MENSCHEN PFLEGEN

Berichte aus der Pflege

Nr. 20 – März 2013

GePP-Projekt - Gesund Psychiatrisch Pflegen

Ein Gesundheitsprojekt zur Ausweitung der sozialen und organisationalen Ressourcen täglicher Arbeit von psychiatrisch Pflegenden im Rahmen einer wissenschaftlichen Interventionsstudie (Mai 2007 – Juni 2011)

Verfasser: André Hennig

Frank Müller

RheinlandPfalz
MINISTERIUM FÜR SOZIALES, ARBEIT, GESUNDHEIT UND DEMOGRAFIE

UK RLP
Unfallkasse Rheinland-Pfalz

Landeskrankenhaus
|ANSTALT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS|

RheinlandPfalz
MINISTERIUM FÜR SOZIALES, ARBEIT, GESUNDHEIT UND DEMOGRAFIE

Rheinhessen-Fachklinik Alzey
|ZENTRUM FÜR PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE PSYCHOSOMATIK UND NEUROLOGIE|

in Kooperation mit:

Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach
|ZENTRUM FÜR PSYCHIATRIE PSYCHOTHERAPIE UND NEUROLOGIE|

JG|U UNIVERSITÄTSmedizin. MAINZ

PFALZKLINIKUM FÜR PSYCHIATRIE UND NEUROLOGIE AdöR
Akademisches Lehrkrankenhaus der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz

---

Projektbericht

GePP-Projekt

Gesund Psychiatrisch Pflegen

Ein Gesundheitsprojekt zur Ausweitung der sozialen und organisationalen Ressourcen täglicher Arbeit von psychiatrisch Pflegenden im Rahmen einer wissenschaftlichen Interventionsstudie
(Mai 2007 – Juni 2011)

André Hennig & Frank Müller

„Sind die Grenzen äußeren Wachstums erreicht, muss inneres Wachstum folgen“ (Autor/Autorin unbekannt)

„Es ist zu einer Verbesserung des Wohnklimas für unsere Patienten/Bewohner gekommen; es bestehen klarere Zuständigkeiten und feste Ansprechpartner, es gib eine bessere Ressourcenverteilung die von allen positiv wahrgenommen wird“ (Zitat einer Stationsleitung einer Interventionsstation, 2010)

Vorwort

Wir kennen alle eine Vielzahl von Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements: Entspannungstraining, Raucherentwöhnung, Ernährungsberatung, Massagen, usw.. Gemein ist diesen, dass sie den Mitarbeiter/die Mitarbeiterin wappnen möchte gegen Belastungen der alltäglichen Arbeit.

Arbeit kann jedoch auch Kraftquelle und etwas Sinnstiftendes und damit eine Gesundheitsressource darstellen. Dieser Idee verschrieben, griff das GePP-Projekt in die Organisation ein und änderte in richtig starkem Maße die Arbeitswelt der psychiatrisch Pflegenden. Die Arbeitsbedingungen von knapp 250 Menschen wurden verändert, sie kamen in neue Rollen, hatten neue Aufgaben und mussten sich anderen Personen und Berufsgruppen gegenüber anders verhalten.

Wir möchten uns zunächst bei eben jenen Pflegekräften und Führungskräften für ihr großes Engagement, ihren langen Atem, ihre Kreativität und ihren Mut bedanken.

Zudem möchten wir den Menschen Dank sagen, die uns im Rahmen des Projektbeirates und der Expertenrunde über die gesamte Projektlaufzeit begleitet und beraten haben:

- Frau Beate Eggert (Geschäftsführerin der Unfallkasse RLP)
- Frau Doris Bartelmes (Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz)
- Frau Prof. Dr. Renate Stemmer (Kath. Fachhochschule Mainz)
- Herr Dr. Wolfgang Guth (Ärztlicher Direktor des Landeskrankenhauses (AöR))
- Herr Andreas Wörner (Vorsitzender des Gesamtpersonalrats des Landeskrankenhauses (AöR))
- Herr Martin Schlimmer-Bär (Personalratsvorsitzender Pfalzklinikum für Psychiatrie und Neurologie AdöR)
- Herr Paul Bomke (Geschäftsführer des Pfalzklinikums für Psychiatrie und Neurologie AdöR)
- Frau Fuchs (Pädagogischen Leiterin des Heimbereichs des Pfalzklinikums für Psychiatrie und Neurologie AdöR)
- Frau Dagmar Kaiser (Pflegevorstand der Universitätsmedizin Mainz)

- Frau Rita Lorse (Pflegedirektorin der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach)
- Herr Karlheinz Saage (Direktor Heime/Heimleiter der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach)
- Herr Dr. Kai Lüken (Unfallkasse RLP)
- Frau Antje Stöwesandt (Unfallkasse RLP)
- Herr HD Dr. Markus Höffer-Mehlmer (Johannes Gutenberg-Universität Mainz)

Zudem möchten wir uns bei Herrn Dr. Georg Hauck, Herrn Dr. Wilfried Zinn und Frau Maren Deringer der Forschungsgruppe Metrik für Ihre Unterstützung bei der Datenerhebung und -auswertung bedanken.

Ein weiterer Dank gilt Frau Maria Heuvelmann, Frau Sigrun Lauermann und Frau Apollonia Götten sowie dem gesamten Team der Rhein-Mosel-Akademie Andernach für die profunde Beratung sowie die professionelle Organisation und Durchführung der Qualifizierungsmaßnahmen.

Unser besonderer Dank gilt dem Geschäftsführer des Landeskrankenhauses (AöR), Herrn Dr. Gerald Gaß, der uns in vielfältiger Hinsicht bei der Durchführung der Organisationsentwicklungsmaßnahme und der Begleitforschung begleitet und unterstützt hat.

Frank Müller

Pflegedirektor und Projektleiter
Rheinhessen-Fachklinik Alzey

André Hennig

Projektmanagement und Begleitforschung
Rheinhessen-Fachklinik Alzey

Inhaltsverzeichnis

I. Kurzbericht 6

II. Projektbericht 9

1. Einleitung 9
2. Projektarchitektur 10
   2.1 Projektförderung und -unterstützung 10
   2.2 Projektbegleitung und -beratung 10
3. Projektmotivation 11
4. Belastungen der pflegerischen Arbeit 12
   4.1 Belastungen der Pflege allgemein 12
   4.2 Besondere Belastungen psychiatrischer Pflege 14
5. Gesundheitsressourcen 16
   5.1 Theoretisches Verständnis von Gesundheitsressourcen 16
   5.2 Gesundheitsressourcen pflegerischer Arbeit 17
6. Zielsetzung und Paradigma im GePP-Projekt 22
7. Interventionen 23
   7.1 Das Qualifikationskonzept 24
   7.2 Spezifische Intervention: RokoKom©-Konzept 26
   7.3 Allgemeine Intervention: Salutogenes Veränderungsmanagement 26
8. Forschungsdesign 28
   8.1 Fokus-Gruppen 29
   8.2 Befragung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter 30
   8.3 Interventions- und Kontrollgruppendesign 32
   8.4 Solomon-Vier-Gruppen-Design 34
9. Forschungsergebnisse 35
   9.1 Qualitative Evaluationsergebnisse 35
   9.2 Übergreifende Ergebnisse des Solomon-Vier-Gruppen-Designs ... 40
   9.3 Stationsbezogene Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung 42
10. Interpretation und Diskussion der Ergebnisse 49
11. Identifikation möglicher Einflussfaktoren 50
12. Reflexion und Schlussfolgerungen 52
13. Literaturverzeichnis 54

ANHANG:

Anhang A: Statistische Ergebnisse der einzelnen Stationen
Anhang B: Anschreiben an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu Beginn
Anhang C: Anschreiben an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur individualisierten Ergebnisrückmeldung
Anhang D: SALSA-Fragebogen
Anhang E: Anonymitäts- und Einverständniserklärung
Anhang F: Übersicht der Qualifizierungsinhalte

Landeskrankenhaus (AöR)
Rheinhessen-Fachklinik Alzey
GePP-Projekt: Gesund Psychiatrisch Pflegen

Pflegedirektor, Heim- und Projektleiter: Frank Müller
Projektmanagement und wiss. Evaluation: André Hennig

Dautenheimer Landstraße 66
55232 Alzey

Telefon: 06731 / 50-1562
Fax: 06731 / 50-1524

eMail: f.mueller@rheinhessen-fachklinik-alzey.de
www.landeskrankenhaus.de

I. Kurzbericht

Projektmotivation

Im Rahmen einer Erörterung einer Arbeitsunfähigkeitsanalyse wurde deutlich, dass der Arbeitsunfähigkeitsquotient der Rheinhessen-Fachklinik Alzey (RFK) im Jahr 2006 mit 7,0 % weit über dem rheinland-pfälzischen Durchschnitt (4,7 %) lag. Ein tieferer Blick lies erkennen, dass psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen in der RFK weit häufiger Ursache für die Arbeitsunfähigkeit waren, als im rheinland-pfälzischen Vergleich aller Berufsbranchen.

Zielsetzung und Projektrahmen

In 4 psychiatrischen Krankenhäusern in Rheinland-Pfalz[1] wurde auf 16 Stationen (~250 Mitarbeiter) ein Projekt durchgeführt, um gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen zu entwickeln. Das wissenschaftliche Modellprojekt wurde durch die Unfallkasse Rheinland-Pfalz und das damalige Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (aktuell Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz) gefördert.

Intervention

Über eine Schulung sowohl des mittleren sowie des oberen Managements wurde in deren Folge eine Organisationsentwicklungsmaßnahme (OE) auf den Projektstationen durchgeführt. Das GePP-Projekt unterscheidet analytisch zwei OE-Maßnahmen voneinander, die in praktischer Hinsicht jedoch untrennbar sind. Einerseits wurde das sogenannte RokoKom©-Konzept auf den Projektstationen eingeführt, was die Rollen, Verantwortungsbereiche und Kommunikationswege auf der Station disziplinär sowie interdisziplinär veränderte. Anderseits wurde der Art und Weise der Einführung des Konzepts große Aufmerksam zu Teil, denn „viel hängt davon ab, wie der Wandel gestaltet wird“ (DAK-BGW 2005, 4). Dieses in praxi-Bringen eines Konzeptes wurde salutogen orientiert und war Aufgabe des mittleren Managements.

[1] Rheinhessen-Fachklinik Alzey, Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach, Pfalzklinikum Klingenmünster und Universitätsmedizin Mainz

Wissenschaftliche Begleitung und Ergebnisse

Über schriftliche Befragungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie vergleichbarer Kontrollstationen zum Zeitpunkt vor und nach der OE-Maßnahme konnte statistisch signifikant nachgewiesen werden, dass in der Mehrzahl der Projektstationen folgende salutogene Wirkungen bei den Pflegenden zu erzielen waren:

- Reduzierung von Belastungen, wie z.B. Über- bzw. Unterforderung,
- Passung von Qualifikationsanforderungen und Verantwortung,
- Steigerung organisationaler Ressourcen (z.B. Aufgabenvielfalt, Partizipationsmöglichkeiten) und
- Steigerung sozialer Ressourcen (pos. Sozialklima, Unterstützung durch Kollegen).

Diesen positiven Ergebnissen entgegen, wiesen zwei Projektstationen im Vergleich der Ergebnisse vor und nach dem GePP-Projekt negative Effekte auf. Diese Effekte sind, nach intensiver Betrachtung, auf strukturelle Umbrüche[2] innerhalb und außerhalb der entsprechenden Projektstationen zurückzuführen. Demnach war die Wirkung dieser strukturellen Umbrüche den positiven Einflüssen des GePP-Projekts gegenüber dominant.

Eine weitergehende qualitative Analyse des Führungsverhaltens vor dem Hintergrund der positiven Ergebnisse lässt die Schlussfolgerung zu, dass das salutogene Potential des GePP-Konzepts dann geweckt wurde, wenn die Führungskräfte:

- nachhaltig und authentisch für eine positive Wahrnehmung der Veränderungen bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern warben;
- die Wirkung der Rahmenbedingen (z.B. Personalmangel, Fluktuation) auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter moderierten und
- die Anforderungen des RokoKom©-Konzepts mit den Fähigkeiten und den Selbsteinschätzungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Einklang brachten.

Diesen Schlussfolgerungen nach, ist die derzeit vorherrschende Trennung zwischen Konzepten und der Art ihrer Einführung aus Sicht der Projektverantwortlichen nur

---

[2] Allen Beteiligten am GePP-Projekt wurde Vertraulichkeit und der Schutz Ihrer Daten zugesagt. Um ein Erkennen der hier gemeinten Stationen zu verhindern, wurde die tatsächlichen Vorkommnisse mit dem abstrakten Begriff „strukturelle Umbrüche“ chiffriert.

theoretisch sinnvoll; jedoch für die Praxis nicht zielführend. Zukünftig sollte dem „wie“ Veränderungen ein- und durchgeführt werden, eine weitaus größere Aufmerksamkeit zuteilwerden.

II. Projektbericht

1. Einleitung

„In vielen Ländern sind psychische Gesundheitsprobleme für 35-45% des Fernbleibens von der Arbeit verantwortlich“ (WHO 2006, S. 2). Auch in der Rheinhessen-Fachklinik Alzey zeigte eine Arbeitsunfähigkeitsanalyse aus dem Jahr 2006 deutlich, dass psychische Gesundheitsprobleme der AOK-versicherten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Rheinhessen-Fachklinik Alzey weit über dem rheinland-pfälzischen Durchschnitt lagen.

Das Wissen um die tiefgreifenden gesellschaftlichen Veränderungsprozesse und die Schlüsselrolle der Pflege sowie die Erkenntnis über das Ausmaß und die Ursachen der Arbeitsunfähigkeit in der Rheinhessen-Fachklinik Alzey lies die Idee für das Projekt: Gesund Psychisch Pflegen (GePP) entstehen.

Diese Projektmotivation wird im Weiteren dargestellt (siehe 3.). Zuvor werden all jene Akteure vorgestellt die gemeinsam durch ideelle, praktische und finanzielle Unterstützung die Architektur des Projekts bilden (siehe 2.). Durch diese Unterstützung konnte eine Zielsetzung für eine Praxisintervention theoretisch und empirisch erarbeitet werden, welche daran anschließend dargestellt wird (siehe 4. ff). Eine ausführliche Beschreibung der Intervention an sich, durch die eine salutogene Wirkung auf die psychiatrisch Pflegenden intendiert ist, wird daran anschließen (siehe 7.). Im Weiteren wird der Bericht das Forschungsdesign sowie das wissenschaftliche Vorgehen darstellen(siehe 8.). Die Ergebnisse und deren Interpretation sowie die gezogenen Schlussfolgerungen werden den Projektbericht schließen (siehe 9 ff). Eine Vielzahl an Anhängen ermöglichen dem Leser in spezifische Bereiche des Projekts tieferen Einblick zu nehmen.

2. Projektarchitektur

Das GePP-Projekt wurde in der Rheinhessen-Fachklinik Alzey initiiert und gemeinsam mit drei weiteren psychiatrischen Kliniken in Rheinland-Pfalz durchgeführt:

- Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach
- Pfalzklinikum für Psychiatrie und Neurologie Klingenmünster AdöR
- Universitätsmedizin Mainz

Insgesamt wurde das Projekt auf 16 Interventionsstationen innerhalb der vier Projekteinrichtungen durchgeführt, auf denen 242 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiten.

2.1 Projektförderung und -unterstützung

Das Modellprojekt sowie die wissenschaftliche Begleitung wurden durch die Unfallkasse Rheinland-Pfalz und das damalige Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (aktuell Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz) gefördert.

