zur Prozessgestaltung kennen zu lernen und einzusetzen. Sie sind bezogen auf das System „Krankenhaus“ neutral und vertreten keine Abteilungsinteressen in dem System. Die Erfahrungen zeigen, dass Veränderungsprozesse im Alltag der Krankenhäuser in Gefahr geraten, unter dem Druck, dem alle Beteiligten durch die Verschärfung der Rahmenbedingungen im Gesundheitssektor ausgesetzt sind, ohne die Unterstützung eines externen Projektteams zu stocken oder zum Erliegen zu kommen.

Die Kontinuität in den Veränderungsprozessen während der Projektlaufzeit des Fallbeispiels wäre gefährdet gewesen, wenn das Projektteam der UWH nicht engmaschig unterstützend und teilweise steuernd eingegriffen hätte. Der Projektverlauf war insbesondere in Frage gestellt durch die bestehenden hierarchischen Strukturen und Machtverhältnisse sowie die Verteidigung von Einzelinteressen im System Krankenhaus und die vielfach immer noch gelebte männliche-paternalistische Dominanz der Chefärzte. Die zeitnahe Begleitung des Projektverlaufs inklusiv Gruppen- und Einzelcoaching war in den Fallbeispielen eine wichtige Aufgabe der externen Projektgruppe. Coaching durch externe Berater oder Beraterteams ist wichtig, so hat es sich in dem zwei Jahre laufenden Prozess immer wieder gezeigt, da sich Mitarbeiter, die sich an Veränderungsprozessen beteiligen, sehr schnell zurück ziehen, wenn die benötigte Unterstützung der Geschäftsleitung von den Beteiligten nicht mehr wahrgenommen wird.

Die erfolgreiche Begleitung und Unterstützung von Veränderungsprozessen durch ein externes Projektteam setzt voraus, dass die Mitglieder in den Projektgruppen und der Steuerungsgruppe auf einer Vertrauensbasis miteinander arbeiten. Dies schließt ein, dass die gegenseitigen Rollenerwartungen im Projektverlauf immer wieder angesprochen und geklärt werden. Insbesondere in der Anfangsphase war es wichtig, die Beziehungsebene zwischen externem Projektteam und Projektbeteiligten bewusst in den Vordergrund der Reflexion zu stellen und zu gestalten. Externe Projektkoordinatoren/-berater können immer nur beratende oder unterstützende Funktion übernehmen aufgrund ihrer Methodenkompetenz und den Erfahrungen in und mit Veränderungsprozessen in vergleichbaren Situationen.

Zu den wesentlichen Aufgaben der externen Berater in dem Fallbeispiel gehörte, auch über die genannten Funktionen hinaus:

- Literaturanalyse in Bezug auf die Fragestellung des Projektes
- Gesamtplanung, -koordination der Veränderungsprojekte aller drei beteiligten Häuser
- Koordination und Moderation der Startworkshops
- Koordination der gemeinsamen Projektsitzungen mit den Projektgruppen
- Moderation der Steuerungsgruppensitzungen
- Monitoring der Projektprozesse in den beteiligten Häusern
- Erstellung von Zwischenberichten an den Auftraggeber
- Koordination einer gemeinsamen Abschlussveranstaltung
- Erstellung des Abschlussberichtes für den Auftraggeber
- Übernahme von Brückenfunktionsaufgaben zwischen den Beteiligten in den Projekten

Projektvereinbarung

Eine Kooperationsvereinbarung mit den Verantwortlichen (Abb. 3.6) sicherte die Verbindlichkeit der Zusammenarbeit auf der obersten Managementebene. Im Fallbeispiel „ArbiK“ wurde pro teilnehmendem Haus eine Projektvereinbarung getroffen:

ENTWURF einer Vereinbarung für die Durchführung eines interdisziplinären Projektes:**Haus 3**

Vertreten durch Chefarzt Professor Dr.
 Chefarzt Professor Dr. ...und der Pflegedirektorin Dr.

nachfolgend Einrichtung genannt, treffen im Hinblick auf ein gemeinsames Projekt folgende Vereinbarung:

Im Rahmen der Forschungsthematik:

Arbeitsbedingungen im Krankenhaus _____

wird ein Forschungsprojekt im Zeitraum von:

November 2005 bis Mai 2007

gemeinsam durchgeführt. Die Verwertungs- und Veröffentlichungsrechte der Ergebnisse des Forschungsprojektes liegen bei der Fakultät der UW/H und beim Auftraggeber des Forschungsprojektes, der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Berlin.

Die Unterzeichnenden dieser Vereinbarung gehen davon aus, dass diese Kooperationsvereinbarung keinerlei gegenseitige finanzielle Ansprüche begründet. Soweit durch Mitarbeiter oder Studierende der Fakultät in der Einrichtung Schäden im Rahmen der Forschungstätigkeiten verursacht werden, haftet hierfür die Fakultät.

Im Fall eines Konflikts ist diese Vereinbarung nur kündbar im Anschluss an ein gemeinsames Gespräch der Projektverantwortlichen der Fakultät und der Vertragspartner.

Datum:.....

Unterschrift:.....

Private Universität Witten/Herdecke
 Dekan

Haus 3
 Chefarzt Station A

Geschäftsführung

Chefarzt Station B

Pflegedirektorin

Abb. 3.6 Entwurf einer Vereinbarung für die Durchführung eines interdisziplinären Projektes

Auch für interne größere Veränderungsprojekte in einem Haus mit stationsübergreifenden bzw. berufsübergreifenden Beteiligten ist es empfehlenswert, entsprechend angepasste Kooperationsvereinbarungen schriftlich zu treffen.

Projektdokumentation

Als zentrales Planungs- und Steuerungsinstrument wurde die **Planungsmatrix nach der Methode** von „logical framework“ und die daraus abgeleiteten standardisierten Formulare der Projektdokumentation genutzt. Ein Projekt im Projektmanagementkontext von „logical framework“ ist ein Maßnahmenbündel zur Veränderung von nicht erwünschten Situationen mit einem definierten Ziel und einem zeitlich festgelegten Projektanfang und -ende.

Die Planungsmatrix ist als Tabelle aufgebaut und enthält schriftlich festgehalten das konkrete Projektziel und die zur Erreichung des Projektziels notwendigen Zwischen-

ziele (Meilensteine). Dazu werden Indikatoren der Messbarkeit der Zielerreichung definiert. Ein Indikator enthält Definitionen über Quantität, Qualität, Zeit und Ort der Zielerreichung. In weiteren Spalten werden die Quelle der Nachweisbarkeit der Zielerreichung und Annahmen bzw. Risiken, die zur Zielerreichung bestehen, eingetragen. Pro Ziel und Zwischenziel werden als Arbeitspläne konkrete Aktivitäten festgelegt, der Verantwortliche für die Ausführung der Aktivitäten und die Daten legt fest, bis wann die Aktivitäten erledigt sein müssen. Ein Arbeitsplan kann visualisiert werden, um so Anfang und Ende einer Maßnahme und erwünschte bzw. unerwünschte Überschneidungen von Aktivitäten zu darzustellen (Gant-chart).

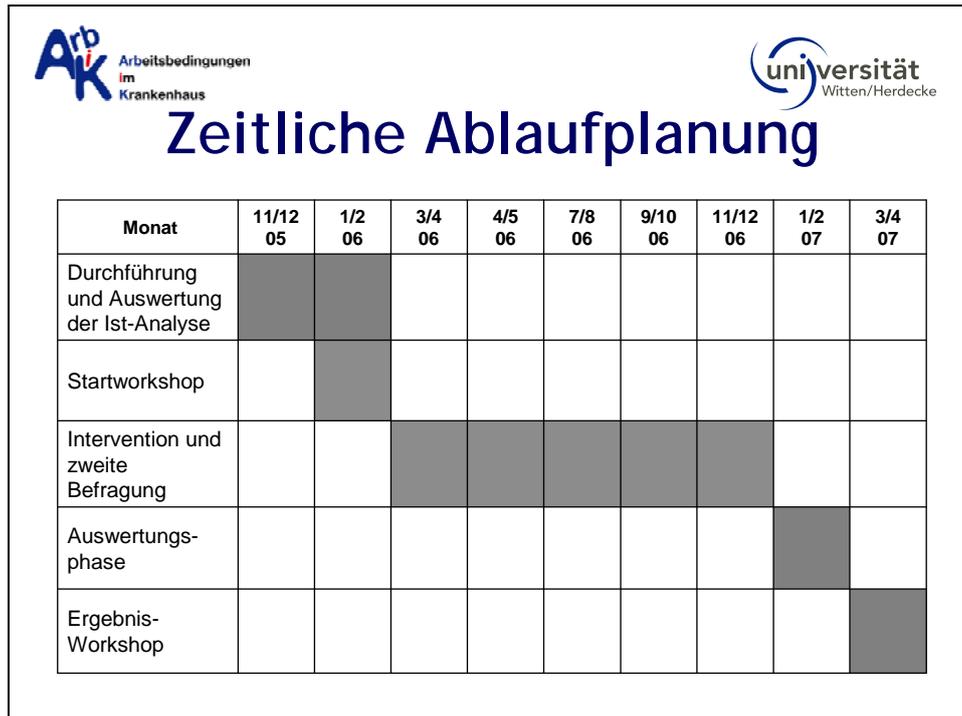


Abb. 3.7 Darstellung einer zeitlichen Ablaufplanung

Das externe Projektteam der UW/H benutzte als Steuerungsinstrumente im Einzelnen die als Anhänge (Anhang 3a bis 3c) beigefügte(n):

- Projektplanungsmatrix basierend auf dem Projektmanagementsystem logical framework
- Arbeitspläne resultierend aus der Projektplanungsmatrix
- Visualisierte Ablaufplanung (Gant-chart)
- Protokolle der Projektgruppensitzungen und der Steuerungsgruppensitzungen in den Projekthäusern sowie der Projektsitzungen des externen Projektteams
- Halbjährliche Zwischenberichte an den Auftraggeber

Die Vorgabe von Zielen und Zwischenzielen und daraus abgeleiteten Aktivitätenpläne ermöglicht Transparenz des geplanten Projektverlaufes und die zielorientierte und terminliche Steuerung von Projekten.

Für die internen Koordinatoren und die Projektgruppen waren die **Protokolle** der einzelnen Projektgruppensitzungen und die Protokolle der Steuerungsgruppensitzungen als Steuerungsinstrumente der Veränderungsprozesse wichtig.

Protokolle der Projektsitzungen (Abb. 3.8) wurden vom externen Projektteam erstellt und an die Projektgruppen verteilt. Bei Treffen, die nicht vom externen Team begleitet wurden, übernahm diese Aufgabe ein Mitglied der Projektgruppe und leitete dann das Protokoll an das Team der UW/H weiter.

Protokoll : Station A, Haus 1

Projektgruppentreffen des Forschungsprojekts „Arbeitsbedingungen im Krankenhaus“ Station A, Haus B
Termin:, Uhrzeit:

Teilnehmer/innen:

Herr. A, Dr. B, Frau C, Frau D, Frau E, Frau F, Frau T, Dr. Z
aus der Universität Witten/Herdecke: Fr. Dr. D, Hr. Sch (Protokollant)

Punkt 1:

Kurze Vorstellung der Ist-Situation aus der Projektgruppe. Auf Station sind neue organisatorische Maßnahmen geschaffen. Ein Arzt wird als „Stationsarzt“ für eine Woche abgestellt. Es ergeben sich noch kleine Schwierigkeiten, diese Punkte sollen in der nächsten Klausurtagung der Ärzte angesprochen werden. Des Weiteren wird in der Projektgruppe an dem Bereich „Stationsablauf“ gearbeitet. Einzelne Angaben liegen vor. Ziel ist es einen gemeinsamen abgesprochenen, abgestimmten Tagesablauf zu erstellen. Insgesamt stellten die Mitglieder der PG den gesamten Prozess als eher träge dar. Hilfreich könnte hier eine Klausursitzung sein. Dieses muss mit den Mitgliedern abgesprochen werden.

3.3

Punkt 2:

Im weiteren Vorgehen sollen wichtige Problembereiche im Tagesablauf identifiziert und in der Projektgruppe weiter besprochen werden. Im Tagesablauf könnten auch feste Zeiten für Chefarztvisiten und Stationsarztvisiten eingeplant werden.

Ziel ist es, Anfang Juli der Steuerungsgruppe die Ergebnisse der jetzigen Arbeit vorzustellen. Die Projektgruppenarbeit soll von den Mitgliedern mit Unterstützung des Projektteams aus Witten/Herdecke vorgestellt werden.

Die Terminabsprache mit der Steuerungsgruppe wird von dem Projektteam aus Witten/Herdecke übernommen.

Ort, Datum

Abb. 3.8 Beispiel eines Protokolls einer Projektsitzung

Es fanden während der einjährigen Interventionsphase in den Beispielhäusern, in einem jeweiligen Zeitrhythmus von zwei bis drei Wochen, Projektgruppentreffen auf den Projektstationen statt (Abb. 3.9).



Projekttreffen

Projekttreffen	Themenschwerpunkte
1.	Brainstorming zum Thema „anwesender Arzt“ auf Station mit möglichen positiven Auswirkungen auf die Pflege
2.	Analyse von behindernden und erschwerenden Arbeitsbedingungen aus Sicht der Ärzte und Pflegenden
3.	Analyse von behindernden und erschwerenden Arbeitsbedingungen aus Sicht der Ärzte und Pflegenden -> Case-Manager für die Station und als Ansprechperson für die Ärzte
4.	Problembeschreibung zum täglichen Stationsablauf -> Identifizierung der Problembereiche mit einer Erarbeitung potentieller Lösungsmöglichkeiten

Abb. 3.9 Übersicht der Projektgruppentreffen

3.2.2 Interventionsverläufe im Fallbeispiel „ArbiK“

In den ersten Projektgruppensitzungen wurde, basierend auf den drei Problembereichen mit hoher Priorität, welche in den Startworkshops ausgewählt worden waren, eine Ursachenanalyse mit unterschiedlichen Methoden der Visualisierung durchgeführt. Mit Hilfe der Metaplantchnik wurden weitere Problemanalysen durchgeführt und die weitere Vorgehensweise zur Veränderung der Problemsituationen geplant. Die Abb. 3.10 gibt zwei Ergebnisse der Visualisierung von Analyseergebnissen wieder.

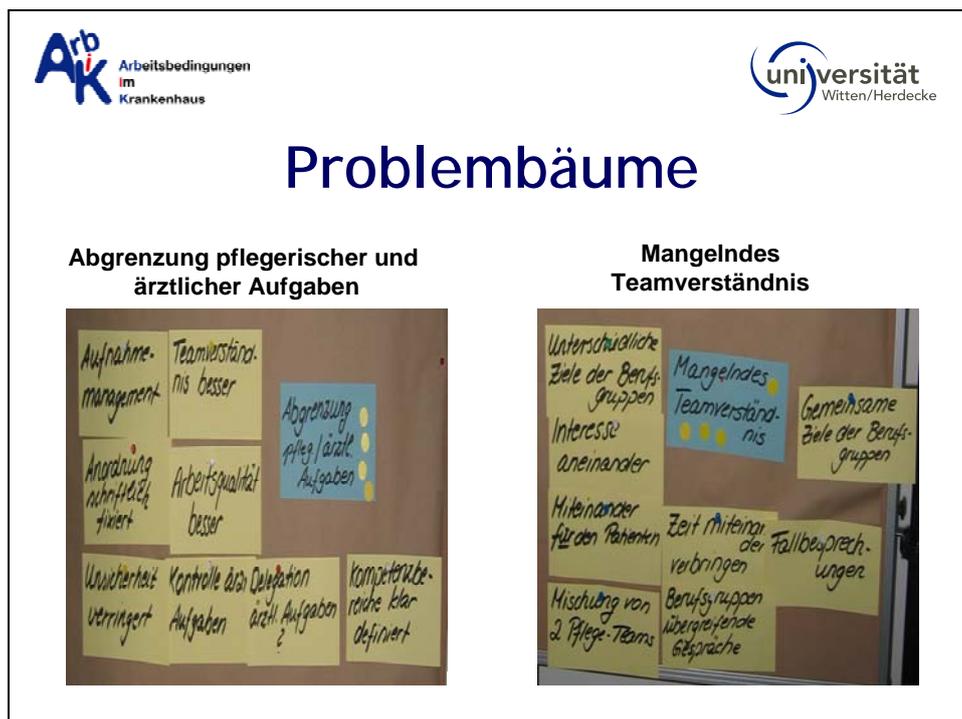


Abb. 3.10 Ergebnisse der Visualisierung mit Metaplankarten

Wichtiges Element im Fallbeispiel der externen systemischen Projektberatung durch das UWH-Team war die moderierte Reflexion in den gemeinsamen Sitzungen mit den Projektgruppen der Stationen. Basis der gemeinsamen Diskussionen, d. h. des gemeinsamen Betrachtens der Projektverläufe, waren Visualisierungen der Projektsi-

tuation, die das UWH-Team einbrachte. Anhand eines Ishikawa-Diagramms (siehe Abb. 3.11) wurde beispielsweise die Komplexität eines Problembereiches deutlich gemacht.