2.2 Projektbegleitung und -beratung

Die Projektaktivitäten wurden seit Beginn des Projektes von einem interdisziplinären Projektbeirat und einer Expertenrunde begleitet, evaluiert und abgestimmt. Jede Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung, die eine Veränderung der Strukturen bedeutet, bedarf einer breiten Legitimation und Zustimmung durch alle Akteursgruppen eben jenen Systems. Darüber hinaus ist der Fremdblick von Außenstehenden eine notwendige Bedingung, um nicht im Sumpf der Projektarbeit zu versinken und der Dynamik des Projekts gegenüber habhaft zu bleiben. Die Vernetzung mit und das Lernen von Akteuren der betrieblichen Gesundheitsförderung aus anderen Bereichen ist ein wichtiger Bestandteil des GePP-Projekts. Die Projektverantwortlichen griffen im Rahmen des interdisziplinären Projektbeirats und des Expertenbeirats auf die Expertise

- der Personalräte der Projekteinrichtungen
- der Unfallkasse Rheinland-Pfalz,
- des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz

- des Pflegemanagements,
- eines ärztlichen Direktors,
- einer Pflegewissenschaftlerin,
- eines Pädagogen,
- eines Unternehmensberaters und
- der Rhein-Mosel-Akademie zurück.

3. Projektmotivation

Im Rahmen einer Erörterung einer Arbeitsunfähigkeitsanalyse der AOK-Versicherten der Rheinhessen-Fachklinik Alzey wurde deutlich, dass der Arbeitsunfähigkeitsquotient der Rheinhessen-Fachklinik Alzey (RFK) im Jahr 2006 mit 7,0 % weit über dem rheinland-pfälzischen Durchschnitt (4,7 %) lag. Ein tieferer Blick lies erkennen, dass dabei psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen weit häufiger Ursache für die Arbeitsunfähigkeit waren, als im rheinland-pfälzischen Vergleich aller Berufsbranchen. Diese spezifischen Ergebnisse korrespondieren mit allgemeinen Erkenntnissen.

Bundesweit sind die Krankenstände in den Unternehmen derzeit rückläufig und so weist der DAK-BGW-Gesundheitsreport 2005 gegenüber dem Jahr 2004 einen Rückgang bei den Krankenständen um 0,3 Prozentpunkte auf 3,2% auf (vgl. DAK-BGW 2005). Eine Ausnahme stellen dabei allerdings die Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer Erkrankungen dar. Wie der DAK-BGW-Gesundheitsreport weiter ausführt, ist im Untersuchungszeitraum von 1997 bis 2001 die Zahl der Fehltage aufgrund der Krankheitsgruppe der „Psychischen und Verhaltensstörungen“ über 50% gestiegen (vgl. Ebd.).

Besonders betroffen von psychischen Erkrankungen ist, im Branchenvergleich der DAK, das Gesundheitswesen. Auf 100 DAK-Versicherte entfielen im Kalenderjahr 2004 im Bereich des Gesundheitswesens 174,9 AU-Tage aufgrund psychischer Störungen, im Durchschnitt aller DAK-Versicherten waren es 113,0 Tage (vgl. Ebd.). Analog dazu weist der BKK-Gesundheitsreport 2005 folgende Ergebnisse auf: „Psychische Erkrankungen hatten in 2004 im Gesundheits- und Sozialwesen mit über 12 % […] einen bedeutsamen Einfluss auf das AU-Geschehen. Im Gesundheits- und Sozialwesen hatte diese Erkrankung damit – ebenso wie im Vorjahr – einen größeren Einfluss auf den Krankenstand als Verletzungen“ (BKK 2005).

Mit Blick auf demographische und epidemiologische Entwicklungen gewinnen die Ergebnisse für Deutschland der europaweiten NEXT-Studie zusätzlich an Brisanz. Sehr hohe quantitative Arbeitsanforderungen, eine lediglich 5-jährige Verweildauer im Pflegeberuf und bei den Verbleibenden die häufig benannte Absicht den Pflegeberuf zu verlassen, lassen sich nicht mit einem wachsenden Pflegebedarf in Deutschland in Deckung bringen. So schlussfolgern die Verantwortlichen der NEXT-Studie, „dass in Deutschland akuter Handlungsbedarf zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen bei Pflegepersonal besteht. Langfristig wird ein Mangel an Fachpflegekräften den Arbeitsmarkt dominieren. Dann wird der Pflegeberuf eine attraktive Alternative zu anderen Berufen darstellen müssen“ (Hasselhorn; Müller 2005, S. 21).

Der Pflege kommt damit zukünftig eine Schlüsselrolle für die Gesellschaft zu. Gerade Krankenhäuser, die als Experten für die Gesundheit der Patienten gelten, sollten zu Experten gesundheitsförderlicher Arbeitbedingungen werden, um die Gesundheit ihrer Mitarbeiter aktiv zu fördern, aber auch, um ein attraktiver Arbeitgeber zu sein. Dieser Aufgabe und Zielsetzung verbunden, initiierten die Projekteinrichtungen das GePP-Projekt. Die Geschäftsführungen bzw. Direktorien der Projekteinrichtungen bekundeten dieses Engagement zu Beginn des Projekts gegenüber allen teilnehmenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (siehe Anhang B).

4. Belastungen der pflegerischen Arbeit

4.1 Belastungen der Pflege allgemein

Der Forschungstand zu Belastungen der pflegerischen Arbeit ist bereits gut fundiert, doch weiterhin noch überschaubar. Die Arbeitswissenschaft und -psychologie sowie die Gesundheitswissenschaften haben in den letzten beiden Jahrzehnten eine Vielzahl von psychischen Arbeitsbelastungen für die Pflege identifiziert. Dabei wurde zumeist keine Unterscheidung der jeweiligen pflegerischen Fachbereiche vorgenommen. Im Folgenden werden allgemeine Erkenntnisse zu Belastungen im Pflegebereich, die auch die psychiatrische Pflege betreffen, dargestellt, bevor deren spezifische Belastungen ausgewiesen werden.

Pflegeinhärente Belastungen

Eine Vielzahl von Belastungen können als der Pflege innewohnend betrachtet werden, sind demnach unabhängig von der jeweiligen fachlichen Ausrichtung, da sie strukturell bedingt sind: z. B. Aspekte wie Rationalisierungen in deren Folge Mehrarbeit und ein verstärkter Zeitdruck zu verzeichnen sind. Weitere, alle Fachbereiche umfassende Belastungen ergeben sich aus der Schichtarbeit und der Arbeit in einer Doppelhierarchie[3]. Zudem sind physische Belastungen, wie „das schwere Heben, Tragen und Lagern von Patienten, Kontakt zu toxischen, mutagenen und allergenen Stoffen (z.B. Latex, Desinfektionsmittel, Infektionsgefahren, Lärm, mangelhafte Beleuchtung und Belüftung, sowie die Gefahr von Stich- und Schnittverletzungen“ (nach Hofmann 1994; Glaser/Höge 2005, S. 562) auch - zwar in geringerem Umfang - in der psychiatrischen Pflege gegeben. Die Konfrontation mit allen existenzbedrohenden Momenten des Menschseins, d.h. Tod, Siechtum, Luftnot, Sterbeängsten oder auch Schmerzen überfordern oftmals individuelle Schutzmechanismen der Pflegenden.

Belastungen im Zuge von Modernisierungsprozessen

Eine weitere Belastung, deren Bedeutung und Wirkung u.a. durch Interviews mit psychiatrisch Pflegenden der 4 Projekteinrichtungen aufgezeigt werden konnte, geht mit den Modernisierungsprozessen im Pflege- sowie im ganzen Klinikbereich einher. Die Logik der Qualitätssicherung dringt seit Jahren nachdrücklich in die Pflege (Dokumentationsanforderungen, Pflegestandards, Qualitätsmanagement, etc.), fordert eine prospektive Planung und Evaluation ein und steht damit der täglichen pflegerischen Arbeitslogik, die reaktiv ist, entgegen. Die Einführung und der Ausbau elektronischer Datenverarbeitung bewirken vielfältige Belastungen: teils zu wenige EDV-Arbeitsplätze und damit Wartezeiten, technische Überforderungen oder bei Fehleingaben ein hoher Zeitaufwand für die Korrektur. Der Eingang pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse[4] in die Alltagspraxis und deren implizite sowie explizite Forderungen stellen durchgängig Lernanforderungen an Pflegende und führen den Unterschied zwischen gewünschter und erfahrener Arbeitsrealität vor

[3] Unterstellung und Weisungsgebundenheit gegenüber der Medizin und der Pflegedienstleitung (Ausnahme: Altenpflegeheime).

[4] Z.B. die Einführung der Expertenstandards zu den Themen: Schmerzmanagement, Entlassungsmanagement, Dekubitusprophylaxe, Sturzprophylaxe, etc.

Augen. Veränderungen rechtlicher und finanzieller Bedingungen wirken in die Pflege hinein; der Pflegeberuf tritt Zusehens in die Öffentlichkeit und verliert dabei an Reputation. Eine Pflegekraft kennzeichnet die große Belastung all dieser Veränderungsprozesse mit „der Ausnahmezustand wird zum Dauerzustand“.

Führung im Zuge von Modernisierungsprozessen

Der Führung im Zuge von Veränderungsprozessen kommt eine besondere Bedeutung zu. Eine Vielzahl an Studien und auch die eigens durchgeführte Erhebung verdeutlichen, dass die Belastungen im Zuge der Veränderungsprozesse oftmals mit einer zusätzlichen Belastung durch geringe Führungsqualität begleitet sind. Eine von der Initiative Gesundheit & Arbeit im Jahre 2003 durchgeführte Expertenbefragung erbrachte, dass annähernd 80% der mehr als 500 befragten Arbeits- und Gesundheitsschutzexperten aller Branchen die Einschätzung vertreten, dass „schlechtes Führungsverhalten“ neben „Zeitdruck“ und „Arbeitsplatzunsicherheit“ zu den drei relevantesten Faktoren zählen, die zu psychischen Fehlbelastungen führen können (IGA 2004, S. 5).

4.2 Besondere Belastungen psychiatrischer Pflege

Den bisher dargestellten Belastungen sehen sich die meisten Pflegenden fachbereichsübergreifend gegenüber. Für die psychiatrische Pflege konnten weitere dominante Belastungen identifiziert werden, die sicherlich jedoch auch auf den einen oder anderen Bereich der somatischen Pflege zutreffen.

Rollen- und Aufgabendiffusität

In der psychiatrischen Pflege besteht eine ausgeprägte Rollen- bzw. Aufgabendiffusität. Das bedeutet, die psychiatrische Pflege ist im Zusammenspiel der unterschiedlichen Berufsgruppen kaum zu verorten. Für die kooperierenden Berufsgruppen der Ärzte, Psychologen, Physio- oder Ergotherapeuten bestehen klarere Aufgaben- und Verantwortungsbereiche. Die körperliche Pflege, als genuiner Verantwortungsbereich der somatischen Pflege, ist in der psychiatrischen Pflege seltener. Kommunikation und Beziehungsaufbau sind zentrale Tätigkeiten der Pflege, aber auch der anderen Berufsgruppen. Deren Kommunikation und Beziehung hat per definitionem einen therapeutischen Impetus, die der Pflege jedoch nicht. Pflege

arbeitet darüber hinaus den anderen Berufsgruppen zu, überwacht die Therapieeinhaltung der Patienten, begleitet Patienten bei den Wechseln zwischen den unterschiedlichen Therapieangeboten und zeigt sich lediglich für die Befriedigung der Grundbedürfnisse allein verantwortlich. Eine Metapher beschreibt die psychiatrische Pflege im systemischen Zusammenhang folgendermaßen: Psychiatrische Pflege ist kein eigenes Zahnrad im Getriebe einer psychiatrischen Klinik, wie beispielsweise Ärzte, Psychologen oder Sozialarbeiter, sondern ist das Öl, welches deren Bewegungen schmiert und erst möglich macht. Diese täglichen Erfahrungen stehen im Kontrast zum Wunsch nach einer eigenen beruflichen Identität und dem Anspruch eine Profession sein zu wollen. Psychiatrisch Pflegende erfahren in Ihrer Arbeit kaum Berücksichtigung durch andere Berufsgruppen, müssen jedoch Ihre Arbeit auf die Belange der Anderen abstellen. Dies wird als fehlende Reziprozität empfunden. Pflege empfindet sich zum Teil „ferngesteuert", stetig alternierend zwischen Patientenbedürfnissen, den Anforderungen anderer Berufsgruppen und Suchen darin nach dem Eigenen.

Geringe Selbstwirksamkeitserfahrungen[5]

Psychiatrische Pflege lässt derzeit wenige Selbstwirksamkeitserfahrungen in Form von pflegerischen Erfolgen zu. „Die Pflegenden trachten danach, die Defizite der Patienten zu beseitigen, was oft als nicht lösbare Aufgabe erkannt wird" (Wolff 2002, S.305), damit werden kaum mehr positive Erwartungen an die eigene Arbeit geknüpft**.** „Hilflos macht ferner, dass kaum die Idee besteht, die Krankheiten ließen sich durch gezielte Interventionen entscheidend beeinflussen" (Ebd., S. 305). Die so genannten „Drehtürpatienten" kennzeichnen diese Eigenwahrnehmung der psychiatrisch Pflegenden sehr treffend.

Konfrontation mit psychischen Erkrankungsphänomenen

Die Pflege von psychisch erkrankten Menschen fordert psychiatrisch Pflegende teils auf besondere Weise. Psychiatrische Patienten bedürfen einer verlässlichen und kongruenten Beziehung zu den Pflegekräften. Diese sehen sich jedoch häufig mit Verhaltensweisen der Patienten konfrontiert, die eine solche Beziehung gefährden:

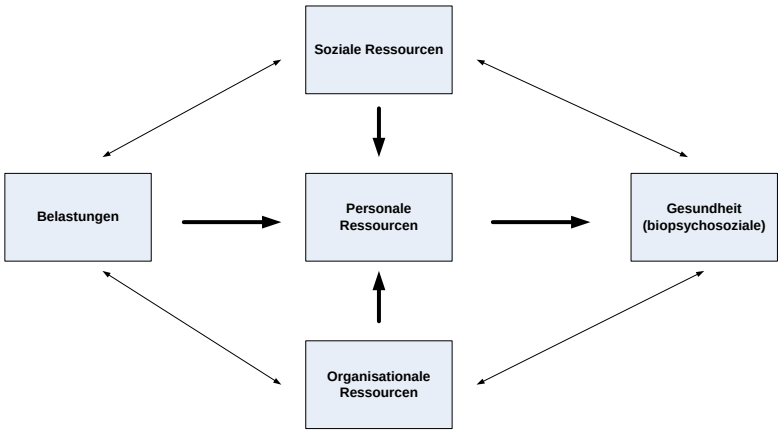
[5] Dieser Begriff ist nicht zu verwechseln mit der von Bandura beschriebenen Selbstwirksamkeitserwartung.

Patienten versuchen Pflegekräfte für Ihre Anliegen zu gewinnen, spielen Mitarbeiter unter einander aus, halten sich nicht an Struktursetzungen, können übergriffig werden, verschwinden, suizieren sich oder verletzen beispielsweise soziale Normen. Dieses Verhalten ist zumeist krankeitsassoziiert, belastet dennoch die Pflegekräfte. Ein stimmiges Verhältnis von Nähe und Distanz zu schaffen, mit möglichst wenig Projektionen, Abwehr, Ablehnung oder Ängsten ist eine stetige Aufgabe psychiatrisch Pflegender. Solche Anforderungen an die Beziehungsarbeit sind stark belastend. Psychiatrische Phänomene, wie Schizophrenie, Wahn, Depression, Manie, Sucht können im Sinne eines Spiegelphänomens auf die psychiatrisch Pflegenden wirken: Unbewusste intrapsychische Prozesse werden durch die Konfrontation mit den Symptomen psychiatrischer Erkrankungen evoziert und werden häufig mit Ängsten, teils mit Süchten beantwortet.

5. Gesundheitsressourcen

5.1 Theoretisches Verständnis von Gesundheitsressourcen

Theoretisch betrachtet ist das personale System vom Umweltsystem zu unterscheiden. Beide wirken aufeinander, wobei das Umweltsystem das Potential zu Eigen ist krankmachend zu wirken. Das personale System hingegen greift zum Schutz und zur Abwehr auf physische, psychische und soziale Funktionen zurück. Nach Rimann und Udris wird wird Gesundheit als ein „Prozess der Erzeugung, Aufrechterhaltung und Wiederherstellung einer dynamischen Balance“ (Rimann, Udris 1997, S. 282) verstanden. In diesem Prozess nutzt und beeinflusst der



Vereinfachtes Belastungs-Ressourcen-Gesundheits-Modell (Udris 2006, S.7)

Mensch die personalen und situativen Bedingungen in Austausch- und Kommunikationsprozessen. Dadurch strebt er eine Bewältigung von Anforderungen und Belastungen an. Im Rückgriff auf Ressourcen versucht der Mensch Anforderungen und Belastungen zu bewältigen und zwar zum Zweck der Salutogenese, d.h. zum Aufbau seiner Gesundheit und zur „Selbstorganisation und Selbsterneuerung des `gesunden´ Systems Individuum“ (Rimann, Udris 1997, S. 283).

5.2 Gesundheitsressourcen pflegerischer Arbeit

„Die Verfügbarkeit geeigneter Ressourcen kann nicht nur das Ausmaß der (wahrgenommenen) Belastungen und Stressoren reduzieren, sondern wirkt auch direkt gesundheitsfördernd“ (Lasshofer 2006, S. 45). Die Gesundheitswissenschaften identifizierten eine Vielzahl von betrieblichen Ressourcen, denen oben genannte Wirkung zugesprochen wird. Nach Busch (1998) können diese in Ressourcen der Arbeitstätigkeit, in allgemeine betriebliche Ressourcen und soziale Ressourcen unterschieden werden (vgl. Busch 1998, in Lasshofer 2006, S. 45 ff.).

Vollständigkeit (bzw.) Ganzheitlichkeit der Arbeitsaufgabe

„Es erfasst den Grad, zu dem bei der Arbeit eine Aufgabe vollständig, d.h. vom Beginn bis zum Ende und mit einem erkennbaren Ergebnis bearbeitet wird“ (Rimann & Udris 1997). „Es beschreibt somit, inwieweit eine Arbeitsaufgabe sowohl planende als auch ausführende und kontrollierende Bestandteile hat“ (Lasshofer 2006, S. 48). Gleichzeitig sind ganzheitliche Tätigkeiten variabel und komplex und stellen damit hohe Denk- und Planungsanforderungen und bieten durchgängig Lernmöglichkeiten. „Somit fördern sie die fachlichen und sozialen Kompetenzen der Beschäftigten und wirken folglich gesundheitsfördernd“ (Ebd.).

Handlungs-, Kontroll- und Entscheidungsspielraum

Diese Konstrukte werden in der Literatur auch mit den Begriffen der Flexibilität und Autonomie in der Tätigkeit assoziiert. Die Kontrolle, demnach inwieweit die betreffende Person Entscheidungen treffen kann und somit Kontrolle für sich erreicht, wurde von vielen Autoren in ihrer Bedeutung für die Gesundheit nachgewiesen.

Zudem gilt durch viele arbeitspsychologische Untersuchungen als bewiesen, dass „Personen, die Art, Inhalt und Abfolge ihrer Arbeitsschritte weitgehend selbst bestimmen können, nicht nur zufriedener mit ihrer Arbeit sind, sondern ein geringeres Risiko für psychische und körperliche Krankheiten haben“ (Simon et al. 2005, S. 22). Eine Person kann nur auf Grundlage einer Rollen- und Verantwortungsklarheit diese Spielräume wahrnehmen und für sich positiv erfahren.

Passung: Qualifikationsanforderungen und Verantwortung

Einerseits fanden Udris & Rimann einen positiven Zusammenhang zwischen Qualifikationsniveau (Ausbildung) dem Verantwortungsniveau und der Höhe der SOC-Werte (Kohärenzgefühl), was positiv mit psychosozialer Gesundheit korreliert. Darüber hinaus ist ebenfalls eine fachliche, qualitative und quantitative Passung, d.h. weder eine Unter- noch eine Überforderung und die Möglichkeit zur Anwendung des Wissens und Könnens, von gesundheitlicher Bedeutung (vgl. Lasshofer 2006).

Reziprozität/ Gratifikationskrise

Siegrist erkennt in dem Schlittern in die Gratifikationskrise die Verletzung des Gleichgewichts zwischen Arbeitspensum und Belohnung (vgl. Siegrist 1996). Vermutlich wird das uralte, evolutionär verankerte Prinzip sozialer Reziprozität verletzt. Das heißt nicht anderes, als das eine Hand nun mal die andere wäscht: Wenn ein Mensch etwas Gutes tut, erwartet er dafür etwas Gleichwertiges zurück. Wird ihm dies dauerhaft verwehrt, schnappt die Stressfalle zu (vgl. Ebd.). Bezogen auf Pflegekräfte bedeutet dies: Erhalten sie aus ihrer subjektiven Sicht das zurück, was sie aus ihrer subjektiven Sicht geben? Ein Ungleichgewicht aus Verausgabung und Belohnung ("berufliche Gratifikationskrise") ruft nicht nur Zustände "innerer Kündigung" hervor, sondern wirkt sich auch negativ auf die Gesundheit aus, mit Folgen wie schlechte subjektive Gesundheit (Auswirkung auf Fehlzeiten) und verschiedene körperliche Störungen (v. a. Herz-Kreislauf-Risiken, Depression, Suchtneigung) (vgl. Ebd.).

Aufgabenteilung und Partizipationsmöglichkeiten

Die Forderung nach vollständigen Arbeitsaufgaben ist kaum realisierbar in Organisationen, die Entscheidungs- und Gestaltungsbefugnisse zentralisieren und damit einzelnen Beschäftigten bzw. Beschäftigtengruppen keine oder nur geringe Autonomie gewähren. Erst flache Hierarchien und Dezentralisierung schaffen die strukturellen Möglichkeiten, die Beschäftigten partizipativ in die Gestaltung ihrer Arbeitsprozesse einzubinden und ihnen Kontrolle zu ermöglichen (vgl. Bamberg & Metz 1998). „Betriebliche Möglichkeiten der Mitbestimmung und Partizipation stellen insbesondere deshalb wichtige Ressourcen für die Mitarbeiter dar, weil sie die Entwicklung der Handlungsfähigkeit positiv beeinflussen (vgl. Bamberg et al. 1998) und infolge dessen auch zu höheren Selbstwirksamkeitserfahrungen führen“ (Lasshofer 2006, S. 51). Für den Bereich der Pflege lässt sich folgende Differenzierung vornehmen:

- Partizipation an Entscheidungs- und Optimierungsprozessen (Arbeitsablauf und Inhalt)
- Partizipation am Behandlungsverlauf und –erfolg und damit einhergehende Verantwortung.

Kommunikations- und Kooperationsmöglichkeiten

„Insbesondere verlangt eine erfolgreiche Arbeit in teilautonomen Gruppen gut gestaltete Kommunikationsweisen und -wege. Die arbeitsteilige Kooperation zur Erfüllung der gemeinsamen Aufgaben kann nämlich nur dann gelingen, wenn effiziente Informations- und Kommunikationsstrukturen gegeben sind, die sichern, das die jeweils notwendigen Informationen zum richtigen Zeitpunkt und in der erforderlichen Qualität vorliegen“ (Lasshofer 2006, S. 51). Dies ist die Voraussetzung zur Wahrnehmung der Ressourcen Transparenz, Antizipierbarkeit und vollständige Information. Diese sind wiederum eine wesentliche Voraussetzung für Handlungs- und Entscheidungsspielraum, da erst durch sie eine sinnvolle Planung und Kontrolle der individuellen Arbeit und der Arbeit von Beschäftigtengruppen ermöglicht wird (vgl. Bamberg & Metz, 1998). Zudem befördern Sie das Erkennen der Notwendigkeit und der Vorteile von organisationalen Veränderungen.

Vertrauen in Führung

„Vertrauensvolles Verhalten bedeutet in einer Situation

- die Bereitschaft einer Person gegenüber einer anderen Risiken einzugehen und sich damit verwundbar zu machen,
- dabei freiwillig auf Verhaltenskontrolle verzichtet und
- von dem Wohlwollen des anderen ausgeht.
- Vertrauen ist „eine riskante Vorleistung“ „*(Luhmann, 1989),*
- die die Chance bietet, dass das Vertrauen mit Gegenvertrauen honoriert wird,
- so dass eine positive Vertrauensspirale in Gang gesetzt werden kann.

Entscheidend für das Vertrauen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist das Verhalten der Führungskraft, die den ersten Schritt machen und die Vertrauensspirale in Gang setzen kann“ (Fritz & Sonntag 2008). Dies kennzeichnet u.a. ein mitarbeiterorientiertes Führungsverhalten.

Anerkennung, Wertschätzung, „Gesehen-werden“

Diese Ressourcen unterstützen den Prozess und das Streben des Menschen „den Selbstwert zu erhalten, vor Angriffen zu schützen oder zu erhöhen“ (Semmer et al. 2006, S. 87). Ein hoher Selbstwert hat positive Implikationen für das Wohlbefinden und die Gesundheit.

Das bedeutet keineswegs eine Reduzierung auf subtiles Loben. „Anerkennung heißt auch, Interesse an der Arbeit einer Person zu zeigen, deren Probleme ernst zu nehmen, sie um Rat zu fragen, ihre Vorschläge anzuhören oder Bevormundung zu vermeiden. Die Übertragung verantwortungsvoller und der Kernrolle entsprechende Aufgaben signalisiert Wertschätzung, ebenso das Gewähren von Entscheidungsspielräumen, während ständige Kontrolle oder rigide Vorschriften Misstrauen oder Geringschätzung signalisieren können“ (Ebd. S. 93).

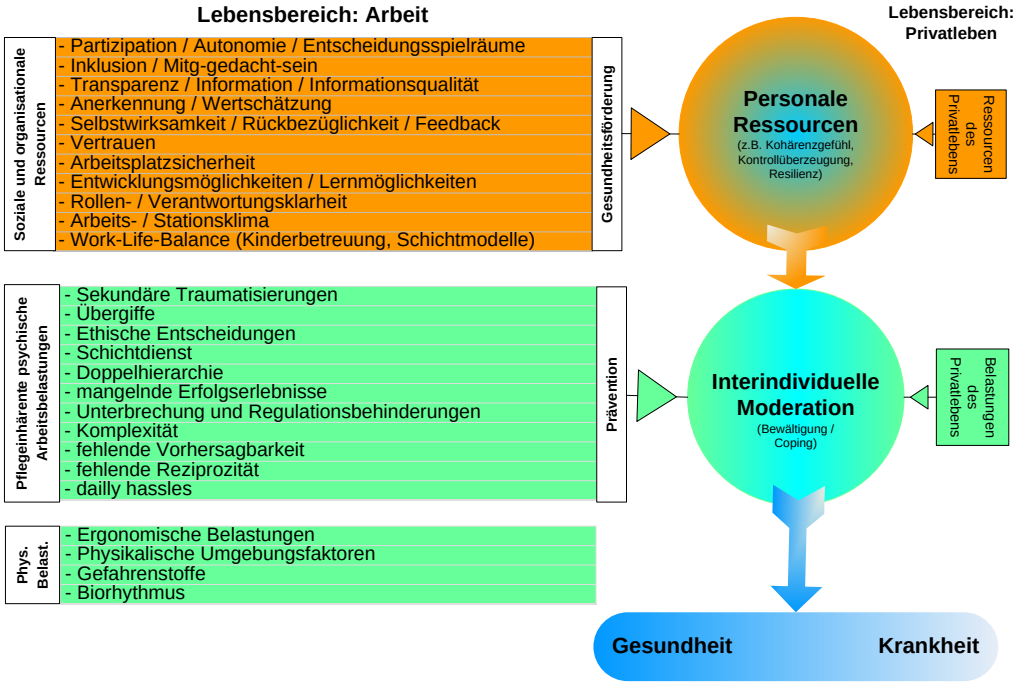
Soziale Unterstützung

„Von der sozialen Unterstützung werden von Frese und Semmer (1991) zwei Wirkungsweisen [empirisch nachgewiesen]: Eine direkte stressreduzierende Wirkung sowie eine Pufferwirkung, welche den Zusammenhang von Stressoren und Stresserleben mildert“ (Frese und Semmer 1991; in Lasshofer 2006, S. 53). „Soziale Unterstützung ist durch aktive Hilfeleistung (z.B. „Mit-Zupacken“, Unterstützung durch

Informationen), emotionale Unterstützung und Bestätigung der moralischen und sachlichen Richtigkeit von Aussagen und Handlungen gekennzeichnet“ (Ebd.). Diese Unterstützung kann durch sowohl Vorgesetzte sowie Kollegeninnen und Kollegen, als auch durch Bekannte und Partner/Partnerinnen gegeben werden. In einer Längsschnittstudie an finnischen Arbeitern und Arbeiterinnen erweist sich die Unterstützung durch Vorgesetzte ebenfalls als Einflussfaktor mit der besten Langzeit-Vorhersagekraft für Burnout, wobei mehr Unterstützung durch Vorgesetzte das Risiko von Burnout deutlich mildert (vgl. Ebd.).

Die bisher gewonnenen theoretischen Erkenntnisse zur Wirkung und Bedeutung von Ressourcen der Arbeit in Hinblick auf die Gesunderhaltung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird nun anschließend noch einmal in einem Schaubild verdeutlicht.

Gesundheits-Krankheits-Modell



Das vorstehende Gesundheits-Krankheitsmodell, in Anlehnung an das vereinfachte Belastungs-Ressourcen-Gesundheits-Modell nach Udris (Udris 2006, S.7) differenziert physische sowie psychische Arbeitsbelastungen der Pflege, die den Menschen herausfordern. Zur Bewältigung (Coping) dieser Herausforderung setzt der

Mensch personale Ressourcen ein, die wiederum im Rückgriff auf gegebenenfalls vorhandene soziale und organisationale Ressourcen der Arbeit eingesetzt werden. Die je individuelle Moderation der Ressourcen und der Belastungen entscheidet über die Verortung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum.
In dem Modell wurden auch Belastungen sowie Ressourcen des Privatlebens zur Vervollständigung aufgeführt, jedoch optisch klein gehalten, da im Rahmen des GePP-Projekts darauf kein Einfluss genommen wurde.

6. Zielsetzung und Paradigma im GePP-Projekt

In der betrieblichen Gesundheitsförderung werden zwei zentrale Vorgehensweisen von einander unterschieden. Der pathogenetische Ansatz fokussiert nicht die Gesundheit sondern ist bestrebt krankmachende Einflüsse der Arbeit (Belastungen) zu reduzieren oder zu vermeiden. Eine weitere Vorgehensweise, die eines grundsätzlichen Umdenkens bedarf, ist die der Salutogenese (siehe Antonovsky).

Zielsetzung des GePP-Projekts war der salutogenetischen Betrachtungsweise folgend, die tägliche Arbeit der psychiatrisch Pflegenden mit mehr Gesundheitsressourcen auszugestalten. Denn wir wissen heute: „Personen, die mehr Ressourcen zur Verfügung haben bzw. nutzen, stufen Belastungen weniger häufig als stressauslösend ein und nehmen daher auch weniger Situationen als belastend und stressreich war“ (Lasshofer 2006, S. 40). Zudem beruht diese paradigmatische Ausrichtung auf der Erkenntnis, dass viele Belastungen der psychiatrischen Pflege inhärent und damit nicht vermeidbar sind (z.B. 3-Schich-System, Übergriffe durch Patienten, Einführung aktueller Wissensbestände).
Die meisten Krankenhäuser Deutschlands verfügen mittlerweile über ein profundes betriebliches Gesundheitsmanagement. Dieses besteht sehr oft aus Maßnahmen, die außerhalb der täglichen Arbeitsstrukturen angeboten werden, wie z.B. Gesundheitstage, Gutscheine für Fitness-Studios, Massagen für Mitarbeiter oder Fortbildungen zum Thema Gesundheit, rückenschonendes Arbeiten, Stressbewältigung oder Burnout-Vorbeugung. Gemein ist diesen Maßnahmen, dass sie Menschen außerhalb der Arbeit stärken möchte, um innerhalb der Arbeit bestehen

zu können. Diesem Gedanken folgend, ist Arbeit ein Gegenspieler in Sachen Gesundheit.