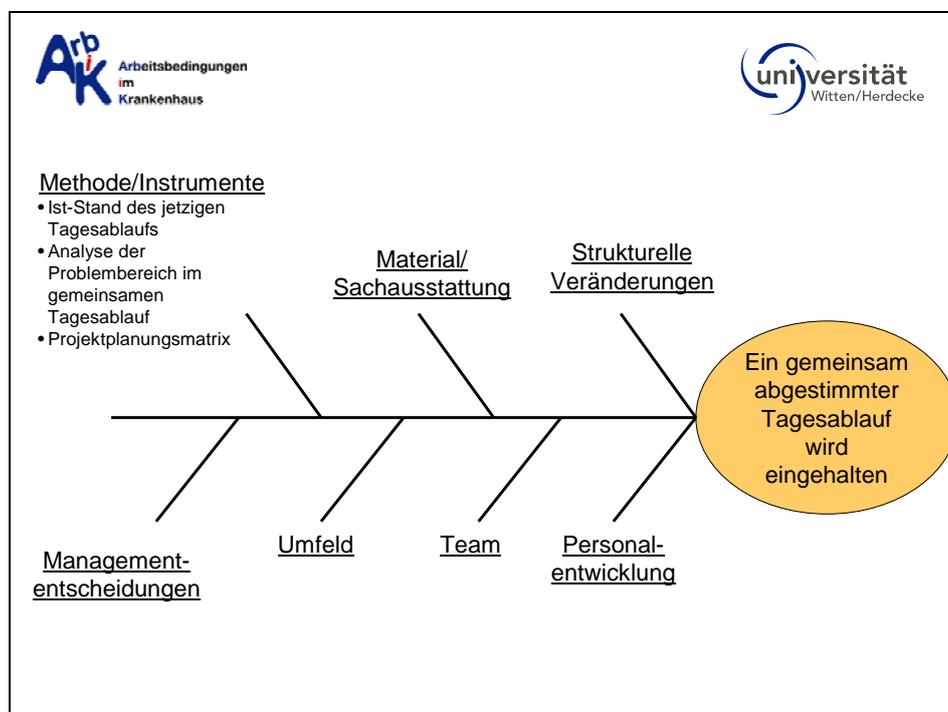


Abb. 3.11 Beispiel eines Ishikawa-Diagramms

Die Ergebnisse des Projektgruppentreffens und die erzielten Veränderungen durch die Interventionsmaßnahmen auf Station wurden vierteljährlich den Mitgliedern der Steuerungsgruppe vorgestellt. In der gemeinsamen Sitzung, an denen immer das Projektteam der UW/H teilnahm, wurde die weitere Vorgehensweise mit den Entscheidungsträgern der Häuser abgestimmt.

3.2.3 Ergebnisse der Veränderungsprojekte auf den Projektstationen

Die bereits auf Seite 78 dargestellte Zusammenstellung zeigte die Problembereiche, die von den Stationen mit hoher Priorität für die Interventionsphase ausgewählt worden waren (siehe auch Seite 78).

Die Tabelle macht deutlich, dass auf den Stationen die gemeinsamen Probleme:

- Verfügbarkeit der Ärzte auf den chirurgischen Stationen
- Berufsübergreifende Kommunikations- und Kooperationsprobleme
- Defizite in den Prozessabläufen und
- mangelndes Teamverständnis

von hoher Bedeutung sind.

Nach einem Jahr der Zusammenarbeit wurde in einer gemeinsamen Abschlussveranstaltung von den Sprechern aller beteiligten Projektgruppen der Stand der Veränderungen auf der Station präsentiert. Bis zu diesem Zeitpunkt der Ergebnispräsentation, Juni 2007, waren auf den Stationen die in der nachfolgenden Tabelle 3.3 zusammengefassten Veränderungen vorgenommen bzw. folgende Lösungen implementiert worden. Die in der Spalte Lösungen eingetragenen Texte sind Originaltexte aus den Präsentationen der Projektgruppen.

Tab. 3.3 Zusammenfassung der in der Interventionsphase implementierten Lösungen

Problembereiche mit höchster Priorität	Im Interventionszeitraum gefundene Lösungen
Fehlende Verfügbarkeit der Ärzte auf Station	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Einführung eines Assistenzarztes auf Station (mit Entscheidung des Chefarztes) <ul style="list-style-type: none"> • Ein Assistenzarzt ist in der Zeit von Montag bis Freitag (7.30 – 16:30 Uhr) auf Station • Die Assistenzärzte rotieren wöchentlich • Zusätzlich sind jeweils zwei Oberärzte bzw. Fachärzte je Station eingeteilt.
Kommunikationsprobleme	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Morgendliche Besprechungen der Aufnahmen und Entlassungen auf Station ➤ Monatliche Besprechung zwischen Stationsleitung und zuständigen Oberärzten
Fehlende gemeinsame Visiten	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Erarbeitung und Umsetzung von gemeinsamen bindenden Richtlinien für gemeinsame Visite <ul style="list-style-type: none"> ○ Strukturkriterien <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beginn und Dauer festlegen ▪ Visite findet im Patientenzimmer statt ▪ „Kängeruhen“ erst nach Visite einplanen ▪ Patientenkurven müssen übersichtlich und leserlich geführt werden ▪ Veränderungen werden mit Rotstift vermerkt ▪ Anordnungen müssen mit Handzeichen und Uhrzeit notiert werden ○ Reihenfolge <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegekraft berichtet ▪ Besprechen von psychosozialen Besonderheiten ▪ Gezieltes Nachfragen des Arztes ▪ Besprechen des weiteren Vorgehens ▪ Arzt trifft Anordnung (Labor, Diagnostik etc.) ▪ Überprüfung des Vorsorgeplanes ▪ Prozeduren und Diagnosen aktualisieren
Organisatorische Abläufe auf Station/Mängel in der Organisation der Arbeitsabläufe	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Übertragung von Teilen des Casemanagement an die Stationsleitung ➤ Verbindliche, schriftliche Erstellung der Aufgabenbereiche der Stationsleitung ➤ Einführung Fehlermanagement bei ärztlicher Anordnung

Problembereiche mit höchster Priorität	Im Interventionszeitraum gefundene Lösungen
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fehlerausarbeitung werden seitens der Stationsleitung mit dem zuständigen Pflegepersonal offen und direkt kommuniziert ○ Eskalationsplan ➤ Wöchentliche Besprechung Stationsleitung mit Stationsärzten ➤ Aufteilung der Station in zwei gleich große Bereiche <ul style="list-style-type: none"> ○ Jedem Bereich wird ein eigenes Ärzte-Team zugeordnet ➤ Konsequente Einhaltung der neuen Visitenzeiten <ul style="list-style-type: none"> ○ Visite zwischen 8:00 und 9:00 Uhr ○ Kurvenvisite zwischen 14:00 und 15:30 Uhr ➤ Routinebetrieb der Funktionsabteilungen beginnt um 9:00 Uhr ➤ Vereinbarung gemeinsamer Termine am Tag für Belegungssteuerung ➤ Benennung zentraler ärztlicher Ansprechpartner auf Station ➤ Vereinbarung der Zeiten für Angehörigengespräche ➤ Vereinbarung über Aufnahme- und Entlassungskriterien ➤ Arztbriefe am Vortag der Entlassung von Patienten vorbereiten ➤ Gemeinsame Dokumentation Pflegende und Ärzte
Fehlende Verbindlichkeiten von Absprachen	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Protokolle der Stationsbesprechungen müssen von den Pflegenden nach dem Lesen unterschrieben werden ➤ Einführung eines separaten Ordners „Absprachen“ ➤ Poster mit Absprachen für den Sozialraum

Es wurden im Interventionszeitraum die Probleme:

- Ungeplante Aufnahmen
- Mangelndes Teamverständnis
- Fehlende Abgrenzung pfleg./ärztl. Aufgaben
- Fehlender flexibler Hol- und Bringedienst
- Unzureichende Qualifikation der Mitarbeiter

von den Projektgruppen noch nicht bearbeitet. Zu den weiteren geplanten Aktivitäten auf den Stationen wurde in dem gemeinsamen Ergebnistreffen aller teilnehmender Häuser von den Projektgruppen die in Tabelle 3.4 zusammengefassten Aussagen gemacht:

Tab. 3.4 Perspektiven für die zukünftige Projektarbeit

Perspektiven
Ausbau der Kommunikationsstrukturen
Verkürzung der Visitenzeiten
Weitere Optimierung des Entlass- und Aufnahmeprozesses
Weitere Optimierung der Strukturen des Stationsablaufes
Klinikinterne Diskussion zu den Problempunkten aus der Befragung wird fortgesetzt
Sicherung der erreichten Ergebnisse im Arbeitsalltag
Weiterbearbeitung des Aufnahmemanagements, z. B. durch EDV-gestützte Einbestellkalender

Obwohl das Projekt mit der externen Begleitung beendet war, bestand Interesse an konkreter Weiterarbeit.

3.2.4 Zusammenfassung der fördernden und behindernden Einflussfaktoren in Veränderungsprozessen

In der nachfolgenden Aufzählung ist der von den Projektgruppen der verschiedenen teilnehmenden Stationen formulierte externe und interne Unterstützungsbedarf für erfolgreiche Veränderungsprozesse wiedergegeben.

Unterstützungsbedarf I

Projektteam der Universität Witten/Herdecke

- Impulsgeber für die Bearbeitung der Problemfelder
 - u. a. Einführung der Regelkommunikation innerhalb einer Abteilung
- Schriftliche Befragung von Ärzten und Pflegenden
- Moderation im Startworkshop zur Problemidentifikation
- Initiierung der Steuerungsgruppe
 - Transparenz der Projektarbeit
- Jour fix-Termin zur Bilanzierung der Projektgruppenarbeit

Unterstützungsbedarf II

Stabstelle Pflegewissenschaft im Klinikum

- Moderation der PG
- Koordination der 19 Projektgruppentreffen
- Unterstützung bei der Erstellung von Arbeitspapieren
- Unterstützung bei der Erstellung der Präsentationen
- Koordination der Schnittstelle PG und Universität Witten/Herdecke

- Koordination von zwei Treffen der Steuerungsgruppe
→ klinikinternes Projektmanagement

Die dargestellten Beispiele der Ergebnispräsentation zeigen, dass durch die Vorgabe einer festen Projektstruktur und die Mitarbeit der Betroffenen, durch die Unterstützung einer internen und externen Projektkoordination und die Unterstützung des leitenden Managements, Veränderungsprojekte erfolgreich durchgeführt werden können. Entscheidende Grundlagenfaktoren für erfolgreiche Veränderungen in den Krankenhäusern sind Wertschätzung der Arbeit der jeweils anderen Berufsgruppe, berufsübergreifende Kommunikation und bewusst gelebte partnerschaftliche Zusammenarbeit sowie gemeinsame Zeit der Reflexion von Strukturen und Prozessen.

Sowohl im Projektverlauf als auch bei der abschließenden Ergebnispräsentation der Projektgruppen, die am Fallbeispiel teilgenommen haben, wurden auf die Einflussfaktoren hingewiesen, die zum Erfolg von Veränderungsprojekten beitragen, als auch die Einflussfaktoren benannt, die Veränderungsprozesse behindern:

Die wesentlichen positiven und hemmenden Faktoren, die von den Beteiligten genannt wurden, sind in den nachfolgenden Punkten zusammengefasst:

Positive Aspekte im Prozessverlauf

- Verständnis für die andere Berufsgruppe ist im Projektverlauf gestiegen
- Konstruktive interdisziplinäre Kommunikation
- Lösung der Projektgruppe für das Problem zeigt unmittelbare Erleichterung der Belastungen auf Station
- Lösung der Projektstation wurde bereits auf anderen Stationen auch eingeführt
- Starke Unterstützung durch die interne Projektkoordinatorin
- Starkes Engagement der Pflegedirektion
- Deutliche Unterstützung der Projektarbeit durch den verantwortlichen Chefarzt
- Starkes Interesse der Stationsärzte an dem Lösungsmodell
- Starkes Engagement der Pflegenden in der Projektgruppe
- Methodisches Vorgehen und Einsatz der didaktischen Mittel durch das externe Projektteam
- Gemeinsame Ursachenanalyse und Problemlösung (Ärzte, Pflegende)
- Kooperative Form der Zusammenarbeit der beiden Berufsgruppen
- Bereitstellung zeitlicher Ressourcen für die zusätzliche Projektarbeit
- Bereitstellung von Räumlichkeiten und Arbeitsmittel

Behindernde Einflüsse im Projektverlauf

- Zeitressourcen für Pflegende und Ärzte für Projektarbeit (hoher Einsatz von Freizeit)
- Wechsel der Projektgruppenmitglieder aufgrund der Rotation der Oberärzte

- Verzögerung der Umsetzung vereinbarter Maßnahmen seitens der Steuerungsgruppe
- Ärztestreik hatte die Projektgruppenarbeit behindert
- Durch Ärztemangel musste Modellprojekt teilweise wieder zurückgenommen werden
- Kurzfristige Maßnahmen zur Erhöhung der Fallzahlen ohne Personalerhöhung beeinträchtigt Umsetzung der Veränderungsmaßnahme
- Zeitverzögerung durch Rückmeldung der Steuerungsgruppe
- Unklares Engagement der Pflegenden auf Station im Projekt
- Unklares Interesse der Pflegedienstleitung am Projekt
- Unklare Rolle der Klinikleitung
- Unklares Interesse des Chefarztes
- Keine Teilnahme an den Projektgruppen- oder Steuerungsgruppensitzungen auf Oberarztebene
- Blockade der benannten ärztlichen Teilnehmer der Projektgruppenarbeit
- Unklare Ziele der Stationsleitung im Projektverlauf
- Unklare Positionierung der Pflegedienstleitung, sie greift ohne Absprache mit der Projektgruppe in den Veränderungsprozess ein

4 Literaturverzeichnis

- Bartholomeyczik, S.: Erforderliche Pflege und die geplante Einführung der DRGs. In Kolbe, S. et al. (Hrsg.), *Medizin und Gewissen. Wenn Würde ein Wert würde...* Frankfurt am Main: Mabuse, 229-235, 2002
- Bartholomeyczik, S.: Kurze Verweildauer im Krankenhaus - die Rolle der Pflegenden. *Pflege und Gesellschaft*, 2, 135-149, 2007b
- Bartholomeyczik, S.: Reparaturbetrieb Krankenhaus - DRGs und ihre Auswirkungen aus Sicht der Pflege (Langfassung des Artikels). *Dr. med. Mabuse*, 166, 2007a
- Benner, A.B.: Physician and nurse relationships, a key to patient safety, *J Ky Med Assoc.*, 105(4):165-9, 2007
- Bonk, S. L., Fecht, H., Schmidt, F.: Vollständige Planung und Umsetzung von Change Management mit dem W⁵ Modell-ein Ansatz der PPMP GmbH (www.competence-site.de/gpm.nsf), Mai 2007
- Borg, I.: Führungsinstrument Mitarbeiterbefragung : Theorien, Tools und Praxiserfahrungen. Göttingen: Hogrefe, 2005
- Bornschein, S., Erbas, B., Borelli, S., Emminger, C., Hesse, J., Pilz, J., et al.: Arbeitszeit und Arbeitszufriedenheit angestellter und beamteter Ärzte in München. *Gesundheitswesen* 08/09, 535-544, 2006
- Bovier, P.A., Perneger, T.V.: Predictors of work satisfaction among physicians, *Eur J Public Health*, 13(4):299-305, 2003
- Braun, B., Müller, R.: Krankenpflege. Ein Berufsbild unter Druck. *Infodienst Krankenhäuser*, 28, 33-35, 2005
- Braun, B., Müller, R., & Timm, A.: *Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiographien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung*. GEK (Gmünder Ersatzkasse), *Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Bd. 32*. Sankt Augustin, 2004
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS): *Gutachten zum „Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland“*. Hamburg, 2004
- Büssing, A., Glaser, J.: Das Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus - Selbstbeobachtungsversion (TAA-KH-S) Goettingen: Hogrefe , 2002
- Debus, E.S., Christl, S.U., Imig, H., Larena-Avellaneda, A.: Tagesklinik, Kurzzeitchirurgie, Wundzentrum und Langliegerstation: interdisziplinäre Organisationsstrukturen zur patientenorientierten Leistungserbringung in der Viszeralchirurgie, *Viszeralchirurgie*; 40: 111-116, 2005
- Eberl, I., Bartholomeyczik, S., & Donath, E.: Die Erfassung des Pflegeaufwands bei Patienten mit der medizinischen Diagnose Myokardinfarkt. *Pflege* 18, 364-372, 6, 2005

- Fischbeck, S., Laubach, W.: Arbeitssituation und Mitarbeiterzufriedenheit in einem Universitätsklinikum: Entwicklung von Messinstrumenten für ärztliches und pflegerisches Personal. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 55 (6) 305-314, 2005
- Fischer, L., Lück, H.E.: Allgemeine Arbeitszufriedenheit. In A. Glöckner-Rist (Hrsg.), ZUMA-Informationssystem. Elektronisches Handbuch sozialwissenschaftlicher Erhebungsinstrumente. ZIS Version 8.00. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen, 2004
- Foerster, H. v.: Prinzipien der Selbstorganisation im sozialen und betriebswirtschaftlichen Bereich. In: Wissen und Gewissen. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 233-269, 1984
- Fuß, I., Nübling, M., Hasselhorn, H.M., Schwappach, D., Rieger, M.A.: „Work-family-conflict“ und Mobbing – Prävalenz und Prädiktoren bei Krankenhausärzten in Deutschland“, in: Wrbitzky, R., Bader, H. (Hrsg.): Dokumentationsband über die 46. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin in Hannover, 22.-25. März 2006, Veröffentlichung auf CD-Rom, 2007
- Galatsch, M., Krüger, C., Quasdorf, T., Schroller, M. E., Donath, E., & Bartholomeyczik, S.: Die Auswirkungen der DRG-Einführung aus Sicht der Pflege. *Pflegezeitschrift* 5, 272-276, 2007
- Grabbe, Y., Nolting, H. D., & Loos, S.: *DAK-BGW Gesundheitsreport 2005. Stationäre Krankenpflege*. Hamburg: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), 2007
- Hampel, E.: Perspektivwechsel. Die eigene Profession im Blick der Anderen. *Pflege*, 5, 297-303, 2005
- Hasselhorn, H.-M., Müller, B. H., Tackenberg, P., Kümmerling, A., & Simon, M.: *Berufsausstieg bei Pflegepersonal - Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa*. Dortmund, Berlin, Dresden: Wirtschaftsverlag NW - Verlag für neue Wissenschaft GmbH, 2005
- Isfort, M.; Weidner, F: Pflege-Thermometer: Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), 2007
- Jörg, D.: Wie kommt Mathematik in den Kopf? Lerntheorie als Grundlage des Mathematikunterrichtes unter besonderer Berücksichtigung des Konstruktivismus. (www.jolifanto.de/Lerntheorie.pdf:22, Juni 2007)
- Kane RL, Shamliyan T, Mueller C, Duval S, Wilt T. Nursing Staffing and Quality of Patient Care, AHRQ Publication, No. 07-E005, University of Minnesota, 2007
- Karasek, R. A.: Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for redesign. *Admin. Sci. Quart.* 24, 285-308, 1979
- Kauffeld, S.: Fragebogen zur Erfassung des Organisationsklimas (FEO) von K. Daumenlang, W. Mueskens und U. Harder. *Zeitschrift-fuer-Personalpsychologie*. 2, 68-71, 2006