Das GePP-Projekt hat sich vor diesem Hintergrund zum Ziel gesetzt, die Arbeitsrealität der psychiatrisch Pflegenden salutogen zu gestalten, so dass eine Vielzahl von Gesundheitsressourcen wahrnehmbar werden. Konkret sollen folgende Ziele durch das GePP-Projekt erreicht werden:

- die Qualifikation kann umfassender eingebracht werden
- weitere Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten entstehen
- die Wirkung des eigenen Handelns wird erfahrbarer (Selbstwirksamkeit)
- Partizipation an der Behandlungsplanung und Durchführung
- transparente und anerkannte Rolle im interdisziplinären Team
- umfassende Verantwortlichkeit und vollständige Tätigkeit

Über diesen Weg hoffen die Verantwortlichen, Arbeit an sich zur Ressource werden zu lassen.

7. Interventionen

Das GePP-Projekt unterscheidet zwei Arten von Interventionen. Die Projektintervention (1), welche die Wohnbereichs-/Stationsleitungen dahingehend qualifiziert, eine Praxisintervention (2) durchzuführen. Demnach war die Qualifikation des mittleren und oberen Pflegemanagements die eigentliche Projektintervention, die außerhalb der Regelstrukturen stattfand. Innerhalb der Regelstrukturen des Arbeitsalltags führten die Wohnbereichs-/Stationsleitungen, mit Unterstützung Ihrer Vorgesetzten, eine Praxisintervention durch. Diese ist analytisch noch einmal zu differenzieren. Einerseits wurde das sogenannte RokoKom©-Konzept (siehe dazu 7.2) auf den Projektstationen eingeführt, was die Rollen, Verantwortungsbereiche und Kommunikationswege auf der Station disziplinär sowie interdisziplinär veränderte (Organisationsentwicklungsmaßnahme). Anderseits wurde der Art und Weise der Einführung des Konzepts große Aufmerksam zu Teil, denn „viel hängt davon ab, wie der Wandel gestaltet wird“ (DAK-BGW 2005, 4). Dieses in praxi-Bringen des RokoKom©-Konzepts orientierte sich am Ansatz des salutogenen Veränderungsmanagements (siehe dazu 7.3), die nachfolgend beschrieben werden.

Zuvor wird jedoch die Qualifizierung der Wohnbereichs-/Stationsleitungen sowie ihrer Vorgesetzten dargestellt.

7.1 Das Qualifikationskonzept

Das Qualifizierungskonzept orientiert sich streng an der Zielsetzung und dem salutogenen Paradigma des GePP-Projekts (siehe dazu 6.). Im Zentrum der Qualifizierungsmaßnahme steht die Umsetzung des Konzeptes „RokoKom© in GePP“ auf den 16 Projektstationen innerhalb der 4 Projekteinrichtungen.
Zur Umsetzung des GePP-Projekts wurden die 16 Wohnbereichs-/Stationsleitungen der Interventionsstationen sowie deren Vorgesetzte aus dem oberen Pflegemanagement qualifiziert.

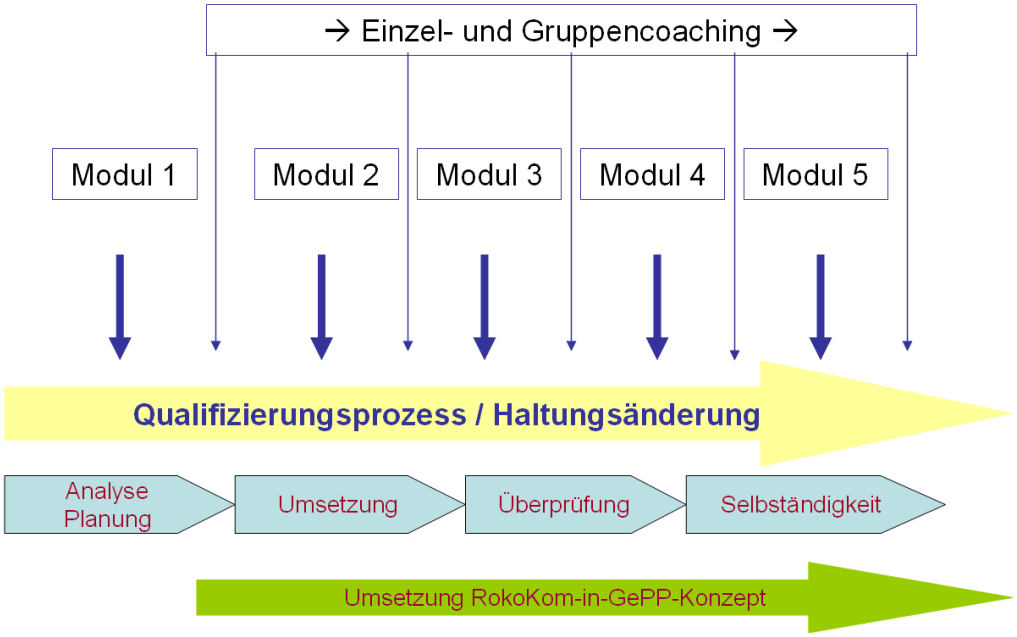
Qualifizierung des mittleren Managements (Wohnbereichs-/Stationsleitungen)

Die Qualifizierungsmaßnahme fand in modularer Form statt und umfasste 10 Trainingstage (ca. 75 Zeitstunden/100 Unterrichtseinheiten). Die zu erlernenden Inhalte (siehe Anhang F) zielten zum einen auf eine praktische Handlungskompetenz der Wohnbereichs-/Stationsleitungen, zum anderen auf eine Persönlichkeitsentwicklung im Rahmen der Führungsrolle.

Die Vermittlung der Lerninhalte fokussierte eine umfassende Förderung der Eigenständigkeit der Wohnbereichs-/Stationsleitungen, indem:

- ein intensiver Wechsel zwischen Lesen, Diskutieren, Training und Praxiserprobung entstand;
- Selbsterfahrung und Selbstreflexion systematisch integriert wurden;
- gegenseitiges Kompetenztraining und kollegiale Beratung innerhalb der Gruppe stattfand;
- Lernfortschritte kontinuierlich begleitet und überprüft wurden und
- gezielt Gruppen- und Einzelcoachings zwischen den Modulen und nach Abschluss der Module erfolgten.

Das nachstehende Schaubild verdeutlicht den Qualifizierungsprozess über 5 Module sowie die begleitenden Coachings.



(Quelle: Rhein-Mosel-Akademie 2008, S. 8-10)

Die Besonderheit dieses Führungskräftetrainings besteht in dem konkreten Bezug des Gelernten auf einen konkreten Praxisauftrag (kontextualisiertes Lernen) sowie dem prozessualen Vorgehen mit stetiger Begleitung. Die Einzelcoachings dienten der Selbstreflexion sowie der Erarbeitung an die eigene Person anschlussfähiger Lösungswege. Über die Gruppencoachings mit Momenten der kollegialen Beratung stellten die Stations-/Wohnbereichsleitungen ihre Konzepte und Praxisschritte zur Diskussion.

Qualifizierung des oberen Managements

Über eine 2-tägige Qualifizierung wurde den Abteilungs- bzw. Bereichsleitungen sowie den Pflegedienstleitungen und Pflegedirektoren das „RokoKom© in GePP"-Konzept nahe gebracht. Zudem wurden die Aufgaben der Unterstützung in der Umsetzungsprozesse sowie der spezifischen Personalführung der 16 Wohnbereichs-/Stationsleitungen im Rahmen des GePP-Projekts verdeutlicht.

7.2 Spezifische Intervention: RokoKom©-Konzept

Das RokoKom©-Konzept fokussiert eine Veränderung der Kommunikationsformen, der Rollen im interdisziplinären sowie im disziplinären Team. Pflegekräfte erhalten die Rolle des Prozessbegleiters und Fallmanagers für einzelne Patienten, werden darüber zentraler Ansprechpartner für die anderen Berufsgruppen (Ärzte, Psychologen, Co-Therapeuten) in Hinblick auf die jeweiligen Patienten. Zudem werden durch die Einführung der sogenannten Helferrunden (interdisziplinäre Fallbesprechungen) die Behandlungsprozesse und deren –ziele sowie über die Koordination der Teilaufgaben kommuniziert.

Über diese tiefgreifende Organisationsentwicklungsmaßnahme waren folgende salutogene Wirkungen auf die psychiatrischen Pflegekräfte intendiert:

- Durch das umfassende Wissen zu einzelnen Patienten sowie einen intensiven Austausch mit den anderen Berufsgruppen über diese Patienten wurde eine stärkere Vergegenwärtigung des eigenen Wirkens der Pflegekräfte zu verwirklichen gesucht.
- Behandlungsprozess und –ziel sollten für die Pflegenden nachvollziehbarer und transparenter werden.
- Darüber hinaus sollte eine größere Rollenklarheit im inderdisziplinären sowie disziplinären Team entstehen.
- Durch die veränderte Rolle sollten Pflegekräfte eine Ausweitung der Verantwortung und des Entscheidungsbereiches erhalten, der den Kompetenzen der jeweiligen Person entspricht und diese nicht über- bzw. unterfordert.

7.3 Allgemeine Intervention: Salutogenes Veränderungsmanagement

Die Berufsgruppe der Pflegenden empfindet sich seit gut zehn Jahren in umfassenden Modernisierungsprozessen, wie beispielsweise Rationalisierungen und Umstrukturierungen, Einführung von Qualitätsmanagement-Systemen, Einführung von Leitlinien und Standards sowie einer Zunahme von Dokumentationsaufgaben (vgl. DAK-BGW: Gesundheitsreport 2005). Veränderungen stellen immer eine Belastung für den Menschen dar, doch welche Ressourcen in dieser Zeit zur Verfügung gestellt werden, entscheidet darüber, wie belastet die Menschen letztendlich sind.

Vor diesem Hintergrund war intendiert, die Ressourcenförderung durch das RokoKom©-Konzept nicht durch die Belastungen im Zuge der Einführung desselben zu konterkarieren. Die Stationsleitungen waren im GePP-Projekt u.a. herausgefordert, dem Prozess der Konzepteinführung gegenüber den Mitarbeiterinnern und Mitarbeitern Sinn zu verleihen sowie bei diesen Verstehbarkeit und Handhabbarkeit zu bewirken. Zudem sollten sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stets vertrauensvoll behandelt, transparent informiert, sicher empfinden und ihre Arbeit anerkannt und gewertschätzt werden sowie sich durch Teilhabe an Ideenentwicklungen und Entscheidungen auszeichnen.

Diese Intervention wird als allgemeine Intervention gekennzeichnet, da sie unabhängig von dem jeweils einzuführenden Konzept ist und demnach einen Rahmen für viele zukünftige Veränderungsprozesse darstellen kann. Das nachstehende Schaubild verdeutlicht diesen Zusammenhang von spezifischer und allgemeiner Intervention, sowie die Führungsaufgaben (Pfeile) des salutogenen Veränderungsmanagements.

8. Forschungsdesign

Die wissenschaftliche Evaluation der Wirksamkeit von Praxisintervention ist grundsätzlich ein sehr fehleranfälliges Unterfangen. Es können (erwartete) Ergebnisse entstehen, die jedoch nicht durch die Intervention bewirkt wurden. Jede Arbeitspraxis ist hoch komplex und bietet damit viele Störeffekte (jahreszeitliche, betriebspolitische, etc.), die auf die Ergebnisse der Evaluation Einfluss nehmen können. Bei der Unterscheidung von Gruppen, wie z.B. die der Interventionsstationen von denen der Kontrollstationen wird zumeist nicht untersucht, ob diese unterschiedlichen Ausgangsbedingen unterworfen sind und sich damit in mehr als einem Merkmal, als der Intervention, unterscheiden. Oftmals werden die Gruppen für

Praxisprojekte bewusst ausgesucht, von denen angenommen wird, dass sie die gewünschten Ergebnisse produzieren werden. Auch kann eine Befragung an sich bereits eine Wirkung auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben, so dass die Evaluationsergebnisse auf die Befragung und nicht auf die Intervention zurück zu führen sein können. Zudem können in Praxisprojekten sogenannte Hawthorne-Effekte[6] entstehen. Werden diese Aspekte im Evaluationsdesign nicht berücksichtigt, kann eine falsche Einschätzung der Wirksamkeit von Interventionen darauf fußen.

Die Evaluation von Praxisinterventionen sollte demnach sehr kritisch beäugt werden, denn die Ergebnisse der Evaluation werden zumeist zur Grundlage weiterer oder weitergehender Projekte in Unternehmen gemacht; tragen damit zu weiteren Eingriffen in die Arbeitswelt einer Vielzahl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei. Trugen halbseidene oder nicht nachprüfbare Evaluationsergebnisse dazu bei, haften allen darauf gründenden weiteren Maßnahmen fehlende Glaubhaftigkeit und Akzeptanz an. Aus diesem Grund wurden im GePP-Projekt wissenschaftlich belastbare Ergebnisse angestrebt, demnach Ergebnisse welche bestimmten Gütekriterien genügen und sich damit dieser Kritik stellen.

Das Forschungsdesign im GePP-Projekt umgreift dabei sowohl quantitative sowie qualitative Verfahren, die einerseits einen Nachweis einer potentiellen Wirkung der GePP-Intervention erbringen sollen und andererseits Anhaltspunkte hervorbringen, wie diese Wirkung verstanden werden kann.

8.1 Fokus-Gruppen

Die qualitative Evaluation des GePP-Projektes richtet den Blick auf die Akteure, die im GePP-Projekt eine zentrale Position bekleideten, die 16 Wohnbereichs-/Stationsleitungen. Diese Personengruppe wurde umfangreich qualifiziert und begleitet, bei dem Auftrag das „Rokokom©-Konzept“ salutogen orientiert in ihren jeweiligen Verantwortungsbereich einzuführen (siehe dazu 7.). Sie sind demnach die bedeutendste Schnittstelle zwischen dem theoretischen Konzept und der konkreten Arbeitsrealität. Aus dieser Position heraus, sind die Wohnbereichs-/Stationsleitungen ganz besonders in der Lage die intendierten mit den tatsächlichen Wirkungen in Abgleich zu bringen, sowie dies zu deuten.

[6] Der Hawthorne-Effekt beschreibt das Phänomen, dass Teilnehmerinnen und Teilnehmer allein dadurch ihr Verhalten ändern, weil sie wissen, Teil der Untersuchung zu sein und damit Aufmerksamkeit erfahren (vgl. Bortz, Döring 2006, S. 504).

Über das Verfahren der Fokus-Gruppen, einer strukturierten und methodengeleiteten Form der Gruppendiskussion, wurden insgesamt 15 der 16 Wohnbereichs-/Stationsleitungen der Interventionsstationen in die qualitative Evaluation des GePP-Projekts einbezogen[7]. Angereichert wurden die Ergebnisse der Fokus-Gruppen durch Ergebnisse eines Fragebogens, der den Wohnbereichs- und Stationsleitung zur Ergebnissicherung übergeben wurde.

8.2 Befragung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Zur Beantwortung der Frage, ob die GePP-Intervention einen Effekt auf das Belastungsempfinden und die Ressourcenwahrnehmung der psychiatrisch Pflegenden hat, wurden diese standardisiert befragt. Mittels eines Fragebogens (siehe Anhang D), basierend auf dem SALSA-Verfahren nach Udris und Rimann (1997), wurden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor der Intervention und exakt 12 Monate nach der Intervention befragt[8].

Ziel der Fragebogenentwicklung war ein sensitives und valides Instrument zu generieren, welches ein breites Spektrum an Belastungen sowie Gesundheitsressourcen abdecken kann, die die Projektverantwortlichen als durch die Intervention beeinflussbar einschätzten (siehe 9.3.1 Hypothesen).

8.2.1 Durchführung der Befragung

Die Durchführung einer Befragung ist grundsätzlich ein sehr sensibles Unterfangen. Im GePP-Projekt wurde von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein hohes Engagement verlangt einen umfangreichen Fragebogen insgesamt drei Mal zu beantworten. Zudem bedurfte es eines hohen Vertrauens in die Befragung, damit sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bezüglich des Schutzes ihrer Daten sicher fühlten. Die Befragung sowie das Einlesen und Auswerten der Daten wurde durch das externe Unternehmen Metrik durchgeführt. Die Projektverantwortlichten und Metrik vereinbarten zu Beginn der Befragung eine Anonymitäts- und

[7] Eine Station, bzw. eine Stationsleitung stieg bereits vor Projektende aus dem Projekt aus und nahm nicht an den Fokus-Gruppen teil.

[8] Zudem wurde eine Zwischenbefragung 6 Monate nach der Intervention durchgeführt, die dazu diente, ein Gefühl für die angestoßene Entwicklung zu bekommen und damit im Falle einer negativen Entwicklung eingreifen zu können. Demnach diente die Zwischenbefragung zur Kontrolle und ist kein Bestandteil der Endauswertung dieses Abschlussberichts.

Einverständniserklärung (siehe Anhang E), die allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Vorfeld der Befragung zuging.

Bereits zu Anfang des Projekts wurde das Ziel formuliert, dass jeder Mitarbeiter und jede Mitarbeiterin die Möglichkeit eröffnet bekommen soll, auch ein persönliches Ergebnis zu erhalten. Dies folgte dem Wissen darum, dass Ergebnisse von Studien zumeist hoch abstrahiert sind und der persönliche Bezug dadurch für die

Erster Buchstabe des Vornamens Ihrer leiblichen Mutter	Erster Buchstabe Ihres Geburtsmonats	Erster Buchstabe Ihres Geburtsortes	Geburtsjahr Ihrer leiblichen Mutter (ohne die ersten beiden Stellen)
☐	☐	☐	☐ ☐
Beispiel			
Erika	August	Berlin	1943
E	A	B	43

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verloren geht. Dieser Anspruch konnte nur über eine individuelle Codierung (siehe oben) jedes Fragebogens durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ermöglicht werden, die nur der Person selbst bekannt ist und damit keinen Rückschluss von den Daten auf die Person ermöglicht.

Bei der Erstbefragung (Prätest) im August 2008 wurden die einzelnen Interventions- und Kontrollstationen durch einen Mitarbeiter von Metrik aufgesucht, um Fragen zu beantworten, persönlich Anonymität zuzusichern und die Fragebögen auszuhändigen. Er wurde dabei von einem Personalratsmitglied begleitet, um die Zustimmung des Personalrates zu verdeutlichen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhielten die Fragebögen in einem neutralen Umschlag mit beiliegendem adressiertem Antwortkuvert und einem Anschreiben von Metrik. Für das Ausfüllen und Versenden des Fragebogens erhielten die Mitarbeiter insgesamt 3 Wochen Zeit. Die Stationsleitungen trugen Sorge dafür, dass jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter einen Fragebogen erhielt.

Da die Stationen zu unterschiedlichen Zeitpunkten mit der Intervention begannen wurde die Zweitbefragung (Posttest) auf den Stationen zu unterschiedlichen Zeitpunkten durchgeführt, jedoch immer 12 Monate nach Interventionsbeginn. Dem Posttest ging ein Anschreiben seitens der Projektverantwortlichen voraus, der zwischenzeitlich entstandene Unsicherheiten über die Anonymität der Befragung bei einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern begegnen sollte.

Über diesen Weg, der das Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter würdigte und zugleich die Anonymität nicht nur faktisch sondern auch fühlbar einzuhalten suchte, konnten die folgenden Rückläufe erzielt werden.

8.2.2 Rückläufe

Die Rückläufe der Fragebögen können, wissend um den Umfang der Befragung, der fehlenden Erfahrungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer individualisierten Codierung und allgemein bekannten Ermüdungseffekten als sehr hoch bewertet werden. Damit kann mit hoher Wahrscheinlichkeit ein systematischer Antwortausfall ausgeschlossen werden.

Der nachstehenden Tabelle ist zu entnehmen, dass in der Erstbefragung (Prätest) rund 58% und in der Zweitbefragung (Posttest) knapp 49% aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Interventions- sowie der Kontrollstationen antworteten. Die Rücklaufquoten bezogen auf die vier teilnehmenden Einrichtung sind in der Tabelle ersichtlich.

Einrichtung	Rücklauf Prätest in %	Rücklauf Posttest in %
▪ Rheinhessen-Fachklinik Alzey	70,0	51,5
▪ Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach	59,0	44,2
▪ Universitätsmedizin Mainz	59,0	56,8
▪ Pfalzklinikum Klingenmünster	42,0	42,2
Durchschnittlicher Rücklauf	**57,5**	**48,7**

8.3 Interventions- und Kontrollgruppendesign

Das Forschungsdesign folgt dem Ansatz einer quasi-experimentellen Interventionsstudie. Demnach wird der Effekt einer Interventionsmaßnahme im Vergleich von Interventions- und Kontrollgruppen gesucht. In den 4 teilnehmenden Kliniken wurden insgesamt 16 Interventionsstationen durch das obere Management (Pflegedirektion, Pflegedienstleitung bzw. päd. Leitung) bestimmt. Demnach wurden die Interventionsstationen nicht randomisiert sondern selektiv ausgewählt. Auf

Nachfrage bei den verantwortlichen Führungskräften wurden folgende Selektionskriterien benannt:

- Normalstatus der Station: Bedeutend war, dass die Interventionsstationen zu Projektbeginn nicht in vielen weiteren Projekten steckten, sondern in einem Normalstatus der Veränderung.
- Aktuelle personelle Stabilität: Bei der weiteren Auswahl der Interventionsstationen war bedeutend, dass zu Projektbeginn keine Wechsel in der Leitungsebene und keine hohen Personalfluktuationen angenommen wurden. Dagegen spielten Aspekte, wie eine gute Besetzung oder geringe Krankenstände nach Angabe der Verantwortlichen keine Rolle bei der Selektion der Stationen.

Den 16 Interventionsstationen wurden 17 in den jeweiligen Kliniken vergleichbare Kontrollstationen zugeordnet, die dem gleichen Fachgebiet (z.B. Akutpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, heilpäd. Heimbereich) zugehörig sind, ähnliche Bettenzahlen und Personalzahlen aufwiesen:

	Interventions-gruppe	**Kontroll-gruppe**
• Rheinhessen-Fachklinik Alzey	5	6
• Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach	3	3
• Universitätsmedizin Mainz	4	3
• Pfalzklinikum Klingenmünster	4	5
Gesamt - Stationen	**16**	**17**

Gesamt - Mitarbeiter	**242**	**243**

Die fehlende Randomisierung bei der Auswahl der Stationen ist eine berechtigte Kritik an diesem Forschungsdesign, legt sie doch den Verdacht nahe, dass allein durch die bewusste Auswahl der Stationen bestimmte Ergebnisse evoziert werden könnten. Dieser Frage wird im Weiteren (siehe 8.4) nachgegangen.

8.4 Solomon-Vier-Gruppen-Design

Aufgrund der relativ kleinen Stichproben, aber auch aufgrund der oben dargestellten Störvariablen und geringen Kontrollmöglichkeiten von Interventionsstudien, ist es notwendig die Vergleichbarkeit der Interventions- und Kontrollgruppen durch einen Prätest zu überprüfen (vgl. Bortz, Döring 2006, S. 538). Denn Veränderungen bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern können nicht nur durch die Intervention sondern auch durch den Prätest selbst oder bereits bestehende Gruppenunterschiede vor der Intervention hervorgerufen worden sein. Für eine eindeutigere Rückführung von Effekten (interne Validität[9]) auf die Intervention lässt sich der Solomon-Vier-Gruppen-Versuchsplan heranziehen.

Dieses Verfahren differenziert Interventions- und Kontrollgruppen nochmals in Interventionsgruppen mit und ohne Prätest bzw. Kontrollgruppe mit und ohne Prätest. Diese weitergehende Gruppendifferenzierung (siehe nachstehendes Schaubild) lässt weitere Kontrastierungen der einzelnen Gruppen und damit weitergehende Erkenntnisse bezüglich der internen Validität zu.

		Vortest	Intervention	Nachtest
Interventions-gruppe	Gruppe 1	X	X	X
	Gruppe 2		X	X
Kontroll-gruppe	Gruppe 3	X		X
	Gruppe 4			X

So würde beispielsweise eine Unterscheidung der Gruppen 1 und Gruppe 2 im Nachtest auf Auswirkungen des Prätests auf die Ergebnisse hinweisen (vgl. Bortz, Döring 2006, S. 538/539).

[9] Mit interner Validität ist die Eindeutigkeit gemeint, mit der Ergebnisse auf die Intervention zurückzuführen sind. Anders formuliert, kann von interner Validität gesprochen werden, wenn Alternativerklärungen für die erzielten Ergebnisse in einem hohen Maß auszuschließen sind (vgl. Bortz, Döring 2006, S. 33, 53).

9. Forschungsergebnisse

9.1 Qualitative Evaluationsergebnisse

Die Wohnbereichs- und Stationsleitungen zeichneten ein sehr facettenreiches Bild der Veränderungen, die sie sowohl negativ wie positiv deuteten. Nachfolgend werden nun zunächst all jene Chancen und Risiken dargestellt, welche aus Sicht der Wohnbereichs-/Stationsleitungen der GePP-Intervention innewohnen. Im Anschluss daran folgen potentiell hemmende und fördernde Bedingungen in der Umsetzung. Darüber entsteht ein umfängliches Bild, innerhalb welcher Rahmenbedingungen, die GePP-Intervention welche Chancen und Risiken in sich trägt. Dieses Bild wird anschließend Grundlage weiterer Betrachtungen werden.

9.1.1 Chancen und Risiken der GePP-Intervention

Die qualitative Analyse konnte eine Vielzahl von Veränderungen im Rahmen der GePP-Intervention aus Sicht der Wohnbereichs-/Stationsleitungen identifizieren und in einzelnen Kategorien zusammenfügen (Zitate der Leitungen sind durch Anführungszeichnen gekennzeichnet).

- **Steigerung der Patientenorientierung**

  Die Patientenorientierung änderte sich in qualitativer sowie quantitativer Hinsicht. So wurden die Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohner durch deren Prozessbegleiter „gezielter“ und „häufiger“ als bisher aufgesucht. Die Fokussierung auf einige wenige Patienten/Bewohner machte das Gespräch „intensiver“ und steigerte den Wert der Beziehung. Die Patienten wurden durch die Zuordnung zu einzelnen Prozessbegleitern und -begleiterinnen ausgewogener fokussiert, so dass herausfordernde Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohner in der Betrachtung weniger dominierten.

- **Steigerung der Informationsqualität**

  Die Prozessbegleiter und -begleiterinnen erfuhren über die vermehrten und intensiveren Gespräche weit mehr über die Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohner als zuvor. Dieses Wissen wurde im Rahmen der Helferrunden, demnach des interdisziplinären Austauschs eingebracht und diente der Verständigung über Behandlungswege und -ziele.

- **Steigerung der Verantwortung**

  Durch das Mehr an Informationen zu den Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohnern und die eigenständige Gesprächgestaltung entstand eine „aktivere und verantwortungsvollere Mitgestaltung der Prozessbegleiter“. Im Rahmen der Gespräche erfuhren Pflegende ein Mehr an „Autonomie und Entscheidungsspielräumen“. Diese Veränderungen steigerten das Verantwortungsgefühl bei den Prozessbegleitern und -begleiterinnen.

- **Veränderung der Arbeitsabläufe und Absprachen**

  Die Wohnbereichs-/Stationsleitungen stellten durch das Projekt eine Veränderung der Abläufe und der Absprachen in eine positive Richtung fest. Darüber, dass feste Ansprechpartner und -partnerinnen für Patienten/Patientinnen und Kollegen/Kolleginnen bestanden wurden die Abläufe sicherer, die Aufgabenteilung übersichtlicher. Darüber wurde jedoch auch die Arbeit des Einzelnen sichtbarer. Es wird von einer „Rückbildung von Arbeitsnischen“ gesprochen.

- **Veränderte Rolle im multiprofessionellen Team**

  Durch die Einführung der Helferrunden entstand ein regelmäßiger Austausch der Berufsgruppen, die sich durch eine Zusammenlaufen aller Informationen und eine gemeinsame Definition von Behandlungszielen auszeichnete. Die Mitarbeiterinnern und Mitarbeiter der Pflege besaßen als Prozessbegleiter und -begleiterinnen eine Rollenklarheit innerhalb dieses multiprofessionellen Teams. Pflegende erfuhren darüber eine höhere Anerkennung durch die anderen Berufsgruppen.

- **Zunahme der Arbeitsquantität**

  Viele Wohnbereichs-/Stationsleitungen sprachen im Zuge der Prozessbegleitung sowie der Teilnahme an den Helferrunden von einer Mehrarbeit und damit einer höheren Arbeitsbelastung der Pflegenden im Rahmen des GePP-Projekts.

- **Steigerung des Selbstbewusstseins und der Zufriedenheit der Pflegenden**

  Aus Sicht der Wohnbereichs-/Stationsleitungen steigerte die veränderte Rolle und die veränderte Aufgabe das Selbstbewusstsein der Pflegenden. Unterstützt wurde

dies durch die höhere Anerkennung und Wertschätzung der Arbeit, u.a. durch Patienten/Patientinnen, Kollegen/Kolleginnen und Vorgesetzte. Pflegende erfuhren einen „neuen Status“ innerhalb des multiprofessionellen Teams. „Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fühlen sich durch die neue und eigenständige Aufgabe als Team gestärkt“, gleich einer „Stärkung des Wir-Gefühls“. Eine Steigerung der (Arbeits-)Zufriedenheit wird beschrieben.

- **Verändertes Führungsverhalten der Wohnbereichs-/Stationsleitungen**
  Viele Wohnbereichs-/Stationsleitungen erkannten sich durch die Qualifikation in der täglichen Arbeit „ruhiger und geduldiger“, nahmen Situationen bewusster und differenzierter war als bisher. Die angeeigneten Instrumente (Teamanalyse) und Methoden (Führung zur Eigenständigkeit) innerhalb der Qualifizierungsmaßnahme dienten einer deutlicheren Wahrnehmung der einzelnen Mitglieder des Pflegeteams („Wer braucht Unterstützung?“). Teilweise bedurfte es weniger direktiven Eingreifens; teilweise konnte klarer delegiert werden; auch das „Gefühl für alles verantwortlich zu sein hat sich etwas minimiert“. Der Austausch der Wohnbereichs-/Stationsleitungen untereinander im Rahmen von Gruppencoachings und Arbeitsgruppen über Institutionsgrenzen hinaus, wurde als begünstigend für die Veränderung des Führungsverhaltens gesehen.

- **Veränderte Kommunikation zwischen Wohnbereichs-/Stationsleitungen und den Pflegenden**
  Das Gespräch zwischen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern und den Wohnbereichs-/Stationsleitungen wurde deutlicher als Führungsinstrument erkannt und eingesetzt. Die Leitungen bereiteten sich mitunter intensiver auf Mitarbeitergespräche vor, führten diese häufiger durch, wendeten erlernte Gesprächstechniken an und reduzierten Tür- und Angelgespräche. „Gut gelaufene Arbeit“ wurde direkt zurückgemeldet. Anerkennung und Lob wurden öfters ausgesprochen; „Mitarbeiter erfahren mehr individuelle Wertschätzung“.

9.1.2 Hemmende und fördernde Bedingungen der GePP-Intervention

Nachstehend werden die hemmenden und fördernden Bedingungen bei der Projektdurchführung benannt, wie sie von den Wohnbereichs-/Stationsleitungen im Rahmen der Fokus-Gruppen und der schriftlichen Befragung benannt wurden:

- **Personalbesetzung**

  Sofern sich die Personaldecke ausdünnte, entweder durch einen hohen Krankenstand, „nicht besetzte Stellen“, hohe „Personalfluktuation“, Umsetzungen steigerte dies die Belastung der Pflegekräfte; es entstanden Überstunden.

- **Personalbesetzung anderer Berufsgruppen**

  Der Personalbesetzung der anderen Berufsgruppen, besonders des ärztlichen und psychologischen Dienstes, wurde ein großer Einfluss auf die Einführung bzw. Durchführung der Helferrunden zugesprochen. Sofern Personalstellen anderer Berufsgruppen reduziert bzw. nicht besetzt waren oder Ärzte wechselten wurde dies als „bremsend“ für die Durchführung des Projekts gewertet.