- Klinke, S.: *Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen und berufliches Selbstverständnis von Ärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern. Teil II. Detaillierergebnisse einer Befragung Hessischer Krankenhausärzte im Jahre 2004*. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Discussion Paper SP I 2007-301, 2007
- Kluge, A.: Prof. Dr. Annette Kluge, www.opsy.unisg.ch, Juni 2007
- Königswieser, R., Hillebrand, M.: *Einführung in die systemische Organisationsberatung*, zweite überarbeitete Auflage. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag, 2005
- Luderer, C., Behrens, J.: *Aufklärungs- und Informationsgespräche im Krankenhaus*. Pflege 18, 15-28, 2005
- Luhmann, N.: *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1997
- Meixner, J.: *Konstruktivismus und die Vermittlung produktiven Wissens*. Neuwied, Kriftel/TS. Berlin; Luchterhand, 1997
- Minnesota Evidence-based Practice Center, *Nurse Staffing and Quality of Patient Care, Evidence Report/Technology Assessment No. 151*, Minneapolis, Minnesota, 3, 2007
- Montgomery, F. U.: *Arbeitszeitregelung--Organisation--Haftung und Finanzierung. Warum flüchten die jungen Ärzte aus dem Krankenhaus? Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 8-9 (2003), 550-551, 2003
- Neuberger, O., & Allerbeck, M.: *Arbeitszufriedenheit*. In A. Glöckner-Rist (Hrsg.), ZUMA-Informationssystem. Elektronisches Handbuch sozialwissenschaftlicher Erhebungsinstrumente. ZIS Version 8.00. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen, 2004
- Nübling M, Stößel U, Hasselhorn H-M, Michaelis M, Hofmann F.: *Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen – Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ)*. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Fb 1058. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW 2005
- Øvretveit, J.: *Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen: Einführung in die Bewertung von gesundheitsbezogenen Behandlungen, Dienstleistungen, Richtlinien und organisationsbezogenen Interventionen*. Bern: Huber, 2002
- Practice Center under Contract No. 290-02-0009.) AHRQ Publication No. 07-E005.
- Radas, C.: *Ambulantes Operieren: Neue Behandlungskonzepte auf dem Prüfstand*, Deutsches Ärzteblatt, 101 (15), 1000-1004, 2004
- Rieger, M.A., Fuß, I., Nübling, M., Schwappach, D, Hasselhorn, H.M.: *Psychosoziale Belastungen und Mobbing bei Krankenhausärzten – Forschungsergebnisse und Konsequenzen*, in: Hofmann, F., Reschauer, G., Stößel, U.: *Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst*, Band 20, edition ffas, Freiburg, 2007
- Rippmann, K., Hoffmann, L.: *Die Leistungsgestaltung erfolgt durch geplante Behandlungsabläufe und Behandlungsstufen*, in: Vetter, U., Hoffmann, L.: *Leistungsmanagement im Krankenhaus: G-DRGs. Schritt für Schritt erfolgreich: Planen – Gestalten – Steuern*, Springer, 93-106, 2005
- Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. March 2007

- Rogge, A.: Die Steuerung des Leistungsprozesses im Krankenhaus, in: Vetter, U., Hoffmann, L.: Leistungsmanagement im Krankenhaus: G-DRGs. Schritt für Schritt erfolgreich: Planen — Gestalten — Steuern, Springer, 107-116, 2005
- Rosenstein, A.H.: Original research: nurse-physician relationships: impact on nurse satisfaction and retention, *Am J Nurs*, 2002 Jun;102(6):7, 2002
- Schrapppe, M.: Wandel der Berufsbilder im Krankenhaus: neues Umfeld, neue Aufgaben. In J. Klauber & B.-P. Robra & H. Schellschmidt (Eds.), *Krankenhaus-Report 2006, Schwerpunkt: Krankenhaus im Umbruch* (pp. 177-186). Stuttgart: Schattauer, 2007
- Siedenbiel, G.: Organisationslehre, W. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer GmbH, 2001
- Siegrist, J.: *A Theory of Occupational Stress*, in: Dunham, J. (Hrsg.) *Stress in the Workplace* London WHURR Publishers 2001, 52-66, 2001
- Siegrist, J.: *Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions*. *Journal of Occupational Health Psychology* 1, 27-41, 1996
- Simon, M., Tackenberg, P., Hasselhorn, H.-M., Kümmerling, A., Büscher, A., & Müller, B. H.: *Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland*, from <http://www.next.uni-wuppertal.de>, 2005
- Sozialgesetzbuch, SGB V, 33. vollständige überarbeitete Auflage, Beck Texte, Deutscher Taschenbuchverlag, 2006
- Statistisches Bundesamt: Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2000. Wiesbaden. (Fachserie 12/Reihe 6.1), 2001
- Statistisches Bundesamt: Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser 2005. Herausgegeben von DEStatis. Wiesbaden. (Fachserie 12/ Reihe 6.1.1), 2006
- Willke, H.: Systemtheorie I: Grundlagen, 6. überarbeitete Aufl., Stuttgart: Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft mbH, 2000
- Wittich, A.: Supervisionsthema - Sparmaßnahmen und Verunsicherung am Arbeitsplatz. *amPuls, Mitarbeiterzeitung der Uniklinik Freiburg*, 6, 2004
- Zollondz, H.-D.: Lexikon Qualitätsmanagement, Oldenbourg Wissenschaftsverlag, 2001
- Zweites Fallpauschalen-Änderungsgesetz (2.FPÄndG) (idF v. Dezember 2004)

5 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	Seite
Tab. 2.1 Komponenten des Erhebungsinstruments zum Zeitpunkt t1 und t2	19
Tab. 2.2 Im Fragebogen verwendete Skalen der dt. COPSOQ-Version (NÜBLING et al., 2005)	20
Tab. 2.3 Rücklaufquote IST-Analyse	27
Tab. 2.4 Teilnehmende an der COPSOQ-Befragung vor und nach DRG-Einführung	28
Tab. 2.5 Zusammenarbeit auf ihrer Station: Ausprägung und Skalenzugehörigkeit der Items-Pflegende	32
Tab. 2.6 Änderungs-/Verbesserungsbedarf in den Berufsgruppen: Ausprägungen und Vergleich (Reihenfolge der Items entsprechend der von den Pflegenden angegebenen Bedeutung, d. h. Rang)	34
Tab. 2.7 Wichtigste Ursachen für allgemeine Probleme im Arbeitsablauf: Häufigkeit der Nennungen (%) (Reihenfolge entsprechend der Nennungen durch die Pflegenden)	35
Tab. 2.8 Rücklaufquote Evaluation	38
Tab. 2.9 Auswertbare Fragebögen, Vergleich t1 und t2	38
Tab. 2.10 Mittelwerte ausgewählter Variablen zum Zeitpunkt der Erstbefragung in Abhängigkeit der Teilnahme an Erst- und Zweitbefragung (Pflegende)	38
Tab. 2.11 Positiv bewertete Veränderungen: Prozentanteile und Rangordnung, Reihenfolge der Items entsprechend der Nennung durch die Pflegenden	40
Tab. 2.12 Negativ bewertete Veränderungen Prozentanteile und Rangordnung Reihenfolge der Items entsprechend der Nennung bei den Pflegenden	-
Tab. 2.13 Unverändert bewertete Belastungsfaktoren – Reihenfolge der Items entsprechend der Nennung durch die Pflegenden	41
Tab. 2.14 Vergleich Einfluss bei der Arbeit zu t1 und t2 für die Gesamtgruppe Pflegende	43
Tab. 2.15 Vergleich der wichtigsten Skalen (COPSOQ) mit Unterschieden zwischen beiden Messungen (t1 zu t2 nur Pflegende, die an beiden Befragungen teilgenommen haben)	44
Tab. 2.16 Vergleich ausgewählter COPSOQ-Indikatoren (t1 zu t2 für Gesamtgruppe Ärzte)	44
Tab. 2.17 Vergleich ausgewählter COPSOQ-Indikatoren (t1 zu t2 Ärzte, die an beiden Befragungen teilgenommen haben)	45
Tab. 2.18 Qualität des Zusammenpassens von Arbeitsabläufen für gemeinsame Aufgaben (Prozentangaben)	46
Tab. 2.19 Beurteilung verschiedener Dimensionen des Projekts (Prozentanteile) (positiv zus. = Nennungen „sehr pos.“ und „positiv“ zusammengefasst)	47
Tab. 2.20 Veränderungswünsche im Projekt wiederzufinden	49

Tab. 2.21	Veränderungen in 2006 in Abhängigkeit von der Beurteilung der Projektauswirkungen (Pfleger) („andere“ = Zusammenfassung aller Pfleger, die die Projektauswirkungen nicht explizit positiv beurteilten)	49
Tab. 2.22	Beurteilung der Projektauswirkungen 2006 (Ärzte) („andere“ = Zusammenfassung aller Ärzte, die die Projektauswirkungen nicht explizit positiv beurteilten)	51
Tab. 2.23	Durchschnittliche individuelle Differenzen in den COPSOQ-Skalen zwischen Erst- und Zweitbefragung nach Beurteilung der Projektauswirkungen (Pfleger)	53
Tab. 2.24	Durchschnittliche individuelle Differenzen in COPSOQ-Skalen zwischen Erst- und Zweitbefragung nach Beurteilung der Projektauswirkungen (Ärzte)	54
Tab. 3.1	Zuordnung der Aussagen Station A und Station B zu den Qualitätsdimensionen nach DONABEDIAN	78
Tab. 3.2	Im Fallbeispiel „ArbiK“ ausgewählte Probleme mit hoher Priorität zur Lösung aufgelistet nach Fachdisziplinen	82
Tab. 3.3	Zusammenfassung der in der Interventionsphase implementierten Lösungen	94
Tab. 3.4	Perspektiven für die zukünftige Projektarbeit	96

Abbildungsverzeichnis	Seite
Abb. 1.1 Entwicklung wichtiger Parameter für die Arbeitsanforderungen in deutschen Krankenhäusern (ISFORT et al., 2007, S. 9).	9
Abb. 1.2 Interventionsmodell	14
Abb. 2.1 Struktur und Ablauf des Projekts	24
Abb. 2.2 Visualisierung der Ergebnisse einer Problemanalyse	26
Abb. 2.3 COPSOQ-Skalen (Mittelwerte): Angaben von Ärzten und Pflegenden im Zeitverlauf - Ressourcen	29
Abb. 2.4 COPSOQ-Skalen (Mittelwerte): Angaben von Ärzten und Pflegenden im Zeitverlauf - Belastende Faktoren	30
Abb. 2.5 Einschätzung der zeitlichen Arbeitsabläufe im Hinblick auf die Erledigung gemeinsamer Aufgaben durch Ärzte und Pflegende	33
Abb. 2.6 Positiv bewertete Veränderungen im Jahr 2006 – Anteil der Nennungen unter Pflegenden (n = 67) und Ärzten (n = 66)	40
Abb. 2.7 Negativ bewertete Veränderungen im Jahr 2006 – Anteil der Nennungen unter Pflegenden (n = 67) und Ärzten (n = 66)	42
Abb. 2.8 Antworten auf die Frage: Wie gut passen die zeitlichen Arbeitsabläufe für die Erledigung gemeinsamer Aufgaben zusammen? Anteil Nennung „gut“ und „schlecht“ bei Pflegenden (t1: n = 95, t2: n = 70) und Ärzten (t1: n = 71, t2: n = 67)	46
Abb. 2.9 Anteil positiver Bewertungen („sehr positiv“ und „positiv“ zusammengefasst) des Projektes im Hinblick auf Organisation, Informationsfluss, inhaltliche Arbeit und die Auswirkungen	48
Abb. 2.10 Durchschnittliche Bewertung (Mittelwert) verschiedener Parameter der Zusammenarbeit auf Station in Abhängigkeit von der Projektbewertung - Pflegende. Skala von 1 (= positiv verändert im Jahr 2006) bis 3 (= negativ verändert im Jahr 2006); („andere“ = Zusammenfassung aller Pflegenden, die die Projektauswirkungen nicht explizit positiv beurteilten)	50
Abb. 2.11 Durchschnittliche Bewertung (Mittelwert) verschiedener Parameter der Zusammenarbeit auf Station in Abhängigkeit von der Projektbewertung - Ärzte. Skala von 1 (= positiv verändert im Jahr 2006) bis 3 (= negativ verändert im Jahr 2006); („andere“ = Zusammenfassung aller Ärzte, die die Projektauswirkungen nicht explizit positiv beurteilten)	52
Abb. 3.1 W ⁵ Modell nach Bonk, Fecht und Schmidt (2007)	67
Abb. 3.2 Beispiel aus der Projektgruppenarbeit: Ursachen für Kommunikationsprobleme auf der Station	68
Abb. 3.3 Einladungsflyer für den Startworkshop	73
Abb. 3.4 Beispiel der Ablaufplanung eines Startworkshop für einen zeitlichen Umfang von einer Stunde	75
Abb. 3.5 Beispiel der Ablaufplanung eines Startworkshop für einen zeitlichen Umfang von zwei Stunden	75
Abb. 3.6 Entwurf einer Vereinbarung für die Durchführung eines interdisziplinären Projektes	87

Abb. 3.7	Darstellung einer zeitlichen Ablaufplanung	88
Abb. 3.8	Beispiel eines Protokolls einer Projektsitzung	89
Abb. 3.9	Übersicht der Projektgruppentreffen	90
Abb. 3.10	Ergebnisse der Visualisierung mit Metaplankarten	91
Abb. 3.11	Beispiel eines Ishikawa-Diagramms	92

Anhang

Anhang 1: Mitarbeiterbefragung zu psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz:
COPSOQ

Anhang 1a: ArbiK-Fragebogen: Erstbefragung Pflegende

Anhang 1b: ArbiK-Fragebogen: Erstbefragung Ärzte

Anhang 2: ArbiK-Evaluierungsfragebögen

Anhang 2a: ArbiK-Fragebogen: Zweitbefragung Pflegende

Anhang 2b: ArbiK-Fragebogen: Zweitbefragung Ärzte

Anhang 3: Projektmanagementinstrumente

- Projektplanungsmatrix
- Aktivitätenplan
- Visualisierte Ablaufplanung

Anhang 1

Mitarbeiterbefragung zu psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz

- 1: Original COPSOQ (deutsche Version)
- 1a: ArbiK-Fragebogen Erstbefragung Pflegende
- 1b: ArbiK-Fragebogen Erstbefragung Ärzte

Original COPSOQ (deutsche Version)

Den COPSOQ - Fragebogen finden Sie im Internet unter
www.copsoq.de

**ArbiK-Fragebogen
Erstbefragung Pflegende**

Forschungsprojekt: Arbeitsbedingungen im Krankenhaus

Fragebogen: Pflegende

Der Fragebogen wird anonym behandelt. Niemand weiß, von wem die ausgefüllten Fragebögen stammen.

Für eine konstruktive Verwendung des Fragebogens im Gesamtprojekt sind jedoch einige Angaben zu Ihrer Person wichtig. Dazu zählen Angaben zu Krankenhaus, Abteilung, Station sowie eine persönlicher Code. Dieser persönliche Code ermöglicht es, bei der geplanten Folgebefragung einen Vergleich durchzuführen. Nur so können Veränderungen erfasst werden. Nur Sie kennen diesen Code. Alle Antworten werden vertraulich durch die Projektmitarbeiter behandelt. Keine andere Person hat Zugriff auf die Daten.

Persönlicher Code

Bevor Sie mit der Beantwortung des Fragebogens beginnen, fügen Sie bitte Ihren persönlichen Code nach dem im Beispiel vorgegebenen Schema ein

Erster Buchstabe im Vornamen Ihrer Mutter:		Beispiel: Mutter Karin:	K
Der Monat, in dem Ihre Mutter Geburtstag hat:		Die Mutter ist im November geboren:	11
Erster Buchstabe im Vornamen Ihres Vaters:		Vater Paul:	P
Der Monat, in dem Ihr Vater Geburtstag hat:		Der Vater ist im August geboren:	08

Angaben zur Institution

Krankenhaus	
Abteilung	
Station	

Entwicklungsmöglichkeiten	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Verlangt es Ihre Arbeit, dass Sie die Initiative ergreifen?	<input type="checkbox"/>				
2. Haben Sie die Möglichkeit, durch Ihre Arbeit neue Dinge zu erlernen?	<input type="checkbox"/>				
3. Können Sie Ihre Fertigkeiten oder Ihr Fachwissen bei Ihrer Arbeit anwenden?	<input type="checkbox"/>				
4. Ist Ihre Arbeit sinnvoll?	<input type="checkbox"/>				
5. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Arbeit wichtig ist?	<input type="checkbox"/>				
6. Fühlen Sie sich motiviert und eingebunden in Ihre Arbeit?	<input type="checkbox"/>				
7. Sind Sie stolz, dieser Einrichtung anzugehören?	<input type="checkbox"/>				
8. Erzählen Sie anderen gerne über Ihren Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>				
9. Erleben Sie Probleme Ihrer Arbeitsstelle als Ihre eigenen?	<input type="checkbox"/>				
10. Hat Ihre Arbeitsstelle persönliche Bedeutung für Sie?	<input type="checkbox"/>				

Regelungen und Abläufe	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Werden Sie in der Regel rechtzeitig im Voraus über Veränderungen an Ihrem Arbeitsplatz informiert, z.B. über wichtige Entscheidungen oder Pläne für die Zukunft?	<input type="checkbox"/>				
2. Erhalten Sie alle Informationen, die Sie brauchen, um Ihre Arbeit gut zu erledigen?	<input type="checkbox"/>				
3. Wissen Sie genau, wie weit Ihre Befugnisse bei der Arbeit reichen?	<input type="checkbox"/>				
4. Gibt es klare Ziele für Ihre Arbeit?	<input type="checkbox"/>				
5. Wissen Sie genau, welche Dinge in Ihren Verantwortungsbereich fallen?	<input type="checkbox"/>				
6. Wissen Sie genau, was von Ihnen bei der Arbeit erwartet wird?	<input type="checkbox"/>				

Regelungen und Abläufe	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
7. Machen Sie Dinge bei der Arbeit, die von einigen Leuten akzeptiert werden, aber von anderen nicht?	<input type="checkbox"/>				
8. Werden bei Ihrer Arbeit widersprüchliche Anforderungen gestellt?	<input type="checkbox"/>				
9. Müssen sie manchmal Dinge auf eine Art und Weise tun, die eigentlich anders sein sollte?	<input type="checkbox"/>				
10. Müssen Sie manchmal Dinge tun, die Ihnen unnötig erscheinen?	<input type="checkbox"/>				
11. Erhalten Sie alle Materialien, die Sie brauchen, um Ihre Arbeit gut zu erledigen?	<input type="checkbox"/>				

Anforderungen	immer	oft	manch- mal	selten	nie/fast nie
1. Müssen Sie sehr schnell arbeiten?	<input type="checkbox"/>				
2. Ist Ihre Arbeit zeitlich ungleich verteilt, so dass sie sich aufhäuft?	<input type="checkbox"/>				
3. Wie oft kommt es vor, dass Sie nicht genügend Zeit haben, alle Ihre Aufgaben Ihren Vorstellungen entsprechend zu erledigen?	<input type="checkbox"/>				
4. Müssen Sie Überstunden machen?	<input type="checkbox"/>				
5. Bringt Ihre Arbeit Sie in emotional belastende Situationen?	<input type="checkbox"/>				

Einflussmöglichkeiten und Spielraum	immer	oft	manch- mal	selten	nie/fast nie
1. Haben Sie großen Einfluss auf Ihre Arbeit?	<input type="checkbox"/>				
2. Haben Sie Einfluss darauf, mit wem Sie arbeiten?	<input type="checkbox"/>				
3. Haben Sie Einfluss auf die Menge der Arbeit, die Ihnen übertragen wird?	<input type="checkbox"/>				
4. Haben Sie Einfluss darauf, was Sie bei Ihrer Arbeit tun?	<input type="checkbox"/>				
5. Können Sie selbst bestimmen, wann Sie eine Pause machen?	<input type="checkbox"/>				

Einflussmöglichkeiten und Spielraum	immer	oft	manchmal	selten	nie/fast nie
6. Können Sie mehr oder weniger frei entscheiden, wann Sie Urlaub machen?	<input type="checkbox"/>				
7. Können Sie Ihre Arbeit unterbrechen, um sich mit einem Kollegen zu unterhalten?	<input type="checkbox"/>				
8. Wenn Sie private Dinge erledigen müssen, können Sie Ihren Arbeitsplatz ohne besondere Erlaubnis für eine halbe Stunde verlassen?	<input type="checkbox"/>				

Arbeit und Privatleben	stimme voll zu	stimme eher zu	unentschieden	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
1. Die Anforderungen meiner Arbeit stören mein Privat- und Familienleben.	<input type="checkbox"/>				
2. Der Zeitaufwand meiner Arbeit macht es schwierig für mich, meinen Pflichten in der Familie oder im Privatleben nachzukommen.	<input type="checkbox"/>				
3. Dinge, die ich zu Hause machen möchte, bleiben wegen der Anforderungen meiner Arbeit liegen.	<input type="checkbox"/>				
4. Meine Arbeit erzeugt Stress, der es schwierig macht, privaten oder familiären Verpflichtungen nachzukommen.	<input type="checkbox"/>				
5. Wegen beruflicher Verpflichtungen muss ich Pläne für private oder Familienaktivitäten ändern.	<input type="checkbox"/>				

Bitte schätzen Sie ein, in welchem Maß Ihr/e unmittelbare/r Vorgesetzte/r...	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. ... für gute Entwicklungsmöglichkeiten der einzelnen Mitarbeiter sorgt?	<input type="checkbox"/>				
2. ... der Arbeitszufriedenheit einen hohen Stellenwert beimisst?	<input type="checkbox"/>				
3. ... die Arbeit gut plant?	<input type="checkbox"/>				
4. ... Konflikte gut löst?	<input type="checkbox"/>				

Bitte schätzen Sie ein, in welchem Maß der Vorgesetzte Ihres unmittelbaren Vorgesetzten...	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. ... die Ziele und Richtungen Ihres Organisationsbereichs immer klar macht	<input type="checkbox"/>				
2. ... sicher stellt, dass Sie die Rahmenbedingungen haben, die Sie zur Erreichung Ihrer Ziele brauchen	<input type="checkbox"/>				
3. ... wirklich etwas unternimmt, wenn Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Vorschläge machen oder Kritik üben	<input type="checkbox"/>				
4. Alles in allem bin ich zufrieden mit dieser Führungskraft.	<input type="checkbox"/>				

Wie häufig kommt es bei Änderungen des Dienstplans vor, dass...	Nie	etwa 3- bis 6-mal im Jahr	etwa 1- bis 2-mal im Monat	häufiger	Das belastet mich...		
					gar nicht	etwas	stark
1. ... Sie erst kurzfristig (d. h. innerhalb von 1-3 Tagen) über diese Veränderungen informiert werden.							
2. ... Sie aus dem „Frei“ geholt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... Sie nach dem Dienstende wegen der Änderungen des Dienstplanes sofort weiterarbeiten müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Bitte je **zwei** Angaben pro Zeile)

Wie häufig kommt es bei Änderungen des Dienstplans vor, dass...	Nie	etwa 1- bis 2-mal im Jahr	etwa 3- bis 4-mal im Jahr	häufiger	Das belastet mich...		
					gar nicht	etwas	stark
4. ... Sie auf Ihr dienstfreies Wochenende verzichten müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... Ihr Urlaub verschoben werden muss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... Ihre familiären Umstände oder persönlichen Wünsche unberücksichtigt bleiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Bitte je **zwei** Angaben pro Zeile)

Wie bewerten Sie die Arbeitszeitkoordination verschiedener Berufsgruppen hinsichtlich der Erledigung gemeinsamer Aufgaben?

sehr gut						sehr schlecht
+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
<input type="checkbox"/>						

Mit welchen Abteilungen sehen Sie Probleme in der Kooperation mit Ihrer Station (z. B. CT, NMR, Endoskopie, Labor, OP etc.)

Kollegen/-innen und Vorgesetzte (Bitte denken Sie dabei nur an das Pflegeteam)	immer	oft	manch- mal	selten	nie / fast nie
1. Wie häufig erhalten Sie Hilfe und Unterstützung von Ihren Kollegen?	<input type="checkbox"/>				
2. Wie häufig sind Ihre Kollegen bereit, sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören?	<input type="checkbox"/>				
3. Wie häufig erhalten Sie Hilfe und Unterstützung von Ihrem unmittelbaren Vorgesetzten?	<input type="checkbox"/>				
4. Wie häufig ist Ihr unmittelbarer Vorgesetzter bereit, sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören?	<input type="checkbox"/>				
5. Wie häufig spricht Ihr Vorgesetzter mit Ihnen über die Qualität Ihrer Arbeit?	<input type="checkbox"/>				
6. Wie häufig sprechen Ihre Kollegen mit Ihnen über die Qualität Ihrer Arbeit?	<input type="checkbox"/>				
7. Arbeiten Sie getrennt von Ihren Kollegen?	<input type="checkbox"/>				
8. Können Sie sich mit Kollegen unterhalten, während Sie arbeiten?	<input type="checkbox"/>				
9. Ist die Atmosphäre zwischen Ihnen und Ihren Arbeitskollegen gut?	<input type="checkbox"/>				
10. Ist die Zusammenarbeit zwischen den Arbeitskollegen gut?	<input type="checkbox"/>				
11. Fühlen Sie sich an Ihrer Arbeitsstelle als Teil einer Gemeinschaft?	<input type="checkbox"/>				
12. Fühlen Sie sich durch Kollegen häufig zu unrecht kritisiert, schikaniert oder vor anderen bloßgestellt?	<input type="checkbox"/>				
13. Fühlen Sie sich durch Vorgesetzte häufig zu unrecht kritisiert, schikaniert oder vor anderen bloßgestellt?	<input type="checkbox"/>				
14. Ist bei ihrer Abwesenheit (z. B. Fortbildung, Urlaub...) eine kompetente Vertretung gewährleistet?	<input type="checkbox"/>				

Zusammenarbeit auf Ihrer Station	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
1. Die Arbeitsatmosphäre ist geprägt durch gegenseitige Anerkennung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Konflikte zwischen Pflegenden und Ärzten sind nach meinem Empfinden sehr häufig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Zusammenarbeit empfinde ich als sehr aufbauend und anregend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Zwischen Pflegenden und Ärzten herrscht ein Klima, in dem unterschiedliche Sichtweisen geschätzt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wenn zwischen Ärzten und Pflegenden Konflikte bestehen, lässt sich darüber meistens sehr schlecht reden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Pflegende und Ärzte arbeiten bei der Bewältigung der Arbeit gut zusammen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Alles in allem sehe ich die Ärzte und Pflegenden auf unserer Station als ein gutes Team.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich traue den behandelnden Ärzten zu, die Schwere des Krankheitsbildes eines Patienten richtig einschätzen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich traue den verantwortlichen Pflegenden zu, die Situation eines Patienten richtig einschätzen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich traue den verantwortlichen Pflegenden zu, die angeordneten therapeutischen Maßnahmen zuverlässig umzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich traue den behandelnden Ärzten zu, die notwendigen therapeutischen Maßnahmen zu erkennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Von der Art, wie meine Kollegen aus dem Pflorgeteam mit den Patienten umgehen, kann ich viel lernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Von der Art, wie die Ärzte mit den Patienten umgehen, kann ich sehr viel lernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Als Mitarbeiter der Pflege werde ich von den Ärzten sehr hoch eingeschätzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Die Zusammenarbeit mit den Ärzten auf unserer Station ist im Allgemeinen sehr gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Pflegende und Ärzte helfen einander wenn nötig aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Die Ärzte können sich in die Probleme der Pflegenden einfühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Nach meinem Empfinden beharren die Ärzte darauf, keine pflegerischen Aufgaben zu übernehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Die Ärzte sind, wenn man Sie braucht immer verfügbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zusammenarbeit auf Ihrer Station	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
20. Mit der Art und Weise, wie die Arbeitsabläufe auf unserer Station organisiert werden, bin ich sehr zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Die Art, wie die Ärzte mit uns Pflegenden umgehen, empfinde ich insgesamt als gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ich bin von der Notwendigkeit der ärztlichen Anordnung in der Regel überzeugt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ich traue den meisten Pflegenden zu, die Notwendigkeit akuter Maßnahmen erkennen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Nach meinem Empfinden müssen Pflegende immer mehr ärztliche Aufgaben übernehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ich kann unsere Abteilung ohne Bedenken möglichen Patienten empfehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie Ihre Arbeitssituation insgesamt betrachten, wie zufrieden sind Sie mit...	sehr zufrieden	zufrieden	unzufrieden	sehr unzufrieden
1. ... Ihren Berufsperspektiven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... den Menschen, mit denen Sie arbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... den körperlichen Arbeitsanforderungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... den psychischen Arbeitsanforderungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... der Art und Weise, wie Ihre Abteilung geführt wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... der Art und Weise, wie Ihre Fähigkeiten genutzt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ... den Herausforderungen und Fertigkeiten, die Ihre Arbeit beinhaltet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ... Ihrem Gehalt unter Berücksichtigung Ihrer erbrachten Leistungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ... Ihrer Arbeit insgesamt, unter Berücksichtigung aller Umstände?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Machen Sie sich Sorgen, dass ...	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. ... Sie arbeitslos werden?	<input type="checkbox"/>				
2. ... andere Berufsgruppen Ihre Arbeit übernehmen und Sie überflüssig machen?	<input type="checkbox"/>				
3. ... neue Technologien Sie überflüssig machen?	<input type="checkbox"/>				
4. ... es schwierig für Sie wäre, eine neue Arbeit zu finden, wenn Sie arbeitslos würden?	<input type="checkbox"/>				
5. ... man Sie gegen Ihren Willen in einen anderen Arbeitsbereich versetzen könnte?	<input type="checkbox"/>				

Arbeitsplatzveränderung	nie	einige Male im Jahr	einige Male im Monat	einige Male in der Woche	jeden Tag
1. Wie oft im Laufe der letzten 12 Monate haben Sie daran gedacht, Ihren Beruf aufzugeben?	<input type="checkbox"/>				
2. Wie oft im Laufe der letzten 12 Monate haben Sie daran gedacht, Ihre Arbeitsstelle zu wechseln?	<input type="checkbox"/>				

Ihr Gesundheitszustand: Wenn Sie den besten denkbaren Gesundheitszustand mit 10 Punkten bewerten und den schlechtesten denkbaren mit 0 Punkten: Wie viele Punkte vergeben Sie dann für Ihren derzeitigen Gesundheitszustand? Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schlechtester denkbare Gesundheitszustand					bester denkbare Gesundheitszustand					

Energie und Wohlbefinden	immer	oft	manchmal	selten	nie/fast nie
1. Wie häufig fühlen Sie sich müde?	<input type="checkbox"/>				
2. Wie häufig sind Sie körperlich erschöpft?	<input type="checkbox"/>				
3. Wie häufig sind Sie emotional erschöpft?	<input type="checkbox"/>				
4. Wie häufig denken Sie: "Ich kann nicht mehr"?	<input type="checkbox"/>				
5. Wie häufig fühlen Sie sich ausgelaugt?	<input type="checkbox"/>				
6. Wie häufig fühlen Sie sich schwach und krankheitsanfällig?	<input type="checkbox"/>				

Wie oft hatten Sie in den vergangenen vier Wochen ...	immer	oft	manchmal	selten	nie/fast nie
1. ... Konzentrationsprobleme?	<input type="checkbox"/>				
2. ... Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen?	<input type="checkbox"/>				
3. ... Schwierigkeiten, sich zu erinnern?	<input type="checkbox"/>				
4. ... Schwierigkeiten, klar zu denken?	<input type="checkbox"/>				

Benennen Sie die 4 wichtigsten Ursachen für allgemeine Probleme im Arbeitsablauf

(Bitte nur die 4 wichtigsten Faktoren)

- Koordination der Schnittstellen mit anderen Berufsgruppen
- Probleme der Aufgabenverteilung
- Patientenaufkommen
- Aufgaben wie DRG, Papiere sortieren
- Probleme zwischen Patientenversorgung und Wissenschaft / Lehre
- Kommunikationsprobleme
- Schwierigkeiten bei Entscheidungsprozessen
- Sonderbehandlung Privatpatienten
- Warten auf Vorgesetzte
- nicht ausreichende Arbeitsmittel wie etwa PC's
- sonstiges: _____

Änderungs-/Verbesserungsbedarf	kein Bedarf	sehr gering	eher gering	eher hoch	sehr hoch
1. Verlässliche Arbeitszeitreglung	<input type="checkbox"/>				
2. Verringerung der zeitlichen Belastung	<input type="checkbox"/>				
3. Klare Überstundenregelung	<input type="checkbox"/>				
4. Stärkere Vereinbarkeit von Familie und Beruf	<input type="checkbox"/>				
5. Leistungsgerechte Bezahlung	<input type="checkbox"/>				
6. Verringerung des Dokumentationsaufwands	<input type="checkbox"/>				
7. Verbesserte Integration von ärztlicher und pflegerischer Dokumentation im Arbeitsprozess	<input type="checkbox"/>				
8. Ausbau der Führungskompetenz	<input type="checkbox"/>				
9. Qualifikation aller Mitarbeiter	<input type="checkbox"/>				
10. Arbeitsplatzbezogene Fortbildungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>				
11. Persönliche, karrierebezogene Weiterbildungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>				
12. Kooperation der Berufsgruppen	<input type="checkbox"/>				
13. Verbindlichkeit von Absprachen	<input type="checkbox"/>				
14. Gegenseitige Wertschätzung der Berufsgruppen	<input type="checkbox"/>				
15. Klarere Definition ärztlicher und pflegerischer Aufgaben	<input type="checkbox"/>				
16. Verbesserung der Delegationsmöglichkeiten					
17. Verbesserung der kooperativen Organisationskultur	<input type="checkbox"/>				

Bitte formulieren Sie weitere Verbesserungsvorschläge aus Ihrer Sicht:

1. _____

2. _____

3. _____

Angaben zu Ihrer beruflichen und persönlichen Situation

Welche berufliche Qualifikation/Funktion haben Sie?

- Pflegedienstleitung
- Bereichsleitung/Abteilungsleitung
- Stationsleitung
- Krankenschwester/Krankenpfleger mit Fachweiterbildung
- Krankenschwester/Krankenpfleger (ohne Vorgesetztenfunktion und ohne Weiterbildung)
- Krankenpflegehelferin/Krankenpflegehelfer (1-jährige Ausbildung)
- Sonstiges _____

Wie lange arbeiten Sie schon in Ihrem derzeitigen Beruf? (ohne Ausbildungszeiten)

_____ Jahre

Seit wann arbeiten Sie an diesem Krankenhaus? (ohne Ausbildungszeiten)

(Angabe in Monat/Jahr, z. B. seit April 2004: 4/2004)

_____ Monat/Jahr

Seit wann arbeiten Sie auf dieser Station/in diesem Funktionsbereich?

(Angabe in Monat/Jahr, z. B. seit April 2004: 4/2004)

_____ Monat/Jahr

Ihr Anstellungsvertrag ist

- unbefristet
- befristet auf _____ Jahre

Ihr Beschäftigungsverhältnis ist

- Vollzeit
- Teilzeit, _____ % Stelle

Wie lange brauchen Sie durchschnittlich von Ihrer Wohnung zur Arbeitsstätte?

_____ Min.

Wie viele Fortbildungen besuchen Sie durchschnittlich pro Jahr?

- keine
- 1-2
- 3-5
- > 5

An wie vielen Wochenenden arbeiten Sie im Durchschnitt im Monat?

_____ Anzahl

Wie viele Nachtschichten arbeiten Sie im Durchschnitt in einem Monat?

_____ Anzahl

Angaben zu Ihrer Person

Alter

_____ Jahre

Geschlecht

- weiblich
- männlich

Haushaltsstruktur

- ich lebe alleine
- mein Haushalt besteht aus zwei Personen
- mein Haushalt besteht aus mehr als zwei Personen

Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt?