- **Fehlende Kooperation anderer Berufsgruppen**

  Besonders demotivierend wirkte eine Ablehnung anderer Berufsgruppen dem Projekt gegenüber sowie ein Anzweifeln der Kompetenzen der Pflegenden. Auch „Ängste anderer Berufsgruppen über Eingriffe in ihre Arbeitsfelder“ erschwerten die Durchführung sowohl der Prozessbegleitung sowie der Helferrunden in erheblichem Maße.

- **Weitere hemmende Rahmenbedingungen**

  Es gab eine Vielzahl vereinzelt benannter, die Projektdurchführung hemmender Rahmenbedingungen. Der Umzug von Stationen in ein anderes Gebäude, der Umbau einer Station, die konzeptionelle Neuausrichtung mit veränderter Klientel einer Station hinderten die Umsetzung. Versetzungen von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen brachten des Weiteren „große Unruhe im Team“. Auch weitere, parallel zum GePP-Projekt verlaufende Projekte wirkten erschwerend. Mitarbeiter

und Mitarbeiterinnen, die Angst vor Veränderungen empfanden und sich diesen gegenüber destruktiv zeigten, waren ein weiteres, bedeutendes Hemmnis. Auch ein nicht vorhandenes Verständnis darüber, „warum Mehrarbeit gesund machen soll“, wirkte hemmend.

- **Rückenwind durch Vorgesetzte**

  Besonders positiv wurde die Unterstützung und Wertschätzung sowohl der Vorgesetzten aus dem pflegerischen wie auch dem medizinischen Bereich bewertet, die als „Rückenwind“ gekennzeichnet wurde. Auch das Wissen um die Befürwortung des Projekt seitens der Geschäftsführung wirkte förderlich (siehe dazu Anhang B).

- **Motivation des Teams oder einzelner Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen**

  Eine hohe Motivation und ein ausgeprägter „Wille der Mitarbeiter“ dieses Projekt umzusetzen, die sogenannten „Zugpferde“ waren eine sehr förderliche Rahmenbedingung aus Sicht der Wohnbereichs- und Stationsleitungen.

9.1.3 Interpretation der Ergebnisse

Die Wohnbereichs-/Stationsleitungen wurden durch die Fokus-Gruppen sowie durch die Befragung zu generellen Aussagen verleitet. Demnach zeichneten sie ein Bild des Veränderungsprozesses, in dem die einzelne Pflegekraft, der einzelne Patient, der einzelne Arzt, Psychologe oder Sozialarbeiter keine Betrachtung findet. Die Ergebnisse dieser Evaluation sind demnach von den je konkreten Personen abgelöst und die Wohnbereichs-/Stationsleitungen gaben das zur Antwort, was für sie übergreifend über alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie über alle Strukturen hinweg auffällig war..

Die veränderten Aufgaben, Beziehungen, Kommunikationsformen, aber auch die veränderte Selbstwahrnehmung, scheinen durch einen entscheidenden Aspekt evoziert zu sein: Pflegekräfte, in der Rolle des Prozessbegleiters besitzen mehr und für alle anderen Berufsgruppen wertvollere Informationen über den Patienten als bisher. Wer wertvolle Informationen hat, wird zum wertgeschätzteren Gesprächspartner für die anderen Berufsgruppen. Die im Rahmen des Projektes eingeführte interdisziplinäre Kommunikationsplattform der Helferrunden bringt die

Prozessbegleiter aufgrund der Informationsqualität in eine exponierte Position. Mit einem Mehr an Wissen geht ein Mehr an Verantwortung und einer größeren (Mit-) Entscheidungskompetenz einher. Mit größerer Verantwortung kann wiederum ein Mehr an Konkurrenz und Ängsten anderer Berufsgruppen einhergehen. Anhand dieser Interpretationen wird deutlich, wie immens der Eingriff in die Arbeitsrealität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch das GePP-Projekt war. Generell weisen die Stationsleitung sowohl Belastungen im Zuge des Projekts aus, jedoch dominieren positive Darstellungen. Demnach sind viele Gesundheitsressourcen, wie Partizipation, Verantwortung, Mitgestaltung und Wertschätzung für die psychiatrisch Pflegenden entstanden bzw. haben sich verstärkt. Zudem wurden einige, weitere Bedingungen beschrieben, die einerseits auf die Umsetzung des Projekts, jedoch auch auf das Empfinden der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter konstruktiv oder destruktiv wirken.

Es ist naheliegend, dass jeder Mitarbeiter und jede Mitarbeiterin durch die Veränderungen anders herausgefordert ist und individuell darauf antwortet. Des Weiteren ist naheliegend, dass jedes Team anders auf die hemmenden und fördernden Rahmenbedingungen reagiert.

Die weiteren Betrachtungen werden die Frage zu beantworten suchen, ob eine generelle Tendenz trotz der Individualität der psychiatrisch Pflegenden und der Unterschiedlichkeit der Rahmenbedingungen jeder Station in Richtung einer Ressourcenförderung bzw. Mehrbelastung auszumachen ist.

9.2 Übergreifende Ergebnisse des Solomon-Vier-Gruppen-Designs

Bei der Untersuchung der Ergebnisse des GePP-Projekts auf Grundlage des Solomon-Vier-Gruppen-Plans werden jeweils zwei der vier Gruppen hypothesengeleitet kontrastiert.

		Vortest	Intervention	Nachtest
Interventions-gruppe	Gruppe 1	X	X	X
	Gruppe 2		X	X
Kontroll-gruppe	Gruppe 3	X		X
	Gruppe 4			X

Nachfolgend werden zunächst die Hypothesen und daran anschließend deren Bestätigung (Verifikation) bzw. Widerlegung (Falsifikation) dargestellt.

Hypothese 1	Die Gruppen 1 und 2 unterscheiden sich in Ihren Ergebnissen im Nachtest (2010) nicht signifikant voneinander.
Ergebnis	**Bestätigt**

Hypothese 2	Die Gruppen 3 und 4 unterscheiden sich in Ihren Ergebnissen im Nachtest (2010) nicht signifikant voneinander.
Ergebnis	**Bestätigt**

Hypothese 3	Die Gruppen 1 und 3 unterscheiden sich in ihren Ergebnissen im Nachtest (2010) signifikant voneinander.
Ergebnis	**teilweise bestätigt**

Hypothese 4	Die Gruppen 1 und 3 unterscheiden sich in ihren Ergebnissen im Vortest (2008) nicht signifikant voneinander.
Ergebnis	**Bestätigt**

Hypothese 5	Die Gruppen 2 und 4 unterscheiden sich in Ihren Ergebnissen im Nachtest (2010) signifikant voneinander.
Ergebnis	**nicht bestätigt**

Die Ergebnisse des Solomon-Vier-Gruppen-Plans legen nahe, dass der Prätest, demnach die Erstbefragung der psychiatrisch Pflegenden keinen verzerrenden Einfluss auf die Ergebnisse der Zweitbefragung genommen hat. Dies kann sowohl für die Interventionsstationen (Hypothese 1) als auch für die Kontrollstationen (Hypothese 2) angenommen werden.

Die weiteren Ergebnisse (Hypothese 4) lassen darauf schließen, dass sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Interventions- und der Kontrollstationen in Hinblick auf die Belastungen, Ressourcen sowie die Arbeitsbedingungen zu

Projektbeginn nicht unterschieden. Demnach wurden relativ homogene Gruppen für eine Kontrastierung vor und nach der Intervention für das Projekt herangezogen. Da die Stationen in diesem Projekt nicht zufällig (randomisiert) ausgewählt, sondern von den Vorgesetzten bestimmt wurden, ist dies besonders bedeutend für die interne Validität. Im GePP-Projekt wurden demnach bezogen auf die Ausgangssituation homogene Gruppen miteinander verglichen. Unterschiede im Posttest würden demnach nicht auf Unterschiede der Stationen vor Projektbeginn zurückzuführen, sondern in der Intervention begründet sein.

Die Ergebnisse zu den Hypothesen 3 und 5, welche die Wirkung der Intervention nachweisen könnten, sind inkonsistent. Bezogen auf einzelne Fragen oder Skalen des Fragebogens konnten zwar Effekte nachgewiesen werden, die bei näherer Prüfung jedoch nicht plausibel erscheinen.
Dies wirft die These auf, ob ggf. strukturelle oder personale Unterschiede innerhalb der Interventionsgruppen bestehen. Das bisherige statistische Verfahren ging davon aus, dass die Interventionsstationen annäherungsweise gleich sind und sich lediglich von den Kontrollstationen in dem Merkmal der "Intervention" unterscheiden und folglich alle Stationen/Wohnbereiche einen ähnlichen Effekt hätten erzielen müssen. Demnach folgen die weiteren Ergebnisdarstellungen der Prüfung, ob die einzelnen Stationen/Wohnbereiche unterschiedliche Effekte im Rahmen der Projektdurchführung erzielten.

9.3 Stationsbezogene Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung

Die Ergebnisse der einzelnen Stationen und Wohnbereiche entstanden durch einen Vergleich der Befragungsergebnisse vor und nach der Intervention (Prä- und Post-Test). Dem aufwändigen und differenzierten Vorgehen (Solomon-Vier-Gruppen-Plan) ist es geschuldet, dass auf 5 der 16 Interventionsstationen kein Prätest durchgeführt wurde. Darüber hinaus antworteten beim Post-Test auf 2 Stationen/Wohnbereiche jeweils nur 3 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Diese Anzahl ist nicht ausreichend, um statistische Berechungen anzustellen. Folglich konnten für insgesamt 9 Stationen/Wohnbereiche Ergebnisse errechnet werden:

Andernach - Mainz - Klingenmünster - Alzey	Station J		✓	
	Station A	✓	✓	
	Station K	✓	✓(3)	
	Station B	✓	✓	
	Station C	✓	✓	
	Station D	✓	✓	
	Station L		✓	
	Station E	✓	✓	
	Station F	✓	✓	
	Station G	✓	✓	
	Station M		✓	
	Station H	✓	✓	
	Station I	✓	✓	
	Station N	✓	✓(3)	zu geringes N
	Station O		✓	kein Prätest
	Station P		✓	auswertbar

9.3.1 SALSA –Verfahren

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung wurde auf das SALSA-Verfahren (Salutogenetische Subjektive Arbeitsanalyse) nach Udris und Rimann (1997) zurückgegriffen. Dieses dient der Erfassung der subjektiv wahrgenommenen Belastungen und externen Ressourcen von Personen in der Arbeitswelt. Der Schwerpunkt liegt dabei auf den Schutzfaktoren der Arbeit ("salutogenetische Ressourcen"), die dazu beitragen, dass Beschäftigte ihre Gesundheit trotz Belastungen aufrechterhalten und wiederherstellen können. Das valide und reliable Verfahren besteht aus 45 Einzelfragen (siehe Anhang D), die in vier Dimensionen zusammengefügt werden. Jede Dimension besteht nochmals aus Unterdimensionen (sogenannten Skalen):

1. **Aufgabencharakteristika**
   - Ganzheitlichkeit der Aufgaben
   - Qualifikationsanforderungen und Verantwortung
2. **Arbeitsbelastungen**
   - Überforderung durch die Arbeitsaufgaben (qualitativ und quantitativ)
   - Unterforderung durch die Arbeitsaufgaben (qualitativ)
   - Belastendes Sozialklima (Kolleginnen, Kollegen)

- Belastendes Vorgesetztenverhalten

3. Organisationale Ressourcen

- Aufgabenvielfalt
- Qualifikationspotential der Arbeitstätigkeit
- Tätigkeitsspielraum (Entscheidungs- und Kontrollspielraum)
- Partizipationsmöglichkeiten

4. Soziale Ressourcen im Arbeitsbereich

- Positives Sozialklima
- Mitarbeiterorientiertes Vorgesetztenverhalten
- Soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten
- Soziale Unterstützung durch Arbeitskollegen und Arbeitskolleginnen

Das SALSA-Verfahren ermöglichte die Überprüfung der nachstehenden Hypothesen.

9.3.2 Hypothesen

Ein wichtiger Bestandteil quantitativer Sozialforschung ist die Hypothesenprüfung durch die Datenauswertung. Das GePP-Projekt entwarf eine Intervention und intendierte damit einen Effekt auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Dieser Zusammenhang zwischen Intervention und Effekt war vor Projektbeginn ein theoretischer und bedarf nun einer empirischen Prüfung anhand von Hypothesen.

Hypothese 1:	Die GePP-Intervention ändert die charakteristischen Anteile der täglichen Arbeit.
Hypothese 2:	Die Arbeitsbelastungen reduzieren sich durch die GePP-Intervention.
Hypothese 3:	Organisationale Ressourcen nehmen in der Wahrnehmung der psychiatrisch Pflegenden durch die GePP-Intervention zu.
Hypothese 4:	Durch die GePP-Intervention steigern sich die sozialen Ressourcen in der Wahrnehmung der psychiatrisch Pflegenden.

9.3.3 Ergebnisse der Stationen/Wohnbereiche

Der nachstehenden Tabelle ist zu entnehmen auf welchen Stationen/Wohnbereichen sich Effekte zeigten, die mit der GePP-Intervention assoziiert werden können (die Einzelergebnisse zu jeder Station/jedem Wohnbereich sind der Anlage A zu entnehmen). Es wurden nur die Effekte aufgeführt, die statistisch signifikant sind. Dabei wurde aufgrund der notwendigerweise kleinen Stichproben innerhalb einer in-situ-Studie ein Signifikanzniveau[10] von ($\alpha \leq 0{,}10$) definiert. Zunächst wurde untersucht, auf welchen Stationen/Wohnbereichen sich statistisch signifikante Veränderungen in Hinblick auf die Aufgabencharakteristik (Hypothese 1) zeigten. Anschließend wird die Überprüfung von Veränderungen in Hinblick auf die Arbeitsbelastungen (Hypothese 2). Im Weiteren werden dann die Ergebnisse zu den organisationalen (Hypothese 3) und den sozialen Ressourcen (Hypothese 4) dargestellt.

In der Darstellung wurden die jeweiligen, statistisch signifikanten Effekte auf den einzelnen Stationen/Wohnbereichen mit einem „+“ oder „-„ bewertet:

- + bedeutet eine positive Veränderung,
- – bedeutet eine negative Veränderung

im Sinne der Zielsetzung des Projekts (Änderung der Aufgabencharakteristik, mehr Ressourcen, weniger Belastungen).

9.3.3.1 Aufgabencharakteristik

Mit dem RokoKom©-Konzept innerhalb der GePP-Intervention war intendiert, den psychiatrisch Pflegenden durch die Bezugspflege eine vollständigere Wahrnehmung und Aufgabe gegenüber dem Patienten/Bewohner zu ermöglichen. Darüber hinaus sollte die Rolle der Bezugspflegekraft eine höhere Verantwortung sowie ein umfassenderes Einbringen der speziellen Fähigkeiten erlauben.

---

[10] Mit einem statistischen Signifikanz-Test wird überprüft, in wie weit die Unterschiede der Ergebnisse des Prä- und des Post-Tests auf einem Zufall beruhen. Beispielsweise bedeutet ein Signifikanzniveau von $\alpha \leq 0{,}10$, dass der Zufall zu 90% ausgeschlossen werden kann. Kann der Zufall nur in einem geringeren Umfang ausgeschlossen werden, sind die Ergebnisse nicht mehr signifikant und werden hier nicht aufgeführt.

* Signifikanzniveau (α < 0,05)
** Signifikanzniveau (α < 0,10)

	Station A	Station B	Station C	Station D	Station E	Station F	Station G	Station H	Station I
Skalen	Bewertung	Bewertung	Bewertung	Bewertung	Bewertung	Bewertung	Bewertung	Bewertung	Bewertung
Ganzheitlichkeit der Aufgaben									
Qualifikationsanforderungen und Verantwortung					-*				

Die Ergebnisse bezüglich der Aufgabencharakteristik machen deutlich, dass durch die GePP-Intervention, mit Ausnahme einer Station (Station E) keine positiven, jedoch auch keine negativen Effekte erzielt werden konnten. Demnach konnte die Arbeit an sich, innerhalb des Projektzeitraums von einem Jahr, nicht in einer relevanten und damit empirisch abbildbaren Form verändert werden.