_____ Kinder, davon sind unter 12 Jahre _____

Sind Sie in die Pflege/Versorgung Angehöriger eingebunden?

- ja
- nein

Sind Sie Hauptverdienende/r in Ihrem Haushalt?

- ja
- nein

ENDE

Vielen Dank für Ihre Unterstützung

ArbiK-Fragebogen Erstbefragung Ärzte

Forschungsprojekt: Arbeitsbedingungen im Krankenhaus

Fragebogen: Ärztinnen und Ärzte

Der Fragebogen wird anonym behandelt. Niemand weiß, von wem die ausgefüllten Fragebögen stammen.

Für eine konstruktive Verwendung des Fragebogens im Gesamtprojekt sind jedoch einige Angaben zu Ihrer Person wichtig. Dazu zählen Angaben zu Krankenhaus, Abteilung, Station sowie eine persönlicher Code. Dieser persönliche Code ermöglicht es, bei der geplanten Folgebefragung einen Vergleich durchzuführen. Nur so können Veränderungen erfasst werden. Nur Sie kennen diesen Code. Alle Antworten werden vertraulich durch die Projektmitarbeiter behandelt. Keine andere Person hat Zugriff auf die Daten.

Persönlicher Code

Bevor Sie mit der Beantwortung des Fragebogens beginnen, fügen Sie bitte Ihren persönlichen Code nach dem im Beispiel vorgegebenen Schema ein

Erster Buchstabe im Vornamen Ihrer Mutter:		Beispiel: Mutter Karin:	K
Der Monat, in dem Ihre Mutter Geburtstag hat:		Die Mutter ist im November geboren:	11
Erster Buchstabe im Vornamen Ihres Vaters:		Vater Paul:	P
Der Monat, in dem Ihr Vater Geburtstag hat:		Der Vater ist im August geboren:	08

Angaben zur Institution

Krankenhaus	
Abteilung	
Station	

Entwicklungsmöglichkeiten	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Verlangt es Ihre Arbeit, dass Sie die Initiative ergreifen?	<input type="checkbox"/>				
2. Haben Sie die Möglichkeit, durch Ihre Arbeit neue Dinge zu erlernen?	<input type="checkbox"/>				
3. Können Sie Ihre Fertigkeiten oder Ihr Fachwissen bei Ihrer Arbeit anwenden?	<input type="checkbox"/>				
4. Ist Ihre Arbeit sinnvoll?	<input type="checkbox"/>				
5. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Arbeit wichtig ist?	<input type="checkbox"/>				
6. Fühlen Sie sich motiviert und eingebunden in Ihre Arbeit?	<input type="checkbox"/>				
7. Sind Sie stolz, dieser Einrichtung anzugehören?	<input type="checkbox"/>				
8. Erzählen Sie anderen gerne über Ihren Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>				
9. Erleben Sie Probleme Ihrer Arbeitsstelle als Ihre eigenen?	<input type="checkbox"/>				
10. Hat Ihre Arbeitsstelle persönliche Bedeutung für Sie?	<input type="checkbox"/>				

Regelungen und Abläufe	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Werden Sie in der Regel rechtzeitig im Voraus über Veränderungen an Ihrem Arbeitsplatz informiert, z. B. über wichtige Entscheidungen oder Pläne für die Zukunft?	<input type="checkbox"/>				
2. Erhalten Sie alle Informationen, die Sie brauchen, um Ihre Arbeit gut zu erledigen?	<input type="checkbox"/>				
3. Wissen Sie genau, wie weit Ihre Befugnisse bei der Arbeit reichen?	<input type="checkbox"/>				
4. Gibt es klare Ziele für Ihre Arbeit?	<input type="checkbox"/>				
5. Wissen Sie genau, welche Dinge in Ihren Verantwortungsbereich fallen?	<input type="checkbox"/>				
6. Wissen Sie genau, was von Ihnen bei der Arbeit erwartet wird?	<input type="checkbox"/>				

Regelungen und Abläufe	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
7. Machen Sie Dinge bei der Arbeit, die von einigen Leuten akzeptiert werden, aber von anderen nicht?	<input type="checkbox"/>				
8. Werden bei Ihrer Arbeit widersprüchliche Anforderungen gestellt?	<input type="checkbox"/>				
9. Müssen Sie manchmal Dinge auf eine Art und Weise tun, die eigentlich anders sein sollte?	<input type="checkbox"/>				
10. Müssen Sie manchmal Dinge tun, die Ihnen unnötig erscheinen?	<input type="checkbox"/>				
11. Erhalten Sie alle Materialien, die Sie brauchen, um Ihre Arbeit gut zu erledigen?	<input type="checkbox"/>				

Anforderungen	immer	oft	manchmal	selten	nie/fast nie
1. Müssen Sie sehr schnell arbeiten?	<input type="checkbox"/>				
2. Ist Ihre Arbeit zeitlich ungleich verteilt, so dass sie sich aufhäuft?	<input type="checkbox"/>				
3. Wie oft kommt es vor, dass Sie nicht genügend Zeit haben, alle Ihre Aufgaben Ihren Vorstellungen entsprechend zu erledigen?	<input type="checkbox"/>				
4. Müssen Sie Überstunden machen?	<input type="checkbox"/>				
5. Bringt Ihre Arbeit Sie in emotional belastende Situationen?	<input type="checkbox"/>				

Einflussmöglichkeiten und Spielraum	immer	oft	manchmal	selten	nie/fast nie
1. Haben Sie großen Einfluss auf Ihre Arbeit?	<input type="checkbox"/>				
2. Haben Sie Einfluss darauf, mit wem Sie arbeiten?	<input type="checkbox"/>				
3. Haben Sie Einfluss auf die Menge der Arbeit, die Ihnen übertragen wird?	<input type="checkbox"/>				
4. Haben Sie Einfluss darauf, was Sie bei Ihrer Arbeit tun?	<input type="checkbox"/>				
5. Können Sie selbst bestimmen, wann Sie eine Pause machen?	<input type="checkbox"/>				

Einflussmöglichkeiten und Spielraum	immer	oft	manchmal	selten	nie/fast nie
6. Können Sie mehr oder weniger frei entscheiden, wann Sie Urlaub machen?	<input type="checkbox"/>				
7. Können Sie Ihre Arbeit unterbrechen, um sich mit einem Kollegen zu unterhalten?	<input type="checkbox"/>				
8. Wenn Sie private Dinge erledigen müssen, können Sie Ihren Arbeitsplatz ohne besondere Erlaubnis für eine halbe Stunde verlassen?	<input type="checkbox"/>				

Arbeit und Privatleben	stimme voll zu	stimme eher zu	unentschieden	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
1. Die Anforderungen meiner Arbeit stören mein Privat- und Familienleben.	<input type="checkbox"/>				
2. Der Zeitaufwand meiner Arbeit macht es schwierig für mich, meinen Pflichten in der Familie oder im Privatleben nachzukommen.	<input type="checkbox"/>				
3. Dinge, die ich zu Hause machen möchte, bleiben wegen der Anforderungen meiner Arbeit liegen.	<input type="checkbox"/>				
4. Meine Arbeit erzeugt Stress, der es schwierig macht, privaten oder familiären Verpflichtungen nachzukommen.	<input type="checkbox"/>				
5. Wegen beruflicher Verpflichtungen muss ich Pläne für private oder Familienaktivitäten ändern.	<input type="checkbox"/>				

Bitte schätzen Sie ein, in welchem Maß Ihr/e unmittelbare/r Vorgesetzte/r...	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. ... für gute Entwicklungsmöglichkeiten der einzelnen Mitarbeiter sorgt?	<input type="checkbox"/>				
2. ... der Arbeitszufriedenheit einen hohen Stellenwert beimisst?	<input type="checkbox"/>				
3. ... die Arbeit gut plant?	<input type="checkbox"/>				
4. ... Konflikte gut löst?	<input type="checkbox"/>				

Bitte schätzen Sie ein, in welchem Maß der Vorgesetzte Ihres unmittelbaren Vorgesetzten...	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. ... die Ziele und Richtungen Ihres Organisationsbereichs immer klar macht	<input type="checkbox"/>				
2. ... sicher stellt, dass Sie die Rahmenbedingungen haben, die Sie zur Erreichung Ihrer Ziele brauchen	<input type="checkbox"/>				
3. ... wirklich etwas unternimmt, wenn Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Vorschläge machen oder Kritik üben	<input type="checkbox"/>				
4. Alles in allem bin ich zufrieden mit dieser Führungskraft.	<input type="checkbox"/>				

Wie häufig kommt es bei Änderungen des Dienstplans vor, dass...	Nie	etwa 3- bis 6-mal im Jahr	etwa 1- bis 2-mal im Monat	häufiger	Das belastet mich...		
					gar nicht	etwas	stark
1. ... Sie erst kurzfristig (d. h. innerhalb von 1-3 Tagen) über diese Veränderungen informiert werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Sie aus dem „Frei“ geholt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... Sie nach dem Dienstende wegen der Änderungen des Dienstplanes sofort weiterarbeiten müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Bitte je **zwei** Angaben pro Zeile)

Wie häufig kommt es bei Änderungen des Dienstplans vor, dass...	Nie	etwa 1- bis 2-mal im Jahr	etwa 3- bis 4-mal im Jahr	häufiger	Das belastet mich...		
					gar nicht	etwas	stark
4. ... Sie auf Ihr dienstfreies Wochenende verzichten müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... Ihr Urlaub verschoben werden muss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... Ihre familiären Umstände oder persönlichen Wünsche unberücksichtigt bleiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Bitte je **zwei** Angaben pro Zeile)

Wie bewerten Sie die Arbeitszeitkoordination verschiedener Berufsgruppen hinsichtlich der Erledigung gemeinsamer Aufgaben?

sehr gut						sehr schlecht
+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
<input type="checkbox"/>						

Mit welchen Abteilungen sehen Sie Probleme in der Kooperation mit Ihrer Station (z. B. CT, NMR, Endoskopie, Labor, OP etc.)

Kollegen/-innen und Vorgesetzte (Bitte denken Sie dabei an Ihre ärztlichen Kolleginnen und Kollegen)	immer	oft	manch- mal	selten	nie/fast nie
1. Wie häufig erhalten Sie Hilfe und Unterstützung von Ihren Kollegen?	<input type="checkbox"/>				
2. Wie häufig sind Ihre Kollegen bereit, sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören?	<input type="checkbox"/>				
3. Wie häufig erhalten Sie Hilfe und Unterstützung von Ihrem unmittelbaren Vorgesetzten?	<input type="checkbox"/>				
4. Wie häufig ist Ihr unmittelbarer Vorgesetzter bereit, sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören?	<input type="checkbox"/>				
5. Wie häufig spricht Ihr Vorgesetzter mit Ihnen über die Qualität Ihrer Arbeit?	<input type="checkbox"/>				
6. Wie häufig sprechen Ihre Kollegen mit Ihnen über die Qualität Ihrer Arbeit?	<input type="checkbox"/>				
7. Arbeiten Sie getrennt von Ihren Kollegen?	<input type="checkbox"/>				
8. Können Sie sich mit Kollegen unterhalten, während Sie arbeiten?	<input type="checkbox"/>				
9. Ist die Atmosphäre zwischen Ihnen und Ihren Arbeitskollegen gut?	<input type="checkbox"/>				
10. Ist die Zusammenarbeit zwischen den Arbeitskollegen gut?	<input type="checkbox"/>				
11. Fühlen Sie sich an Ihrer Arbeitsstelle als Teil einer Gemeinschaft?	<input type="checkbox"/>				
12. Fühlen Sie sich durch Kollegen häufig zu unrecht kritisiert, schikaniert oder vor anderen bloßgestellt?	<input type="checkbox"/>				
13. Fühlen Sie sich durch Vorgesetzte häufig zu unrecht kritisiert, schikaniert oder vor anderen bloßgestellt?	<input type="checkbox"/>				
14. Ist bei ihrer Abwesenheit (z. B. Fortbildung, Urlaub...) eine kompetente Vertretung gewährleistet?	<input type="checkbox"/>				

Zusammenarbeit auf Ihrer Station	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
1. Die Arbeitsatmosphäre ist geprägt durch gegenseitige Anerkennung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Konflikte zwischen Ärzten und Pflegenden sind nach meinem Empfinden sehr häufig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Zusammenarbeit empfinde ich als sehr aufbauend und anregend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Zwischen Ärzten und Pflegenden herrscht ein Klima, in dem unterschiedliche Sichtweisen geschätzt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wenn zwischen Ärzten und Pflegenden Konflikte bestehen, lässt sich darüber meistens sehr schlecht reden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ärzte und Pflegende arbeiten bei der Bewältigung der Arbeit gut zusammen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Alles in allem sehe ich die Ärzte und Pflegenden auf unserer Station als ein gutes Team.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich traue den behandelnden Ärzten zu, jeweils die Schwere des Krankheitsbildes eines Patienten richtig einschätzen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich traue den verantwortlichen Pflegenden zu, jeweils die Situation eines Patienten richtig einschätzen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich traue den behandelnden Ärzten zu, jeweils die notwendigen therapeutischen Maßnahmen zu erkennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich traue den verantwortlichen Pflegenden zu, die angeordneten therapeutischen Maßnahmen umzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Von der Art, wie meine Kollegen mit den Patienten umgehen, kann ich viel lernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Von der Art, wie Pflegende mit dem Patienten umgehen, kann ich viel lernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Die Zusammenarbeit mit den Pflegenden auf unserer Station ist im Allgemeinen sehr gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ärzte und Pflegende helfen einander wenn nötig aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich selbst als Ärztin/Arzt werde von den Mitarbeitern der Pflege sehr geschätzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Die Pflegenden können sich in die Probleme der Ärzte einfühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zusammenarbeit auf Ihrer Station	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
18. Die Art, wie Pflegende mit uns Ärzten umgehen, empfinde ich insgesamt als gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Im Alltag ist das pflegerische Personal in Situationen, in denen man es braucht, immer verfügbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Mit der Art und Weise, wie die Arbeitsabläufe auf unserer Station organisiert werden, bin ich sehr zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Nach meinem Empfinden beharren die Pflegenden darauf, keine ärztlichen Aufgaben zu übernehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Es besteht die Notwendigkeit, die Durchführung meiner Anordnungen laufend zu kontrollieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ich traue den meisten Pflegenden zu, die Notwendigkeit akuter Maßnahmen erkennen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ich kann unsere Abteilung ohne Bedenken möglichen Patienten empfehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie Ihre Arbeitssituation insgesamt betrachten, wie zufrieden sind Sie mit...	sehr zufrieden	zufrieden	unzufrieden	sehr unzufrieden
1. ... Ihren Berufsperspektiven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... den Menschen, mit denen Sie arbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... den körperlichen Arbeitsanforderungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... den psychischen Arbeitsanforderungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... der Art und Weise, wie Ihre Abteilung geführt wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... der Art und Weise, wie Ihre Fähigkeiten genutzt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ... den Herausforderungen und Fertigkeiten, die Ihre Arbeit beinhaltet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ... Ihrem Gehalt unter Berücksichtigung Ihrer erbrachten Leistungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ... Ihrer Arbeit insgesamt, unter Berücksichtigung aller Umstände?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Machen Sie sich Sorgen, dass ...	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. ... Sie arbeitslos werden?	<input type="checkbox"/>				
2. ... andere Berufsgruppen Ihre Arbeit übernehmen und Sie überflüssig machen?	<input type="checkbox"/>				
3. ... neue Technologien Sie überflüssig machen?	<input type="checkbox"/>				
4. ... es schwierig für Sie wäre, eine neue Arbeit zu finden, wenn Sie arbeitslos würden?	<input type="checkbox"/>				
5. ... man Sie gegen Ihren Willen in einen anderen Arbeitsbereich versetzen könnte?	<input type="checkbox"/>				

Arbeitsplatzveränderung	nie	einige Male im Jahr	einige Male im Monat	einige Male in der Woche	jeden Tag
1. Wie oft im Laufe der letzten 12 Monate haben Sie daran gedacht, Ihren Beruf aufzugeben?	<input type="checkbox"/>				
2. Wie oft im Laufe der letzten 12 Monate haben Sie daran gedacht, Ihre Arbeitsstelle zu wechseln?	<input type="checkbox"/>				

Ihr Gesundheitszustand: Wenn Sie den besten denkbaren Gesundheitszustand mit 10 Punkten bewerten und den schlechtesten denkbaren mit 0 Punkten: Wie viele Punkte vergeben Sie dann für Ihren derzeitigen Gesundheitszustand? Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										

schlechtester denkbare
Gesundheitszustand

bester denkbare
Gesundheitszustand

Energie und Wohlbefinden	immer	oft	manchmal	selten	nie/fast nie
1. Wie häufig fühlen Sie sich müde?	<input type="checkbox"/>				
2. Wie häufig sind Sie körperlich erschöpft?	<input type="checkbox"/>				
3. Wie häufig sind Sie emotional erschöpft?	<input type="checkbox"/>				
4. Wie häufig denken Sie: "Ich kann nicht mehr"?	<input type="checkbox"/>				
5. Wie häufig fühlen Sie sich ausgelaugt?	<input type="checkbox"/>				
6. Wie häufig fühlen Sie sich schwach und krankheitsanfällig?	<input type="checkbox"/>				

Wie oft hatten Sie in den vergangenen vier Wochen ...	immer	oft	manchmal	selten	nie/fast nie
1. ... Konzentrationsprobleme?	<input type="checkbox"/>				
2. ... Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen?	<input type="checkbox"/>				
3. ... Schwierigkeiten, sich zu erinnern?	<input type="checkbox"/>				
4. ... Schwierigkeiten, klar zu denken?	<input type="checkbox"/>				

Benennen Sie die 4 wichtigsten Ursachen für allgemeine Probleme im Arbeitsablauf

(Bitte nur die 4 wichtigsten Faktoren)

- Koordination der Schnittstellen mit anderen Berufsgruppen
- Probleme der Aufgabenverteilung
- Patientenaufkommen
- Aufgaben wie DRG, Papiere sortieren
- Probleme zwischen Patientenversorgung und Wissenschaft/Lehre
- Kommunikationsprobleme
- Schwierigkeiten bei Entscheidungsprozessen
- Sonderbehandlung Privatpatienten
- Warten auf Vorgesetzte
- nicht ausreichende Arbeitsmittel wie etwa PC's
- sonstiges: _____

Änderungs-/Verbesserungsbedarf	kein Bedarf	sehr gering	eher gering	eher hoch	sehr hoch
1. Verlässliche Arbeitszeitreglung	<input type="checkbox"/>				
2. Verringerung der zeitlichen Belastung	<input type="checkbox"/>				
3. Klare Überstundenregelung	<input type="checkbox"/>				
4. Stärkere Vereinbarkeit von Familie und Beruf	<input type="checkbox"/>				
5. Leistungsgerechte Bezahlung	<input type="checkbox"/>				
6. Verringerung des Dokumentationsaufwands	<input type="checkbox"/>				
7. Verbesserte Integration von ärztlicher und pflegerischer Dokumentation im Arbeitsprozess	<input type="checkbox"/>				
8. Ausbau der Führungskompetenz	<input type="checkbox"/>				
9. Qualifikation aller Mitarbeiter	<input type="checkbox"/>				
10. Arbeitsplatzbezogene Fortbildungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>				
11. Persönliche, karrierebezogene Weiterbildungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>				
12. Kooperation der Berufsgruppen	<input type="checkbox"/>				
13. Verbindlichkeit von Absprachen	<input type="checkbox"/>				
14. Gegenseitige Wertschätzung der Berufsgruppen	<input type="checkbox"/>				
15. Klarere Definition ärztlicher und pflegerischer Aufgaben	<input type="checkbox"/>				
16. Verbesserung der Delegationsmöglichkeiten					
17. Verbesserung der kooperativen Organisationskultur	<input type="checkbox"/>				

Bitte formulieren Sie weitere Verbesserungsvorschläge aus Ihrer Sicht:

1. _____

2. _____

3. _____

Angaben zu Ihrer beruflichen und persönlichen Situation

Welche berufliche Qualifikation/Funktion haben Sie?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Chefärztin/Chefarzt
- Leitende Ärztin/Leitender Arzt
- Oberärztin/Oberarzt
- Fachärztin/Facharzt mit Schwerpunkt
- Fachärztin/Facharzt
- Assistenzärztin/Assistenzarzt mit Zuständigkeit überwiegend Station
- Assistenzärztin/Assistenzarzt mit Zuständigkeit überwiegend Funktion

Wie lange arbeiten Sie schon in Ihrem derzeitigen Beruf?

_____ Jahre

Seit wann arbeiten Sie an diesem Krankenhaus?

(Angabe in Monat/Jahr, z. B. seit April 2004: 4/2004)

_____ Monat/Jahr

Seit wann arbeiten Sie auf dieser Station / in diesem Funktionsbereich?

(Angabe in Monat/Jahr, z. B. seit April 2004: 4/2004)

_____ Monat/Jahr

Ihr Anstellungsvertrag ist

- unbefristet
- befristet auf _____ Jahre

Ihr Beschäftigungsverhältnis ist

- Vollzeit
- Teilzeit, _____ % Stelle

Wie lange brauchen Sie durchschnittlich von Ihrer Wohnung zur Arbeitsstätte? _____Min.

Wie viele Fortbildungen besuchen Sie durchschnittlich pro Jahr?

- 1-2
- 3-5
- 5-10
- > 10

Wie viele davon (jeweils bezogen auf ein Jahr) dienen der Erlangung einer Fachkunde /Zusatzbezeichnung o. ä.?

_____ Anzahl

G11 Wie viele Bereitschaftsdienste machen Sie im Durchschnitt im Monat?

_____ Anzahl

G12 Wie viele davon fallen insgesamt auf Freitag/Samstag/Sonntag?

_____ Anzahl

Angaben zu Ihrer Person

Alter

_____ Jahre

Geschlecht

- weiblich
- männlich

Haushaltsstruktur

- ich lebe alleine
- mein Haushalt besteht aus zwei Personen
- mein Haushalt besteht aus mehr als zwei Personen

Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt?

_____ Kinder, davon sind unter 12 Jahre _____

Sind Sie in die Pflege/Versorgung Angehöriger eingebunden?

- ja
- nein

Sind Sie Hauptverdienende/r in Ihrem Haushalt?

- ja
- nein

ENDE

Vielen Dank für Ihre Unterstützung

Anhang 2

ArbiK-Evaluierungsfragebögen

2a: ArbiK-Fragebogen Zweitbefragung Pflegende

2b: ArbiK-Fragebogen Zweitbefragung Ärzte

**ArbiK-Fragebogen
Zweitbefragung Pflegende**

Evaluation des Forschungsprojekts „Arbeitsbedingungen im Krankenhaus“

Fragebogen: Pflegende

Der Fragebogen wird anonym behandelt. Es werden keine Einzelangaben an Vorgesetztenstellen, z. B. an Ärztliche Leitung, Pflegedienstleitung o. ä., weitergegeben werden.

Alle Antworten werden vertraulich durch die Projektmitarbeiter behandelt. Keine andere Person hat Zugriff auf die Daten.

Für eine konstruktive Verwendung des Fragebogens im Gesamtprojekt sind jedoch einige Angaben zu Ihrer Person wichtig. Dazu zählen Angaben zu Krankenhaus, Abteilung, Station sowie ein persönlicher Code. Dieser persönliche Code ermöglicht es, bei dieser Folgebefragung einen Vergleich durchzuführen. Nur so können Veränderungen erfasst werden. Bitte benutzen Sie den gleichen Code wie bei der Erstbefragung.

Persönlicher Code

Bevor Sie mit der Beantwortung des Fragebogens beginnen, fügen Sie bitte Ihren persönlichen Code nach dem im Beispiel vorgegebenen Schema ein oder benutzen Sie den von Ihnen gewählten Code aus der ersten Befragung.

Erster Buchstabe im Vornamen Ihrer Mutter:		Beispiel: Mutter Karin:	K
Der Monat, in dem Ihre Mutter Geburtstag hat:		Die Mutter ist im November geboren:	11
Erster Buchstabe im Vornamen Ihres Vaters:		Vater Paul:	P
Der Monat, in dem Ihr Vater Geburtstag hat:		Der Vater ist im August geboren:	08

Haben Sie an der Erstbefragung teilgenommen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-------------------------------

Angaben zur Institution

Krankenhaus	
Abteilung	
Station	

Entwicklungsmöglichkeiten	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Verlangt es Ihre Arbeit, dass Sie die Initiative ergreifen?	<input type="checkbox"/>				
2. Haben Sie die Möglichkeit, durch Ihre Arbeit neue Dinge zu erlernen?	<input type="checkbox"/>				
3. Können Sie Ihre Fertigkeiten oder Ihr Fachwissen bei Ihrer Arbeit anwenden?	<input type="checkbox"/>				
4. Ist Ihre Arbeit sinnvoll?	<input type="checkbox"/>				
5. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Arbeit wichtig ist?	<input type="checkbox"/>				
6. Fühlen Sie sich motiviert und eingebunden in Ihre Arbeit?	<input type="checkbox"/>				
7. Sind Sie stolz, dieser Einrichtung anzugehören?	<input type="checkbox"/>				
8. Erzählen Sie anderen gerne über Ihren Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>				
9. Erleben Sie Probleme Ihrer Arbeitsstelle als Ihre eigenen?	<input type="checkbox"/>				
10. Hat Ihre Arbeitsstelle persönliche Bedeutung für Sie?	<input type="checkbox"/>				

Regelungen und Abläufe	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Werden Sie in der Regel rechtzeitig im Voraus über Veränderungen an Ihrem Arbeitsplatz informiert, z. B. über wichtige Entscheidungen oder Pläne für die Zukunft?	<input type="checkbox"/>				
2. Erhalten Sie alle Informationen, die Sie brauchen, um Ihre Arbeit gut zu erledigen?	<input type="checkbox"/>				
3. Wissen Sie genau, wie weit Ihre Befugnisse bei der Arbeit reichen?	<input type="checkbox"/>				
4. Gibt es klare Vorgaben für Ihre Arbeit?	<input type="checkbox"/>				
5. Wissen Sie genau, welche Dinge in Ihren Verantwortungsbereich fallen?	<input type="checkbox"/>				
6. Wissen Sie genau, was von Ihnen bei der Arbeit erwartet wird?	<input type="checkbox"/>				

Regelungen und Abläufe	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
7. Machen Sie Dinge bei der Arbeit, die von einigen KollegInnen beider Berufsgruppen akzeptiert werden aber von anderen nicht?	<input type="checkbox"/>				
8. Werden bei Ihrer Arbeit widersprüchliche Anforderungen gestellt?	<input type="checkbox"/>				
9. Müssen Sie manchmal Dinge auf eine Art und Weise tun, die eigentlich anders sein sollte?	<input type="checkbox"/>				
10. Müssen Sie manchmal Dinge tun, die Ihnen unnötig erscheinen?	<input type="checkbox"/>				
11. Erhalten Sie alle Materialien, die Sie brauchen, um Ihre Arbeit gut zu erledigen?	<input type="checkbox"/>				

Anforderungen	immer	oft	manchmal	selten	nie/fast nie
1. Müssen Sie sehr schnell arbeiten?	<input type="checkbox"/>				
2. Ist Ihre Arbeit zeitlich ungleich verteilt, sodass sie sich auftürmt?	<input type="checkbox"/>				
3. Wie oft kommt es vor, dass Sie nicht genügend Zeit haben, alle Ihre Aufgaben Ihren Vorstellungen entsprechend zu erledigen?	<input type="checkbox"/>				
4. Müssen Sie Überstunden machen?	<input type="checkbox"/>				
5. Bringt Ihre Arbeit Sie in emotional belastende Situationen?	<input type="checkbox"/>				

Einflussmöglichkeiten und Spielraum	immer	oft	manchmal	selten	nie/fast nie
1. Haben Sie großen Einfluss auf Ihre Arbeit?	<input type="checkbox"/>				
2. Haben Sie Einfluss darauf, mit wem Sie arbeiten?	<input type="checkbox"/>				
3. Haben Sie Einfluss auf die Menge der Arbeit, die Ihnen übertragen wird?	<input type="checkbox"/>				
4. Haben Sie Einfluss darauf, was Sie bei Ihrer Arbeit tun?	<input type="checkbox"/>				

Kollegen/-innen und Vorgesetzte (Bitte denken Sie dabei nur an das Pflegeteam)	immer	oft	manch- mal	selten	nie/fast nie
1. Wie häufig erhalten Sie Hilfe und Unterstützung von Ihren Kollegen?	<input type="checkbox"/>				
2. Wie häufig sind Ihre Kollegen bereit, sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören?	<input type="checkbox"/>				
3. Wie häufig erhalten Sie Hilfe und Unterstützung von Ihrem unmittelbaren Vorgesetzten?	<input type="checkbox"/>				
4. Wie häufig ist Ihr unmittelbarer Vorgesetzter bereit, sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören?	<input type="checkbox"/>				
5. Wie häufig spricht Ihr Vorgesetzter mit Ihnen über die Qualität Ihrer Arbeit?	<input type="checkbox"/>				
6. Wie häufig sprechen Ihre Kollegen mit Ihnen über die Qualität Ihrer Arbeit?	<input type="checkbox"/>				
7. Können Sie sich mit Kollegen unterhalten, während Sie arbeiten?	<input type="checkbox"/>				
8. Ist die Atmosphäre zwischen Ihnen und Ihren Arbeitskollegen gut?	<input type="checkbox"/>				
9. Ist die Zusammenarbeit zwischen den Arbeitskollegen gut?	<input type="checkbox"/>				
10. Fühlen Sie sich an Ihrer Arbeitsstelle als Teil einer Gemeinschaft?	<input type="checkbox"/>				
11. Fühlen Sie sich durch Kollegen häufig zu unrecht kritisiert, schikaniert oder vor anderen bloßgestellt?	<input type="checkbox"/>				
12. Fühlen Sie sich durch Vorgesetzte häufig zu unrecht kritisiert, schikaniert oder vor anderen bloßgestellt?	<input type="checkbox"/>				
13. Ist bei ihrer Abwesenheit (z. B. Fortbildung, Urlaub...) eine kompetente Vertretung gewährleistet?	<input type="checkbox"/>				

Zusammenarbeit auf Ihrer Station	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
1. Die Arbeitsatmosphäre ist geprägt durch gegenseitige Anerkennung zwischen den Berufsgruppen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Konflikte zwischen Pflegenden und Ärzten sind nach meinem Empfinden sehr häufig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Zwischen Pflegenden und Ärzten herrscht ein Klima, in dem unterschiedliche Sichtweisen geschätzt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wenn zwischen Ärzten und Pflegenden Konflikte bestehen, lässt sich darüber meistens sehr schlecht reden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Alles in allem sehe ich die Ärzte und Pflegenden auf unserer Station als ein gutes Team.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich traue den behandelnden Ärzten zu, die Schwere des Krankheitsbildes eines Patienten richtig einschätzen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich traue den verantwortlichen Pflegenden zu, die Situation eines Patienten richtig einschätzen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich traue den verantwortlichen Pflegenden zu, die angeordneten therapeutischen Maßnahmen zuverlässig umzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich traue den behandelnden Ärzten zu, die notwendigen therapeutischen Maßnahmen zu erkennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Von der Art, wie meine Kollegen aus dem Pflorgeteam mit den Patienten umgehen, kann ich viel lernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Von der Art, wie die Ärzte mit den Patienten umgehen, kann ich sehr viel lernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Als Mitarbeiter der Pflege werde ich von den Ärzten sehr hoch eingeschätzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Die Zusammenarbeit mit den Ärzten auf unserer Station ist im Allgemeinen sehr gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Pflegenden und Ärzte helfen einander wenn nötig aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Die Ärzte können sich in die Probleme der Pflegenden einfühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Nach meinem Empfinden beharren die Ärzte darauf, keine pflegerischen Aufgaben zu übernehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Die Ärzte sind, wenn man Sie braucht, immer verfügbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Mit der Art und Weise, wie die Arbeitsabläufe auf unserer Station organisiert werden, bin ich sehr zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Die Art, wie die Ärzte mit uns Pflegenden umgehen, empfinde ich insgesamt als gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zusammenarbeit auf Ihrer Station	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
20. Ich bin von der Notwendigkeit der ärztlichen Anordnung in der Regel überzeugt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Nach meinem Empfinden müssen Pflegende immer mehr ärztliche Aufgaben übernehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ich kann unsere Abteilung ohne Bedenken möglichen Patienten empfehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Machen Sie sich Sorgen, dass ...	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. ... Sie arbeitslos werden?	<input type="checkbox"/>				
2. ... andere Berufsgruppen Ihre Arbeit übernehmen und Sie überflüssig machen?	<input type="checkbox"/>				
3. ... neue Technologien Sie überflüssig machen?	<input type="checkbox"/>				
4. ... es schwierig für Sie wäre, eine neue Arbeit zu finden, wenn Sie arbeitslos würden?	<input type="checkbox"/>				
5. ... man Sie gegen Ihren Willen in einen anderen Arbeitsbereich versetzen könnte?	<input type="checkbox"/>				

Arbeitsplatzveränderung	nie	einige Male im Jahr	einige Male im Monat	einige Male in der Woche	jeden Tag
1. Wie oft im Laufe der letzten 12 Monate haben Sie daran gedacht, Ihren Beruf aufzugeben?	<input type="checkbox"/>				
2. Wie oft im Laufe der letzten 12 Monate haben Sie daran gedacht, Ihre Arbeitsstelle zu wechseln?	<input type="checkbox"/>				

Energie und Wohlbefinden	immer	oft	manchmal	selten	nie/fast nie
1. Wie häufig fühlen Sie sich müde?	<input type="checkbox"/>				
2. Wie häufig sind Sie körperlich erschöpft?	<input type="checkbox"/>				

Energie und Wohlbefinden	immer	oft	manch- mal	selten	nie/fast nie
3. Wie häufig sind Sie emotional erschöpft?	<input type="checkbox"/>				
4. Wie häufig denken Sie: "Ich kann nicht mehr"?	<input type="checkbox"/>				
5. Wie häufig fühlen Sie sich ausgelaugt?	<input type="checkbox"/>				
6. Wie häufig fühlen Sie sich schwach und krankheitsanfällig?	<input type="checkbox"/>				

Hat sich in 2006 in den folgenden Punkten etwas verändert?	positiv verändert	gleich geblieben	negativ verändert
Warten auf Ärzte, z. B. für Visiten oder anderen Absprachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation innerhalb der eigenen Berufsgruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation mit Ärzten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufgaben wie DRG-Codierung und Schreibtischarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koordination der Schnittstellen mit anderen Berufsgruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme der Aufgabenverteilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenaufkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme zwischen Patientenversorgung und Wissenschaft/Lehre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten bei Entscheidungsprozessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlässliche Arbeitszeitregelung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitliche Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klare Überstundenregelung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vereinbarkeit von Familie und Beruf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungsgerechte Bezahlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integration von ärztlicher und pflegerischer Dokumentation im Arbeitsprozess	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Führungskompetenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualifikation der Ärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualifikation der Pflegenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsplatzbezogene Fortbildungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönliche, karrierebezogene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hat sich in 2006 in den folgenden Punkten etwas verändert?	positiv verändert	gleich geblieben	negativ verändert
Weiterbildungsmöglichkeiten			
Kooperation der Berufsgruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbindlichkeit von Absprachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gegenseitige Wertschätzung der Berufsgruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klare Definition pflegerischer und ärztlicher Aufgaben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delegationsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisation der Patientenaufnahmen auf Station	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisation von Patientenentlassungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engagement der Ärzte für Veränderungen auf Station	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engagement der Pflegenden für Veränderungen auf Station	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zum Projekt selbst	sehr positiv	Positiv	Negativ	sehr negativ	Habe das Projekt nicht erlebt
1. Wie beurteilen Sie die gesamte Organisation des Projekts?	<input type="checkbox"/>				
2. Wie beurteilen Sie den Informationsfluss über das Projekt auf Station?	<input type="checkbox"/>				
3. Wie haben Sie die inhaltliche Arbeit im Projekt erlebt?	<input type="checkbox"/>				
4. Wie beurteilen Sie die Auswirkungen des Projekts?	<input type="checkbox"/>				

	Ja	Teilweise	Nein
Konnten Sie Ihre persönlichen Veränderungswünsche in dem Projekt wieder finden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angaben zu Ihrer beruflichen und persönlichen Situation

Welche berufliche Qualifikation/Funktion haben Sie?