9.3.3.2 Arbeitsbelastungen

Gewichtige Arbeitsbelastungen bestehen zumeist dann, wenn die gestellten Aufgaben an eine Pflegekraft ihre Fähigkeiten übersteigt (Überforderung) bzw. diese nicht umfänglich einbringen kann, demnach unterfordert ist. Das GePP-Projekt plante durch die Qualifikation der Stations-/Wohnbereichsleitungen diese Belastungen reduzieren zu können. Durch eine genauere Wahrnehmung jedes einzelnen Mitarbeiters und jeder Mitarbeiterin sollten die Anforderungen mit den Fähigkeiten besser in Übereinstimmung gebracht werden. Zudem sollten die Bezugspflege sowie die Teilhabe an den Helferrunden den Pflegekräften ermöglichen, weitere Ihrer Fähigkeiten einbringen zu können.

Weitere Belastungen können bei der Erledigung der täglichen Arbeit mit den Arbeitskollegen und -kolleginnen bzw. der Stations-/Wohnbereichsleitung entstehen. Durch die gewünschte stärkere Einbindung der Pflegenden in die Ausgestaltung der Arbeitsabläufe sowie eine stärkere Mitarbeiterorientierung der Vorgesetzten sollten diese Belastungen im Rahmen des GePP-Projekts reduziert werden.

* Signifikanzniveau (α < 0,05)
** Signifikanzniveau (α < 0,10)

	Station A	Station B	Station C	Station D	Station E	Station F	Station G	Station H	Station I
Skalen	Bewertung	Bewertung	Bewertung	Bewertung	Bewertung	Bewertung	Bewertung	Bewertung	Bewertung
Überforderung durch Arbeitsaufgaben (qualitativ und quantitativ)				+*					
Unterforderung durch die Arbeitsaufgaben (qualitativ)					-*				
Belastendes Sozialklima (Kollegen)	-**	+**		+*	-*				
Belastendes Vorgesetztenverhalten				+*	-*			-*	

In der Gesamtbetrachtung wurden durch das GePP-Projekt auf 5 Stationen Effekte in Hinblick auf die Arbeitsbelastungen bewirkt. Auf einer Station E ist eine deutliche Mehrbelastungen in gleich 3 Bereichen zu erkennen. Dem entgegen wurde auf Station D eine spürbare Reduzierung von Belastungen bewirkt. Daneben finden sich weitere Reduktionen bzw. Zunahmen in einzelnen Belastungsbereichen.

9.3.3.3 Organisationale Ressourcen

Ressourcen stellen einen wichtigen gesundheitsfördernden Faktor dar. So sollte den psychiatrisch Pflegenden innerhalb des GePP-Projekts die Wahrnehmung von Gesundheitsressourcen verstärkt ermöglicht werden. Mit der Einführung des Bezugspflegesystems sowie der interdisziplinären Kommunikationsplattform der Helferrunden war eine Steigerung der Vielfalt der Aufgaben intendiert. Zudem wurde erwartet, dass über die Einführung von RokoKom© neue Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten für die Pflegenden entstehen. Bedeutend für die Gesundheit ist des Weiteren der Tätigkeits-, bzw. Entscheidungs- und Kontrollspielraum. Pflegenden sollte im Rahmen des GePP-Projekts eine Teilhabe an der Behandlungsplanung und -durchführung ermöglicht werden. Darüber hinaus war es ein zentrales Ziel mehr Mitsprache, Beteiligung und Verantwortung an der Organisationsentwicklung zu erhalten, was mit dem Begriff der Partizipationsmöglichkeiten gekennzeichnet ist.

* Signifikanzniveau (α < 0,05)
** Signifikanzniveau (α < 0,10)

	Station A	Station B	Station C	Station D	Station E	Station F	Station G	Station H	Station I
Skalen	Bewertung	Bewertung	Bewertung	Bewertung	Bewertung	Bewertung	Bewertung	Bewertung	Bewertung
Aufgabenvielfalt									
Qualifikationspotential der Arbeitstätigkeit	+**				-**		+*		
Tätigkeitsspielraum (Entscheidungs- und Kontrollspielraum)		-**			-*			-**	
Partizipationsmöglichkeiten		+**		+*	-*				

Die Tabelle weist 3 Stationen aus, deren organisationale Ressourcen sich durch die Intervention aus Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht geändert haben. Weitere 5 Stationen konnten teils negative, teils positive Effekte verzeichnen. Station E weist wiederum dominante negative Effekte auf.

9.3.3.4 Soziale Ressourcen

Neben den organisationalen bilden die sozialen Ressourcen einen weiteren wichtigen Gesundheitsfaktor. Sofern ein Sozialklima des gegenseitigen Interesses, Vertrauens, Humors und der Offenheit besteht, kann sich dies positiv auf die Gesundheit der psychiatrischen Pflegenden auswirken. Dieses zu unterstützen war u.a. eine Aufgabe der Stations-/Wohnbereichsleitungen. Eine Weitere bestand darin, ein mitarbeiterbeiterorientiertes Verhalten zu zeigen, dass von Respekt und Wertschätzung geprägt ist und sich durch ein regelmäßiges Feedback über die geleistete Arbeit auszeichnet. Auch sollten sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch die Stations-/Wohnbereichsleitung unterstützt empfinden. Die soziale Unterstützung durch die Kolleginnen und Kollegen stellt eine weitere bedeutende Gesundheitsressource in der täglichen Arbeit dar, ist jedoch nicht kausal durch die Vorgesetzten beeinflussbar.

* Signifikanzniveau ($\alpha < 0{,}05$)
** Signifikanzniveau ($\alpha < 0{,}10$)

	Station A	Station B	Station C	Station D	Station E	Station F	Station G	Station H	Station I
Skalen	Bewertung	Bewertung	Bewertung	Bewertung	Bewertung	Bewertung	Bewertung	Bewertung	Bewertung
positives Sozialklima				+**	+*		+**	-*	
Mitarbeiterorientiertes Vorgesetztenverhalten		+*		+*	-*	+*		-*	
Soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten		+*		+**	-*	+*			
Soziale Unterstützung durch Arbeitskollegen		+**						-**	

Die Ergebnisse zur Dimension der sozialen Ressourcen zeigten starke und breite Effekte durch das GePP-Projekt auf. So konnten in 4 von 6 Stationen diese Ressourcen gesteigert werden, teils sogar über 3 Skalen hinweg. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Station H erfahren nach der GePP-Intervention weniger soziale Gesundheitsressourcen seitens der Kollegen und Kolleginnen sowie ihrer Stations-/Wohnbereichsleitung. Auf Station E verbesserte sich das Sozialklima, doch die Unterstützung und die Mitarbeiterorientierung durch den Vorgesetzten nahmen statistisch signifikant ab.

10. Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Die Hypothesen konnten nur teilweise und nicht für jede der Stationen/Wohnbereiche bestätigt werden. Diese heterogenen Ergebnisse bestätigen die Annahme, dass sich die Stationen/Wohnbereiche strukturell oder personell unterscheiden müssen. In einer Gesamtsicht aller Ergebnisse konnte auf zwei Stationen (Station B und D) eine deutliche salutogene Wirkung entfaltet werden. Auf weiteren zwei Stationen (F und G) konnten Gesundheitsressourcen gesteigert werden, jedoch in geringerem Maße. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Station A erfuhren im Projektverlauf sowohl eine Belastungssteigerung sowie einen Ressourcenzugewinn. Zwei der neun Stationen (Station C und I) zeigten keinerlei Veränderung im Vergleich der Ergebnisse vor und nach dem Projekt. Bedenklich sind die Ergebnisse der Stationen H und E, die deutliche, negative Effekte erfahren haben.

* Signifikanzniveau (α < 0,05)
** Signifikanzniveau (α < 0,10)

	Station A	Station B	Station C	Station D	Station E	Station F	Station G	Station H	Station I
Skalen	Bewertung	Bewertung	Bewertung	Bewertung	Bewertung	Bewertung	Bewertung	Bewertung	Bewertung
Ganzheitlichkeit der Aufgaben									
Qualifikationsanforderungen und Verantwortung					-*				
Überforderung durch Arbeitsaufgaben (qualitativ und quantitativ)				+*					
Unterforderung durch die Arbeitsaufgaben (qualitativ)					-*				
Belastendes Sozialklima (Kollegen)	-**	+**		+*	-*				
Belastendes Vorgesetztenverhalten				+*	-*			-*	
Aufgabenvielfalt									
Qualifikationspotential der Arbeitstätigkeit	+**				-**		+*		
Tätigkeitsspielraum (Entscheidungs- und Kontrollspielraum)		-**			-*			-**	
Partizipationsmöglichkeiten		+**		+*	-*				
positives Sozialklima				+**	+*		+**	-*	
Mitarbeiterorientiertes Vorgesetztenverhalten		+*		+*	-*	+*		-*	
Soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten		+*		+**	-*	+*			
Soziale Unterstützung durch Arbeitskollegen		+**						-**	

Der gewünschte Effekt des GePP-Projekts, nämlich Belastungen zu reduzieren und zugleich Gesundheitsressourcen zu steigern, kann den jetzigen Erkenntnissen nach erreicht werden, wohl jedoch nur unter bestimmten Bedingungen. Zum Verständnis dieser heterogenen Ergebnisse bedarf es nun einer Recherche möglicher Einflussfaktoren unter Hinzuziehung von Kontextwissen aus dem Projekt.

11. Identifikation möglicher Einflussfaktoren

Nachfolgend werden nun denkbare Einflussfaktoren auf die Ergebnisse geprüft und diskutiert:

- Die Qualifikationsmaßnahme, das RokoKom©-Konzept sowie das Konzept des salutogenen Veränderungsmanagements sind standardisierte Konzepte, die alle Stations-/Wohnbereichsleitungen und das obere Management in gleicher Weise erfahren haben.

- Eine Betrachtung, ob die positiven oder negativen Effekte auf die Kliniken zurückzuführen sind, lies kein Muster erkennen. Ebenso lassen sich positive und negative Effekte nicht über eine Differenzierung in Klinik- und Heimbereich erklären. Auch der Blick auf die zu pflegende Klientel (akut psychiatrische, gerontopsychiatrische Patienten oder Heimbewohner) lässt keinen plausiblen Rückschluss auf die Ergebnisse zu.

Die Wirksamkeit der GePP-Intervention scheint demnach von den Bedingungen der jeweiligen Station abhängig zu sein. Über die qualitativen Ergebnisse der Befragung der Stationsleitungen konnten die je spezifischen Projektbedingungen rekonstruiert und mit den negativen bzw. positiven Effekten in Zusammenhang gebracht werden:

- Die dominanten negativen Effekte der Stationen E und H werden mit den dortigen strukturellen Umbrüchen[11] assoziiert. Diese waren starke und umfassende Veränderungen, die auf jeden Mitarbeiter in gleicher Weise einwirkten und die in keinem Zusammenhang mit dem GePP-Projekt stehen. Aufgrund der zugesicherten Vertraulichkeit an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie deren Vorgesetzten im Rahmen des GePP-Projekts müssen diese Geschehnisse an dieser Stelle abstrakt bleiben, um einen Rückschluss auf die konkreten Stationen zu verhindern. Dieser Interpretation nach, waren die Wirkungen der strukturellen Umbrüche gegenüber jeglichem salutogenen Führungsverhalten dominant. Das Artefakt eines positiveren Sozialklimas trotz der negativen Wirkungen der Umbrüche (Station E)

[11] Allen Beteiligten am GePP-Projekt wurde Vertraulichkeit und der Schutz Ihrer Daten zugesagt. Um ein Erkennen der hier gemeinten Stationen zu verhindern, wurde die tatsächlichen Vorkommnisse mit dem abstrakten Begriff „strukturelle Umbrüche“ chiffriert.

verweist auf ein großes Verständnis der Pflegenden untereinander und ein Gefühl der Solidarität.

- Die Stations-/Wohnbereichsleitungen benannten eine profunde Unterstützung durch ihre Vorgesetzten als wirksame Bedingung zur Umsetzung des GePP-Konzepts. Dieser Rückenwind unterstützte darin sich gegenüber anderen Berufsgruppen zu behaupten. Darüber hinaus wurde die Kooperationen mit anderen Berufsgruppen als förderlich empfunden, denn das Konzept RokoKom© berührte auch die Abläufe und Kommunikationswege der anderen Berufsgruppe. Beide Aspekte, der Rückenwind sowie die Kooperation anderer Berufsgruppen stellte eine begünstigende Rahmenbedingungen für das GePP-Projekt dar, dient jedoch nicht umfänglich zur Erklärung der Ergebnisse. Auch Stationen/Wohnbereiche mit günstigen Bedingungen erzielten keine oder negative Effekte.

Die bisherigen Interpretationen legen den Schluss nahe, dass mit Ausnahme der dominanten strukturellen Umbrüche, keine der benannten Einflussfaktoren maßgeblich zur Erklärung der Ergebnisse beiträgt. Als weiterer möglicher Einflussfaktor ist das Führungsverhalten der Stations-/Wohnbereichsleitungen zu identifizieren und vor dem Hintergrund der Ergebnisse zu sehen. Der Blick in die Ergebnisse der Fokus-Gruppen, der Befragung der Stations-/Wohnbereichsleitungen lies und die Kontrastierung mit den statistischen Ergebnissen legt die Vermutung nahe, dass das salutogene Potential des GePP-Konzepts dann geweckt wurde, wenn die Führungskräfte:

- nachhaltig und authentisch für eine positive Wahrnehmung der Veränderungen bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern warben und stetig selbst zuversichtlich und motiviert den Anforderungen begegneten;
- die Wirkung der Rahmenbedingen (z.B. Personalmangel, Fluktuation) auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter moderierten, dadurch das Projekt stetig lebendig hielten und in Phasen knapper Ressourcen lediglich kleine Kompromisse in Kauf nahmen;
- die Anforderungen des RokoKom©-Konzepts mit den Fähigkeiten und den Selbsteinschätzungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Einklang brachten und dadurch einigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern je nach

Interessen und Fähigkeiten die Entwicklungsmöglichkeiten sowie die Partizipation am Organisationsentwicklungsprozess eröffneten und andere damit nicht überforderten.

Diesen Erkenntnissen nach können widrige Rahmenbedingungen bis zu einem hohen Grad durch mitarbeiterorientiertes Führungsverhalten kompensiert, bzw. deren Wirkung reduziert werden. Darüber hinaus entscheidet das Führungsverhalten maßgeblich (mit Ausnahme strukturelle Umbrüche) darüber, welche salutogene Wirkung auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erzielt werden kann.

12. Reflexion und Schlussfolgerungen

Das GePP-Projekt war eine tiefgreifende Veränderung der Arbeitswelt und der darauf beruhenden Beziehungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter untereinander. Die Veränderungen gingen notwendigerweise mit großen Anforderungen an den Einzelnen einher. Es bleibt offen, ob die Pflegekräfte nach einem Jahr der Intervention bereits alle notwendigen Fähigkeiten und Routinen zur täglichen Bewältigung der RokoKom©-Anforderungen haben entwickeln können. Aus Perspektive der Personal- und Organisationsentwicklung ist der Zeitraum von einem Jahr als kurz anzusehen. Dennoch konnten bereits nach einem Jahr statistisch signifikante Ergebnisse erzielt werden, die mit erklärbaren Ausnahme der Stationen E und H, das gesundheitsförderliche Potential des GePP-Konzepts erkennen lassen. Eine weitere Befragung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach einer gewissen Zeit ist leider aus methodischen Gründen nicht möglich, denn jede der Kliniken hat aufbauend auf dem GePP-Projekt bereits weitere Organisations-entwicklungsmaßnahmen eingeleitet.