- Pflegedienstleitung
- Bereichsleitung/Abteilungsleitung
- Stationsleitung
- Krankenschwester/Krankenpfleger mit Fachweiterbildung
- Krankenschwester/Krankenpfleger (ohne Vorgesetztenfunktion und ohne Weiterbildung)
- Krankenpflegehelferin/Krankenpflegehelfer (1-jährige Ausbildung)
- Sonstiges _____

Wie lange arbeiten Sie schon in Ihrem derzeitigen Beruf? (ohne Ausbildungszeiten)

_____ Jahre

Seit wann arbeiten Sie an diesem Krankenhaus? (ohne Ausbildungszeiten)

(Angabe in Monat/Jahr, z. B. seit April 2004: 4/2004)

_____ Monat/Jahr

Seit wann arbeiten Sie auf dieser Station/in diesem Funktionsbereich?

(Angabe in Monat/Jahr, z. B. seit April 2004: 4/2004)

_____ Monat/Jahr

Ihr Anstellungsvertrag ist

- unbefristet
- befristet auf _____ Jahre

Ihr Beschäftigungsverhältnis ist

- Vollzeit
- Teilzeit, _____ % Stelle

Alter

_____ Jahre

Geschlecht

- weiblich
- männlich

ENDE

Vielen Dank für Ihre Unterstützung

ArbiK-Fragebogen Zweitbefragung Ärzte

Evaluation des Forschungsprojekts „Arbeitsbedingungen im Krankenhaus“

Fragebogen: Ärztinnen und Ärzte

Der Fragebogen wird anonym behandelt. Es werden keine Einzelangaben an Vorgesetztenstellen, z. B. an Ärztliche Leitung, Pflegedienstleitung o. ä., weitergegeben werden.

Alle Antworten werden vertraulich durch die Projektmitarbeiter behandelt. Keine andere Person hat Zugriff auf die Daten.

Für eine konstruktive Verwendung des Fragebogens im Gesamtprojekt sind jedoch einige Angaben zu Ihrer Person wichtig. Dazu zählen Angaben zu Krankenhaus, Abteilung, Station sowie ein persönlicher Code. Dieser persönliche Code ermöglicht es, bei dieser Folgebefragung einen Vergleich durchzuführen. Nur so können Veränderungen erfasst werden. Bitte benutzen Sie den gleichen Code wie bei der Erstbefragung.

Persönlicher Code

Bevor Sie mit der Beantwortung des Fragebogens beginnen, fügen Sie bitte Ihren persönlichen Code nach dem im Beispiel vorgegebenen Schema ein oder benutzen Sie den von Ihnen gewählten Code aus der ersten Befragung.

Erster Buchstabe im Vornamen Ihrer Mutter:		Beispiel: Mutter Karin:	K
Der Monat, in dem Ihre Mutter Geburtstag hat:		Die Mutter ist im November geboren:	11
Erster Buchstabe im Vornamen Ihres Vaters:		Vater Paul:	P
Der Monat, in dem Ihr Vater Geburtstag hat:		Der Vater ist im August geboren:	08

Haben Sie an der Erstbefragung teilgenommen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-------------------------------

Angaben zur Institution

Krankenhaus	
Abteilung	
Station	

Entwicklungsmöglichkeiten	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringe m Maß	in sehr geringe m Maß
1. Verlangt es Ihre Arbeit, dass Sie die Initiative ergreifen?	<input type="checkbox"/>				
2. Haben Sie die Möglichkeit, durch Ihre Arbeit neue Dinge zu erlernen?	<input type="checkbox"/>				
3. Können Sie Ihre Fertigkeiten oder Ihr Fachwissen bei Ihrer Arbeit anwenden?	<input type="checkbox"/>				
4. Ist Ihre Arbeit sinnvoll?	<input type="checkbox"/>				
5. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Arbeit wichtig ist?	<input type="checkbox"/>				
6. Fühlen Sie sich motiviert und eingebunden in Ihre Arbeit?	<input type="checkbox"/>				
7. Sind Sie stolz, dieser Einrichtung anzugehören?	<input type="checkbox"/>				
8. Erzählen Sie anderen gerne über Ihren Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>				
9. Erleben Sie Probleme Ihrer Arbeitsstelle als Ihre eigenen?	<input type="checkbox"/>				
10. Hat Ihre Arbeitsstelle persönliche Bedeutung für Sie?	<input type="checkbox"/>				

Regelungen und Abläufe	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Werden Sie in der Regel rechtzeitig im Voraus über Veränderungen an Ihrem Arbeitsplatz informiert, z. B. über wichtige Entscheidungen oder Pläne für die Zukunft?	<input type="checkbox"/>				
2. Erhalten Sie alle Informationen, die Sie brauchen, um Ihre Arbeit gut zu erledigen?	<input type="checkbox"/>				
3. Wissen Sie genau, wie weit Ihre Befugnisse bei der Arbeit reichen?	<input type="checkbox"/>				
4. Gibt es klare Vorgaben für Ihre Arbeit?	<input type="checkbox"/>				
5. Wissen Sie genau, welche Dinge in Ihren Verantwortungsbereich fallen?	<input type="checkbox"/>				
6. Wissen Sie genau, was von Ihnen bei der Arbeit erwartet wird?	<input type="checkbox"/>				

Regelungen und Abläufe	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
7. Machen Sie Dinge bei der Arbeit, die von einigen KollegInnen beider Berufsgruppen akzeptiert werden aber von anderen nicht?	<input type="checkbox"/>				
8. Werden bei Ihrer Arbeit widersprüchliche Anforderungen gestellt?	<input type="checkbox"/>				
9. Müssen sie manchmal Dinge auf eine Art und Weise tun, die eigentlich anders sein sollte?	<input type="checkbox"/>				
10. Müssen Sie manchmal Dinge tun, die Ihnen unnötig erscheinen?	<input type="checkbox"/>				
11. Erhalten Sie alle Materialien, die Sie brauchen, um Ihre Arbeit gut zu erledigen?	<input type="checkbox"/>				

Anforderungen	immer	oft	manchmal	selten	nie/fast nie
1. Müssen Sie sehr schnell arbeiten?	<input type="checkbox"/>				
2. Ist Ihre Arbeit zeitlich ungleich verteilt, sodass sie sich aufhäuft?	<input type="checkbox"/>				
3. Wie oft kommt es vor, dass Sie nicht genügend Zeit haben, alle Ihre Aufgaben Ihren Vorstellungen entsprechend zu erledigen?	<input type="checkbox"/>				
4. Müssen Sie Überstunden machen?	<input type="checkbox"/>				
5. Bringt Ihre Arbeit Sie in emotional belastende Situationen?	<input type="checkbox"/>				

Einflussmöglichkeiten und Spielraum	immer	oft	manchmal	selten	nie/fast nie
1. Haben Sie großen Einfluss auf Ihre Arbeit?	<input type="checkbox"/>				
2. Haben Sie Einfluss darauf, mit wem Sie arbeiten?	<input type="checkbox"/>				
3. Haben Sie Einfluss auf die Menge der Arbeit, die Ihnen übertragen wird?	<input type="checkbox"/>				
4. Haben Sie Einfluss darauf, was Sie bei Ihrer Arbeit tun?	<input type="checkbox"/>				

Kollegen/-innen und Vorgesetzte (Bitte denken Sie dabei an Ihre ärztlichen Kolleginnen und Kollegen)	immer	oft	manch- mal	selten	nie/fast nie
1. Wie häufig erhalten Sie Hilfe und Unterstützung von Ihren Kollegen?	<input type="checkbox"/>				
2. Wie häufig sind Ihre Kollegen bereit, sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören?	<input type="checkbox"/>				
3. Wie häufig erhalten Sie Hilfe und Unterstützung von Ihrem unmittelbaren Vorgesetzten?	<input type="checkbox"/>				
4. Wie häufig ist Ihr unmittelbarer Vorgesetzter bereit, sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören?	<input type="checkbox"/>				
5. Wie häufig spricht Ihr Vorgesetzter mit Ihnen über die Qualität Ihrer Arbeit?	<input type="checkbox"/>				
6. Wie häufig sprechen Ihre Kollegen mit Ihnen über die Qualität Ihrer Arbeit?	<input type="checkbox"/>				
7. Können Sie sich mit Kollegen unterhalten, während Sie arbeiten?	<input type="checkbox"/>				
8. Ist die Atmosphäre zwischen Ihnen und Ihren Arbeitskollegen gut?	<input type="checkbox"/>				
9. Ist die Zusammenarbeit zwischen den Arbeitskollegen gut?	<input type="checkbox"/>				
10. Fühlen Sie sich an Ihrer Arbeitsstelle als Teil einer Gemeinschaft?	<input type="checkbox"/>				
11. Fühlen Sie sich durch Kollegen häufig zu unrecht kritisiert, schikaniert oder vor anderen bloßgestellt?	<input type="checkbox"/>				
12. Fühlen Sie sich durch Vorgesetzte häufig zu unrecht kritisiert, schikaniert oder vor anderen bloßgestellt?	<input type="checkbox"/>				
13. Ist bei ihrer Abwesenheit (z. B. Fortbildung, Urlaub...) eine kompetente Vertretung gewährleistet?	<input type="checkbox"/>				

Zusammenarbeit auf Ihrer Station	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
1. Die Arbeitsatmosphäre ist geprägt durch gegenseitige Anerkennung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Konflikte zwischen Ärzten und Pflegenden sind nach meinem Empfinden sehr häufig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Zwischen Ärzten und Pflegenden herrscht ein Klima, in dem unterschiedliche Sichtweisen geschätzt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wenn zwischen Ärzten und Pflegenden Konflikte bestehen, lässt sich darüber meistens sehr schlecht reden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Alles in allem sehe ich die Ärzte und Pflegenden auf unserer Station als ein gutes Team.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich traue den behandelnden Ärzten zu, jeweils die Schwere des Krankheitsbildes eines Patienten richtig einschätzen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich traue den verantwortlichen Pflegenden zu, jeweils die Situation eines Patienten richtig einschätzen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich traue den behandelnden Ärzten zu, jeweils die notwendigen therapeutischen Maßnahmen zu erkennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich traue den verantwortlichen Pflegenden zu, die angeordneten therapeutischen Maßnahmen umzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Von der Art, wie meine Kollegen mit den Patienten umgehen, kann ich viel lernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Von der Art, wie Pflegende mit dem Patienten umgehen, kann ich viel lernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Die Zusammenarbeit mit den Pflegenden auf unserer Station ist im Allgemeinen sehr gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ärzte und Pflegende helfen einander wenn nötig aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich selbst als Ärztin/Arzt werde von den Mitarbeitern der Pflege sehr geschätzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Die Pflegenden können sich in die Probleme der Ärzte einfühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Die Art, wie Pflegende mit uns Ärzten umgehen, empfinde ich insgesamt als gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Im Alltag ist das pflegerische Personal in Situationen, in denen man es braucht, immer verfügbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zusammenarbeit auf Ihrer Station	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
18. Mit der Art und Weise, wie die Arbeitsabläufe auf unserer Station organisiert werden, bin ich sehr zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Nach meinem Empfinden beharren die Pflegenden darauf, keine ärztlichen Aufgaben zu übernehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Es besteht die Notwendigkeit, die Durchführung meiner Anordnungen laufend zu kontrollieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ich kann unsere Abteilung ohne Bedenken möglichen Patienten empfehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Machen Sie sich Sorgen, dass ...	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. ... Sie arbeitslos werden?	<input type="checkbox"/>				
2. ... andere Berufsgruppen Ihre Arbeit übernehmen und Sie überflüssig machen?	<input type="checkbox"/>				
3. ... neue Technologien Sie überflüssig machen?	<input type="checkbox"/>				
4. ... es schwierig für Sie wäre, eine neue Arbeit zu finden, wenn Sie arbeitslos würden?	<input type="checkbox"/>				
5. ... man Sie gegen Ihren Willen in einen anderen Arbeitsbereich versetzen könnte?	<input type="checkbox"/>				

Arbeitsplatzveränderung	nie	einige Male im Jahr	einige Male im Monat	einige Male in der Woche	jeden Tag
1. Wie oft im Laufe der letzten 12 Monate haben Sie daran gedacht, Ihren Beruf aufzugeben?	<input type="checkbox"/>				
2. Wie oft im Laufe der letzten 12 Monate haben Sie daran gedacht, Ihre Arbeitsstelle zu wechseln?	<input type="checkbox"/>				

Energie und Wohlbefinden	immer	oft	manch- mal	selten	nie/fast nie
1. Wie häufig fühlen Sie sich müde?	<input type="checkbox"/>				
2. Wie häufig sind Sie körperlich erschöpft?	<input type="checkbox"/>				
3. Wie häufig sind Sie emotional erschöpft?	<input type="checkbox"/>				
4. Wie häufig denken Sie: "Ich kann nicht mehr"?	<input type="checkbox"/>				
5. Wie häufig fühlen Sie sich ausgelaugt?	<input type="checkbox"/>				
6. Wie häufig fühlen Sie sich schwach und krankheitsanfällig?	<input type="checkbox"/>				

Hat sich in 2006 in den folgenden Punkten etwas verändert?	positiv verändert	gleich geblieben	negativ verändert
Warten auf Pflegende, z. B. für Visiten oder andere Absprachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation innerhalb der eigenen Berufsgruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation mit Pflegenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufgaben wie DRG-Codierung und Schreibtischarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koordination der Schnittstellen mit anderen Berufsgruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme der Aufgabenverteilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenaufkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme zwischen Patientenversorgung und Wissenschaft/Lehre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten bei Entscheidungsprozessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlässliche Arbeitszeitregelung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitliche Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klare Überstundenregelung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vereinbarkeit von Familie und Beruf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungsgerechte Bezahlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integration von ärztlicher und pflegerischer Dokumentation im Arbeitsprozess	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Führungskompetenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualifikation der Ärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualifikation der Pflegenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hat sich in 2006 in den folgenden Punkten etwas verändert?	positiv verändert	gleich geblieben	negativ verändert
Arbeitsplatzbezogene Fortbildungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönliche, karrierebezogene Weiterbildungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kooperation der Berufsgruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbindlichkeit von Absprachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gegenseitige Wertschätzung der Berufsgruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klare Definition ärztlicher und pflegerischer Aufgaben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delegationsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisation der Patientenaufnahmen auf Station	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisation von Patientenentlassungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engagement der Ärzte für Veränderungen auf Station	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engagement der Pflegenden für Veränderungen auf Station	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zum Projekt selbst	sehr positiv	Positiv	Negativ	sehr negativ	Habe das Projekt nicht erlebt
1. Wie beurteilen Sie die gesamte Organisation des Projekts?	<input type="checkbox"/>				
2. Wie beurteilen Sie den Informationsfluss über das Projekt auf Station?	<input type="checkbox"/>				
3. Wie haben Sie die inhaltliche Arbeit im Projekt erlebt?	<input type="checkbox"/>				
4. Wie beurteilen Sie die Auswirkungen des Projekts?	<input type="checkbox"/>				

	Ja	Teilweise	Nein
Konnten Sie Ihre persönlichen Veränderungswünsche in dem Projekt wieder finden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angaben zu Ihrer beruflichen und persönlichen Situation

Welche berufliche Qualifikation / Funktion haben Sie?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Chefärztin/Chefarzt
- Leitende Ärztin/Leitender Arzt
- Oberärztin/Oberarzt
- Fachärztin/Facharzt mit Schwerpunkt
- Fachärztin/Facharzt
- Assistenzärztin/Assistenzarzt mit Zuständigkeit überwiegend Station
- Assistenzärztin/Assistenzarzt mit Zuständigkeit überwiegend Funktion

Wie lange arbeiten Sie schon in Ihrem derzeitigen Beruf?

_____ Jahre

Seit wann arbeiten Sie an diesem Krankenhaus?

(Angabe in Monat/Jahr, z. B. seit April 2004: 4/2004)

_____ Monat/Jahr

Seit wann arbeiten Sie auf dieser Station / in diesem Funktionsbereich?

(Angabe in Monat/Jahr, z. B. seit April 2004: 4/2004)

_____ Monat/Jahr

Ihr Anstellungsvertrag ist

- unbefristet
- befristet auf _____ Jahre

Ihr Beschäftigungsverhältnis ist

- Vollzeit
- Teilzeit, _____ % Stelle

Angaben zu Ihrer Person

Alter

_____ Jahre

Geschlecht

- weiblich
- männlich

ENDE

Vielen Dank für Ihre Unterstützung

Anhang 3

Projektmanagementinstrumente

- Projektplanungsmatrix
- Aktivitätenplan
- Visualisierte Ablaufplanung

Projektplan zum Forschungsprojekt „Arbeitsbedingungen im Krankenhaus“ Auftraggeber BAuA

Projektziel	Indikatoren	Bemerkung
Der Öffentlichkeit wird ein Handlungskonzept zur Veränderung der Arbeitsbedingungen des medizinischen und pflegerischen Personals im stationären Krankenhausbereich angeboten.	Im Mai 2007 steht im Internet beispielhaft ein Handlungskonzept zur Veränderung von Arbeitsbedingungen des medizinischen und pflegerischen Personals zur Verfügung. Das Beispiel basiert auf einer Interventionsstudie, die in drei Projektkrankenhäusern (jeweils 2 Stationen pro Projektkrankenhaus) durchgeführt wurden. Die Projektkrankenhäuser sind: Klinikum Dortmund, Zentralklinikum Augsburg, Universitätsklinikum Frankfurt/Main	
Zwischenziele		
<u>1. Zwischenziel</u> Die strukturellen Rahmenbedingungen für die Durchführung des Forschungsauftrages sind geschaffen	Am 15.12.05 sind die internen und externen Infrastrukturen (personelle und materielle) zur Durchführung des Projektes geschaffen.	
<u>2. Zwischenziel</u> Der Ethikantrag ist bewilligt	Der Ethikantrag für das Forschungsprojekt ist durch die Ethikkommission des Instituts für Pflegewissenschaft bis Mitte September 2005 bewilligt.	
<u>3. Zwischenziel</u> Das Expertenpanel ist ausgewertet	Bis zum 19.07.05 ist das Expertenpanel durchgeführt. Die Ergebnisse sind für die Fragebogenentwicklung bis zum 09.08.2005 aufbereitet.	
<u>4. Zwischenziel</u> Eine Literaturübersicht zum Projektziel liegt schriftlich vor	Bis Ende September 2005 liegt eine Literaturübersicht vor. Für das Projekt wird bis Ende April 2007 weiterhin nach Literatur gesucht.	
<u>5. Zwischenziel</u> Die Instrumente zur Datenerfassung liegen vor	Bis Mitte September 2005 liegt ein vom gesamten Projektteam verabschiedeter Fragebogen zur Befragung der Mitarbeiter vor. Ein Instrument zur Organisationsanalyse (Prozesse und Strukturen) ist erstellt.	

Projektziel	Indikatoren	Bemerkung
<p><u>6. Zwischenziel</u> Die Datenerhebung für die Ist-Analyse ist abgeschlossen</p>	<p>Die Daten der Mitarbeiterbefragung (mittels standardisiertem Fragebogen) und der Organisationsanalyse liegen aus allen drei Projektkrankenhäusern von jeweils zwei Stationen bis Mitte Oktober 2005 vor.</p>	<p>Im Angebot vorgeschlagen: standardisierte Fragebögen, halbstrukturierte Interviews, teilnehmende Beobachtung</p>
<p><u>7. Zwischenziel</u> Die Datenaufbereitung der Ist-Analyse ist abgeschlossen</p>	<p>Die Ergebnisse aus der Ist-Analyse sind bis Ende November 2005 ausgewertet und stehen als Vorbereitung des Start-Workshops zur Verfügung.</p>	
<p><u>8. Zwischenziel</u> Start-Workshops sind in den Projektkrankenhäusern durchgeführt</p>	<p>Die Start-Workshops mit den erarbeiteten Zielen für die Interventionen auf den jeweiligen Stationen in den Projektkrankenhäusern sind bis Mitte Dezember 2005 in allen Projektkrankenhäusern durchgeführt.</p>	
<p><u>9. Zwischenziel</u> Die Interventionsmaßnahmen sind durchgeführt</p>	<p>Die Interventionen auf den Stationen sind unter Begleitung der Projektmitarbeiter bis Ende Dezember 2006 umgesetzt.</p>	
<p><u>10. Zwischenziel</u> Die Evaluation der Interventionsphasen in den Projektkrankenhäusern ist abgeschlossen</p>	<p>Die Daten der Evaluation (Fragebogen und zentraler Ergebnisworkshop) liegen aus allen drei Projektkrankenhäusern bis Ende Februar 2007 vor.</p>	
<p><u>11. Zwischenziel</u> Die Datenaufbereitung der Fragebögen der Evaluation ist abgeschlossen</p>	<p>Die Ergebnisse der Evaluation der Interventionsphase sind Ende Januar 2007 ausgewertet und stehen aufgearbeitet für den zentralen Ergebnisworkshop zur Verfügung.</p>	
<p><u>12. Zwischenziel</u> Die Ergebnisse des Projektes sind der Öffentlichkeit und den Projektkrankenhäusern vorgestellt</p>	<p>Bis Mitte Mai 2007 sind die Ergebnisse der Interventionsphase den beteiligten Projektkrankenhäusern vorgestellt. Ein zentraler Workshop ist bis zum 28.02.2007 durchgeführt.</p>	
<p><u>13. Zwischenziel</u> Ein handlungsorientiertes Konzept auf Basis der Interventionsstudie ist erstellt</p>	<p>Das Handlungskonzept in Kooperation mit allen Projektmitgliedern liegt Ende April 2007 zur Veröffentlichung vor. Das Upload auf die Internetseite ist bis Mitte Mai 2007 durchgeführt.</p>	

Projektziel	Indikatoren	Bemerkung
<u>14. Zwischenziel</u> Die Zwischenberichte liegen dem Auftraggeber vor	Die Zwischenberichte sind zum 15.10.05, 15.04.06 und 15.10.06 verfasst und bei der BAuA eingereicht.	
<u>15. Zwischenziel</u> Der Endbericht ist vom Auftraggeber angenommen	Der Endbericht ist zum 15.05.2007 beim Auftraggeber eingereicht und angenommen.	
<u>16. Zwischenziel</u> Die Literaturübersicht ist im Internet verfügbar	Die aufgearbeitete Literaturübersicht mit Einflussfaktoren auf die Arbeitsbedingungen sind auf der Internetseite im 1. Quartal 2006 veröffentlicht.	
<u>17. Zwischenziel</u> Ein Katalog der Einflussfaktoren zur Arbeitsbelastung ist im Internet abrufbar	Auf Basis der Literaturrecherche und der Ist-Analyse sind Einflussfaktoren zu Arbeitsbedingungen identifiziert und stehen für Interessierte auf der Internetseite zum Ende des 2. Quartals 2006 Verfügung.	
<u>18. Zwischenziel</u> Ein Checkliste zur Erfassung von Arbeitsbedingungen im Krankenhaus für eine Durchführung einer Ist-Analyse ist im Internet verfügbar	Die Instrumente für die Ist-Analyse in den Projektkrankenhäusern können Ende des 2. Quartals 2006 von Interessierten in einer speziellen Form von der Internetseite des Projektes herunter geladen werden.	
<u>19. Zwischenziel</u> Dialogische Strukturen zum Austausch zu Arbeitsbedingungen im Krankenhaus werden genutzt	Ab dem 1. Quartal 2006 wird auf der Basis eines Medienplans einmal pro Quartal auf das Forschungsprojekt und die Möglichkeiten des Internetdialogs aufmerksam gemacht.	
<u>20. Zwischenziel</u> Fallbeispiele basierend auf der Interventionsstudie sind im Internet präsent	Mindestens drei Fallbeispiele aus den Projektkrankenhäusern sind aufgearbeitet und im Internet für Interessierte auf der Internetseite verfügbar.	
<u>21. Zwischenziel</u> Das handlungsorientierte Konzept ist im Internet verfügbar		

Projektziel	Indikatoren	Bemerkung
<u>22. Zwischenziel</u> Der Marketingplan ist umgesetzt	Mindestens die Marketingmaßnahmen, die in einem detaillierten Marketingplan festgelegt wurden, sind bis Oktober 2007 umgesetzt.	

Aktivitätenplan für 2007

1. Zwischenziel					
Die Evaluation der Interventionsphasen in den Projektkrankenhäusern ist abgeschlossen					
Aktivitäten	Wer	Beginn	Bis wann	Bemerkungen	
1.1 Festlegung des Befragungszeitraums in Marburg	<u>S.</u> , D.		01.01.07		
1.2 Festlegung des Befragungszeitraums in Erlangen	<u>S.</u> , D.		01.01.07		
1.3 Festlegung des Befragungszeitraums in Augsburg	<u>S.</u> , D.		01.01.07		
1.4 Fragebögen und Infoschreiben sind erstellt	<u>S.</u> , AiK-Team	20.12.06	07.01.07		
1.5 Druck aller Fragebögen und Infoschreiben für die Evaluation der Interventionsphase	<u>S.</u> , Studentischer MA	08.01.07	16.01.07		
1.6 Zusendung der Fragebögen an die Ansprechpartner in Marburg	<u>S.</u> , Studentischer MA	16.01.07	17.01.07		
1.7 Zusendung der Fragebögen an die Ansprechpartner in Erlangen	<u>S.</u> , Studentischer MA	16.01.07	17.01.07		
1.8 Zusendung der Fragebögen an die Ansprechpartner in Augsburg	<u>S.</u> , Studentischer MA	16.01.07	17.01.07		
1.9 Verteilung der Fragebögen an die Mitarbeiter durch den Ansprechpartner vor Ort in Marburg	<u>B.</u> , Mitarbeiter im Krankenhaus	22.01.07	22.01.07	Abhängig vom Beginn der Evaluation	
1.10 Verteilung der Fragebögen an die Mitarbeiter durch die Ansprechpartnerin vor Ort in Erlangen	<u>H.</u> , Mitarbeiter im Krankenhaus	22.01.07	22.01.07	Abhängig vom Beginn der Evaluation	
1.11 Verteilung der Fragebögen an die Mitarbeiter durch die Ansprechpartnerin vor Ort in Augsburg	<u>T.</u> , Mitarbeiter im Krankenhaus	22.01.07	22.01.07	Abhängig vom Beginn der Evaluation	
1.12 Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen von Marburg	<u>B.</u> , Mitarbeiter im Krankenhaus	22.01.07	05.02.07	Abhängig vom Beginn der Evaluation (Geplanter Rücklauf: nach 2 Wochen)	

1.13	Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen von Erlangen an Freiburg	Per Post an Uni-Witten/Herdecke	22.01.07	05.02.07	Abhängig vom Beginn der Evaluation (Geplanter Rücklauf: nach 2 Wochen)
1.14	Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen von Augsburg an Freiburg	<u>I.</u> , Mitarbeiter im Krankenhaus	22.01.07	05.02.07	Abhängig vom Beginn der Evaluation (Geplanter Rücklauf: nach 2 Wochen)
2. Zwischenziel					
Die Datenaufbereitung und die Ergebnisdarstellung der Evaluation für die Häuser ist abgeschlossen					
Aktivitäten		Wer	Beginn	Bis wann	Bemerkungen
2.1	Dateneingabe	<u>Studentischer MA-Uni Witten/Herdecke</u>	22.01.07	19.02.07	Laufend sofort nach Eingang der Fragebögen
2.2	Datenanalyse und Datenaufbereitung, Auswertung	<u>Dt.</u>	19.02.07	26.03.07	
2.3	Verschickung der Ergebnisse an AiK-Team	<u>Dt.</u>	26.03.07	26.03.07	
2.4	Interne Besprechung der Ergebnisse	<u>AiK-Team</u>	26.03.07	29.03.07	Treffen in Frankfurt/Main 10:30 Uhr
3. Zwischenziel					
Die Ergebnisse des Projektes sind der Öffentlichkeit und den Projektkrankenhäusern vorgestellt					
Aktivitäten		Wer	Beginn	Bis wann	Bemerkungen
3.1	Durchführung eines zentralen Ergebnis-Workshops mit allen beteiligten Projektkrankenhäusern				
3.2	Absprache mit den Projektkrankenhäusern für die Präsentation der Ergebnisse	<u>D., S.</u>	01.01.07	01.03.07	Am Besten gleich nach Eingang der ausgefüllten Fragebögen der Evaluation
3.3	Durchführung der Ergebnisworkshops in Augsburg	<u>AiK-Team</u>	10.04.07	27.04.07	Mögliche Termine des AiK-Teams liegen vor
3.4	Durchführung der Ergebnisworkshops in Marburg	<u>AiK-Team</u>	10.04.07	27.04.07	Mögliche Termine des AiK-Teams liegen vor
3.5	Durchführung der Ergebnisworkshops in Erlangen	<u>AiK-Team</u>	10.04.07	27.04.07	Mögliche Termine des AiK-Teams liegen vor

4. Zwischenziel					
Die Ergebnisse des Projektes sind der Öffentlichkeit und den Projektkrankenhäusern vorgestellt					
Aktivitäten	Wer	Beginn	Bis wann	Bemerkungen	
4.1 Durchführung eines zentralen Ergebnis-Workshops mit allen beteiligten Projektkrankenhäusern	<u>AiK-Team</u>	15.02.07	28.02.07		
4.2 Absprache mit den Projektkrankenhäusern für die Präsentation der Ergebnisse	<u>D., S.</u>	01.03.07	15.03.07	Am Besten gleich nach Eingang der ausgefüllten Fragebögen der Evaluation	
4.3 Vorbereitung der Ergebnis-Präsentation	<u>D., S., Freiburg</u>	01.04.07	15.04.07	Bis zum Termin der Workshops	
4.4 Durchführung der Ergebnis-Präsentationen in den Projektkrankenhäusern	<u>AiK-Team</u>	15.04.07	15.05.07		
5. Zwischenziel					
Ein handlungsorientiertes Konzept auf Basis der Interventionsstudie ist erstellt und im Internet verfügbar					
Aktivitäten	Wer	Beginn	Bis wann	Bemerkungen	
5.1 Ergebnisse aus der Ist-Analyse und der Evaluation (Fragebögen und Zentralem Ergebnisworkshop) zusammenführen	<u>AiK-Team, Freiburg</u>				
5.2 Handlungsorientiertes Konzept entwickeln	<u>D., S., AiK-Team Freiburg</u>				
5.3 Handlungskonzept mit Experten diskutieren	<u>Bt., R., AiK-Team, Freiburg</u>			Eventuell mit Expertenrunde	
5.4 Modifizierung und endgültige Erstellung des Handlungskonzepts	<u>S., AiK-Team</u>				
5.5 Aufarbeitung des handlungsorientierten Konzepts für das Internet	<u>S.</u>				
5.6 Upload des Handlungskonzepts auf die Internetseite	<u>S.</u>				

6. Zwischenziel					
Der Endbericht wird vom Auftraggeber angenommen					
Aktivitäten	Wer	Beginn	Bis wann	Bemerkungen	
6.1 Entwurf Endbericht erstellen	S., Aik-Team	02.01.07	20.04.07		
6.2 Endbericht mit Auftraggeber abstimmen	Bt., R., Aik-Team	20.04.07	30.04.07		
6.3 Endgültige Version des Endberichts an Auftraggeber abgeben	Bt., R.	01.05.07	15.05.07		
7. Zwischenziel					
Die Literaturübersicht ist im Internet verfügbar					
Aktivitäten	Wer	Beginn	Bis wann	Bemerkungen	
7.1 Aufarbeitung der Literaturübersicht für das Internet aus	<u>S.</u>				
7.2 Korrektur der Literaturübersicht	<u>S.</u> , Aik-Team				
7.3 Upload der Literatur auf die Internetseiten	<u>S.</u>				
8. Zwischenziel					
Ein Katalog der Einflussfaktoren zur Arbeitsbelastung ist im Internet abrufbar					
Aktivitäten	Wer	Beginn	Bis wann	Bemerkungen	
8.1 Aufbereitung der Einflussfaktoren zur Arbeitsbelastung im Krankenhaus für die Darstellung im Internet	<u>S.</u> , Aik-Team				
8.2 Upload der Erstellten Einflussfaktoren	<u>S.</u>				
9. Zwischenziel					
Eine Checkliste zur Erfassung von Arbeitsbedingungen für eine Durchführung einer Ist-Analyse ist im Internet verfügbar					
Aktivitäten	Wer	Beginn	Bis wann	Bemerkungen	
9.1 Aufarbeitung der Instrumente als Checkliste für die Internetdarstellung	<u>S.</u> , Aik-Team				
9.2 Upload der Checkliste auf die Internetseite	<u>S.</u>				

10. Zwischenziel					
Dialogische Strukturen zum Austausch zu Arbeitsbedingungen im Krankenhaus werden genutzt					
Aktivitäten	Wer	Beginn	Bis wann	Bemerkungen	
10.1 Pressemitteilung etc. für Fachzeitschriften schalten	<u>S.</u> , Öffentlichkeitsabteilung				
10.2 Erste Teilergebnisse als Artikel in Fachzeitschriften platzieren	<u>S.</u> , Aik-Team				
10.2. Aktive Mitarbeit im Dialog auf der Internetseite	Aik-Team				Mindestens wöchentlich
11. Zwischenziel					
Fallbeispiele basierend auf der Interventionsstudie sind im Internet präsent					
Aktivitäten	Wer	Beginn	Bis wann	Bemerkungen	
12.1 Aufarbeitungen der Fallbeispiele aus den Projektkrankenhäusern für die Internetdarstellung	<u>S.</u> , Aik-Team				
11.2 Upload der Fallbeispiele auf die Internetseite	<u>S.</u>				
12. Zwischenziel					
Das handlungsorientierte Konzept ist im Internet verfügbar					
Aktivitäten	Wer	Beginn	Bis wann	Bemerkungen	
12.1 Aufarbeitung des handlungsorientierten Konzepts für das Internet	<u>S.</u> , Aik-Team				
12.2 Upload des Handlungskonzepts auf die Internetseite	<u>S.</u>				
13. Zwischenziel					
Der Marketingplan ist umgesetzt					
Aktivitäten	Wer	Beginn	Bis wann	Bemerkungen	
13.1 Marketingplan erstellen	<u>S.</u> , <u>D.</u>				
13.2 Aktive Teilnahme an Fachkongressen in 2006	<u>S.</u> , Aik-Team				Hauptstadtkongress München Ärztetikongress

13.3	Aktive Teilnahme an Fachkongressen in 2007	<u>S.</u> , AiK-Team			Nürnberg Ärztetkongress Bundeshauptstadttagkongress
13.4	Publikationen in Fachzeitschriften in 2006 und 2007 einreichen	AiK-Team			Ärzteblatt Marburger Bund Krankenhaus Umschau Führen und Wirtschäften
13.5	Publikation in Wochenzeitschrift in 2006	<u>D.</u> Kommunikations-Abt.			ZEIT Spiegel
13.6	Publikation in Wochenzeitschrift in 2007	<u>D.</u> , Kommunikations-Abt.			ZEIT Spiegel
13.8	Pressemitteilung in 2007 schalten	<u>D.</u> , <u>S.</u> , Kommunikations-Abt.			
13.9	Poster zur Projektvorstellung erstellen	<u>D.</u> , <u>S.</u> , AiK-Team			
13.10	Poster für Ergebnispräsentation erstellen	<u>D.</u> , <u>S.</u> , AiK-Team			
13.12	Fernsehinterview platzieren	<u>Bt.</u> , <u>R.</u> , Kommunikations-Abt			

Legende

- Die Projektmitglieder, deren Name unterstrichen ist, haben Verantwortung für die beschriebene Aktivität
- Frau W. und Herr Dt. nehmen eine Aufgabenteilung selbstständig vor