Allen Ergebnissen von in-situ-Studien, so auch dieser, haftet eine gewisse Skepsis an. Diese ist wissenschaftlich betrachtet auch gut nachvollziehbar, denn die Rahmenbedingungen lassen sich nicht kontrollieren. Die Stationen/Wohnbereiche wurden zudem nicht zufällig (randomisiert) ausgewählt, sondern von den Vorgesetzten bestimmt. Die Überprüfung möglicher Verzerrungen der Ergebnisse mittels des Solomon-Vier-Gruppen-Designs machte jedoch deutlich, dass

- sich die Interventions- von den Kontrollstationen bezogen auf die Ausgangssituation vor Projektbeginn nicht unterschieden und

- sich der Einfluss des Projekts an sich (Hawthorne Effekt) nicht auf die Ergebnisse auswirkte.

Darüber erhält die Studie ein gewisses Maß an interner Validität.

Eine Gesamtbetrachtung der Ergebnisse über alle Skalen hinweg legt die Vermutung nahe, dass das Potential welches dem RokoKom©-Konzept innewohnt nur dann erfahrbar wurde, wenn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einem salutogenen Führungsverhalten begleitet wurden. Dieses Führungsverhalten scheint selbst gegenüber stark widrigen Rahmenbedingungen dominant zu wirken, da Stationen/Wohnbereiche trotz von außen betrachtet destruktiven Rahmenbedingungen positive Ergebnisse erzielten. Dies legt den Schluss nahe, dass die Rahmenbedingungen der pflegerischen Arbeit immer gedeutete und damit keine objektiven darstellen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, aber auch die Stationsleitungen handeln auf Grundlage der Bedeutungen die sie den Bedingungen zusprechen[12].

Es wurde ersichtlich wie sehr das Führungsverhalten dafür verantwortlich ist, dass das RokoKom©-Konzept seine Wirkung entfalten kann. Dieser Erkenntnis nach gibt es keine Zauberkonzepte, die aus sich selbst heraus eine Wirkung entfalten. Jedes Konzept muss eingeführt werden; und eben jene Einführung entscheidet mit über die Akzeptanz, den Durchdringungsgrad sowie die Potentialentfaltung des Konzepts.

Der Umfang, aber vielmehr noch die besondere Weise der Qualifikation der Stations- und Wohnbereichsleitung durch die Rhein-Mosel-Akademie Andernach, geprägt von intensiver Selbsterfahrung, einem konkreten Praxisauftrag und stetiger Begleitung durch Coaching scheint ein erfolgreicher Weg dahingehend zu sein, die theoretischen Führungsinhalte zur inneren Praxis werden zu lassen.

Dem GePP-Konzept, bestehend aus einer Organisationsentwicklungsmaßnahme (RokoKom©) und einer salutogenen Durchführung derselben, birgt ein gesundheitsförderndes Potential. Für etwa einhundert psychiatrisch Pflegende konnte dieses Potential bereits spürbar werden.

---

[12] Diese Erkenntnis ist nicht neu und findet sich bei Mead und Blumer.

13. Literaturverzeichnis

Bamberg, E., Ducki, A. & Metz, A. (1998). Handlungsbedingungen und Grundlagen der betrieblichen Gesundheitsförderung. In: E. Bamberg, A. Ducki & A. Metz. Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte (S. 17-36). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

BKK Gesundheitsreport 2005. Krankheitsentwicklungen – Blickpunkt: Psychische Gesundheit. Essen, 2005

Bortz, Jürgen; Döring, Nicola: Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4. überarbeitete Auflage, Springer, Heidelberg 2006

DAK-BGW (Hrsg.): Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege. Berlin Hamburg, 2005

Fritz, Silke; Sonntag, Kh.: Führung durch Vertrauen als entscheidende Ressource im change management. Unter: http://www.sero.uni-hd.de/publikationen/12_BWS_F3_Fritz.ppt#635,6,Folie 6 (Stand 06/2008)

Glaser, Jürgen; Höge, Thomas: Spezifische Anforderungen und Belastungen personenbezogener Krankenhausarbeit. In: Badura; Schellschmidt; Vetter (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2004. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Berlin 2005, S. 51-64

Hasselhorn, Hans-Martin; Müller, Bernd Hans: Arbeitsbelastung und –beanspruchung bei Pflegepersonal in Europa – Ergebnisse der NEXT-Studie. In: Badura; Schellschmidt; Vetter (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2004. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Berlin 2005, S. 21-47

IGA (Hrsg.): Ausmaß, Stellenwert und betriebliche Relevanz psychischer Belastungen bei der Arbeit. Ergebnisse einer Befragung von Arbeitsschutzexperten. IGA-Report 5. Dresden 2004

Lasshofer, Linda: Betriebliches Gesundheitsmangement und Salutogenese. Ressourcen erfolgreich nutzen und aufbauen. VDM Verlag Dr. Müller. 2006

Lasshofer, Linda: Betriebliches Gesundheitsmangement und Salutogenese. Ressourcen erfolgreich nutzen und aufbauen. VDM Verlag Dr. Müller. 2006

Rhein-Mosel-Akademie: GePP-Projekt: Qualifizierungskonzept für Führungskräfte der mittleren Führungsebene. Andernach 2008

Rimann, Martin; Udris, Ivars (1997): Subjektive Arbeitsanalyse: Der Fragebogen SALSA. In: Strohm, Oliver; Ulich, Eberhard (Hrsg.): Unternehmen psychologisch bewerten. vdf Hochschulverlag, Zürich, S. 281 - 320

Semmer, Norbert K.; Jacobshagen, Nicoal; Meier, Laurenz L.: Arbeit und (mangelnde) Wertschätzung. In: Wirtschaftspsychologie, Heft 2/3-2006, S. 87-94

Siegrist, Johannes: Soziale Konflikte und Gesundheit. Göttingen, Hogrefe 1996

Simon, M; Tackenberg, P.; Hasselhorn, H.-M.; Kümmerling, A.; Büscher, A.; Müller B.H.: Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Universität Wuppertal, 2005. http://www.next.uni-wuppertal.de (Stand 08.06.2007)

Udris, Ivars: Salutogenese in der Arbeit – ein Paradigmenwechsel? In: Wirtschaftspsychologie, Heft 2/3-2006, S. 4-13

WHO: Psychische Gesundheit: Herausforderungen annahmen, Lösungen schaffen. Bericht über die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz, 2006, S. 2

Wolff, Stephan: Wie nehmen Pflegende in der Psychiatrie ihre Patienten wahr? Kompetenzorientierte psychiatrische Pflege. In: Psychiatrische Pflege. 2002, S. 300 - 309

Anhang A: Statistische Ergebnisse der einzelnen Stationen

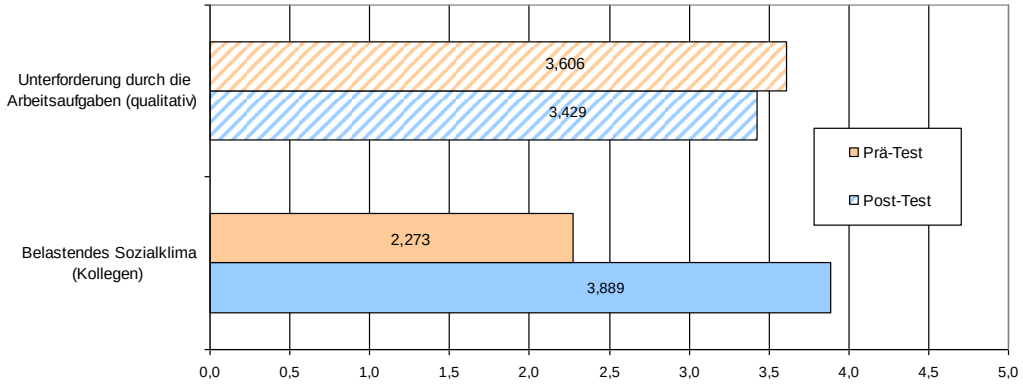
Leseprobe für den statistisch ungeübten Leser

Die nachstehenden fiktiven Ergebnisse und deren Darstellungen sollen dem statistisch ungeübten Leser das Verständnis der darauffolgenden Projektergebnisse erleichtern.

Die Fragen, die mittels Fragebogen an de Pflegekräfte gestellt wurden, erlaubten 5 mögliche Antworten. Diese wurden bei der Dateneingabe mit einer Ziffer codiert, wie der nachstehenden Legende zu entnehmen ist.

5	fast immer / trifft völlig zu
4	oft / trifft eher zu
3	manchmal / teils-teils
2	selten / trifft eher nicht zu
1	fast nie / trifft überhaupt nicht zu

In einem nächsten Schritt wurden die Mittelwerte aller Pflegekräfte vor und nach der Intervention berechnet und miteinander verglichen (sogenannter T-Test). Die ermittelten Ergebnisse werden zunächst grafisch in einem Balkendiagramm dargestellt:



Der orange Balken steht für den Prä- und der blaue für den Post-Test. Erscheinen diese schraffiert, ist das Ergebnis nicht statistisch signifikant. Dem entgegen kennzeichnen Balken in voller Farbe ein statistisch signifikantes Ergebnis. Die Zahlen innerhalb der Balken sind die Mittelwerte.

Im Anschluss an die grafische Darstellung werden die Ergebnisse in tabellarischer Form ausgewiesen:

Skalen	Test	N	Mittelwert	Standard-abweichung	Signifikanz	Bewertung
Unterforderung durch die Arbeitsaufgaben (qualitativ)	Prä-Test	11	3,429	0,443	0,27	
	Post-Test	7	3,606	0,738		
Belastendes Sozialklima (Kollegen)	Prä-Test	11	3,889	0,554	0,01	negativ
	Post-Test	7	2,273	0,385		

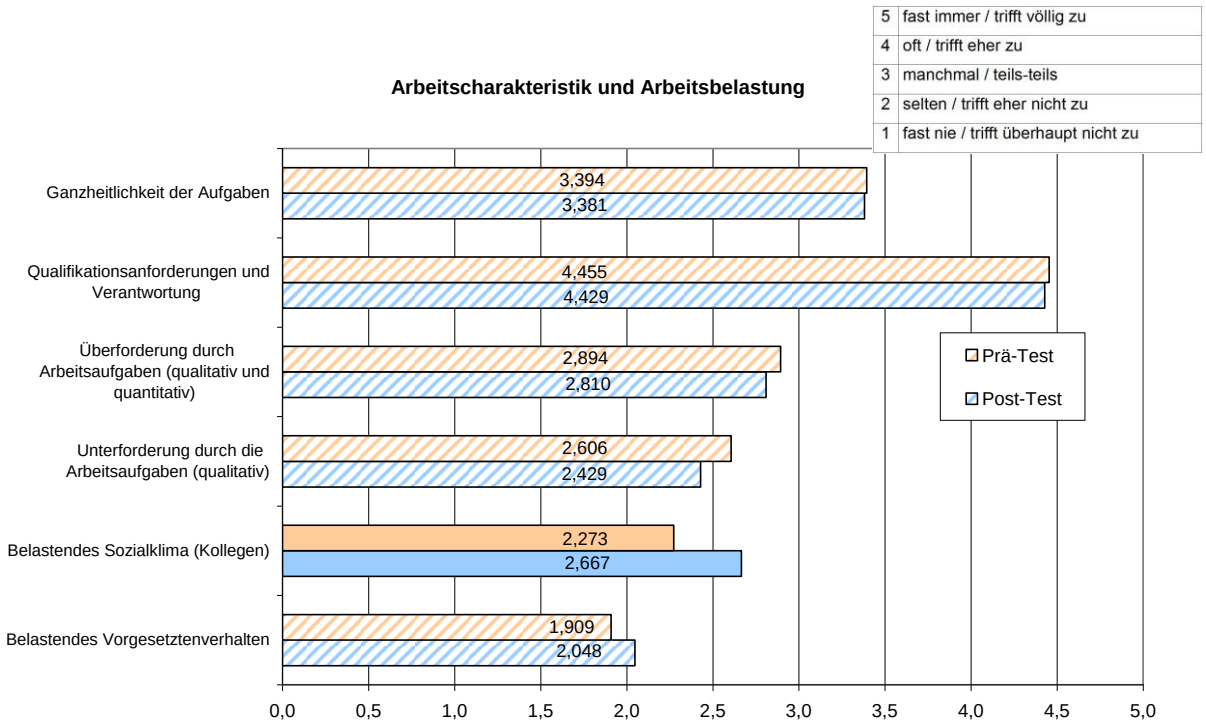
Die Rubrik „Skalen“ zeigt auf, was hier untersucht wurde, Z.B. ob die qualitative Unterforderung im Rahmen des GePP-Projekts zu- oder abgenommen hat. Die nächste Spalte kennzeichnet den Prä- und den Vortest. N steht für die Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die geantwortet haben (Stichprobe). Des Weiteren sind die Mittelwerte aufgeführt, die Standardabweichung[13] und die Signifikanz[14]. Die letzte Spalte bewertet dieses Ergebnis:

- Negativ bedeutet, dass eine Verschlechterung und
- Positiv, dass eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen zu verzeichnen ist.

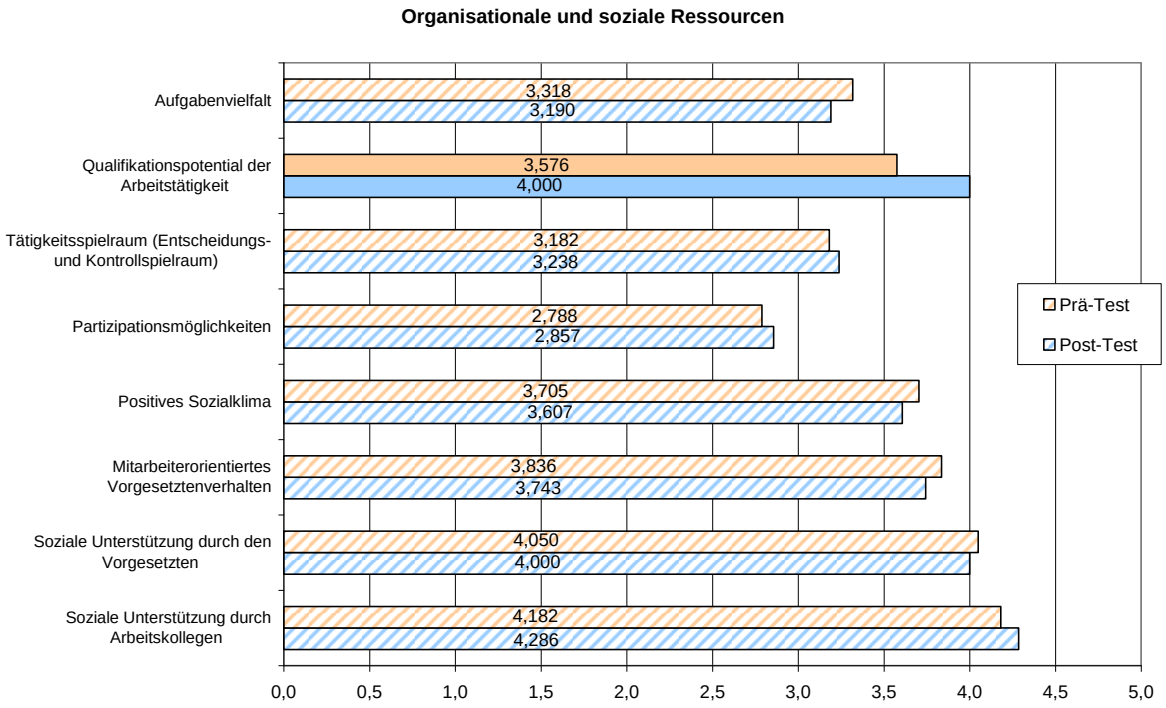
[13] Die Standardabweichung kennzeichnet, wie weit die Antworten um den Mittelwert herum gestreut waren. Je größer, desto weniger Personen haben in der Nähe des Mittelwertes geantwortet und umgekehrt.

[14] Mit einem statistischen Signifikanz-Test wird überprüft, in wie weit die Unterschiede der Ergebnisse des Prä- und des Post-Tests auf einem Zufall beruhen. Beispielsweise bedeutet ein Wert ≤ 0,10, dass der Zufall zu 90% ausgeschlossen werden kann. Kann der Zufall nur in einem geringeren Umfang ausgeschlossen werden, sind die Ergebnisse nicht mehr signifikant.

Ergebnisse Station A

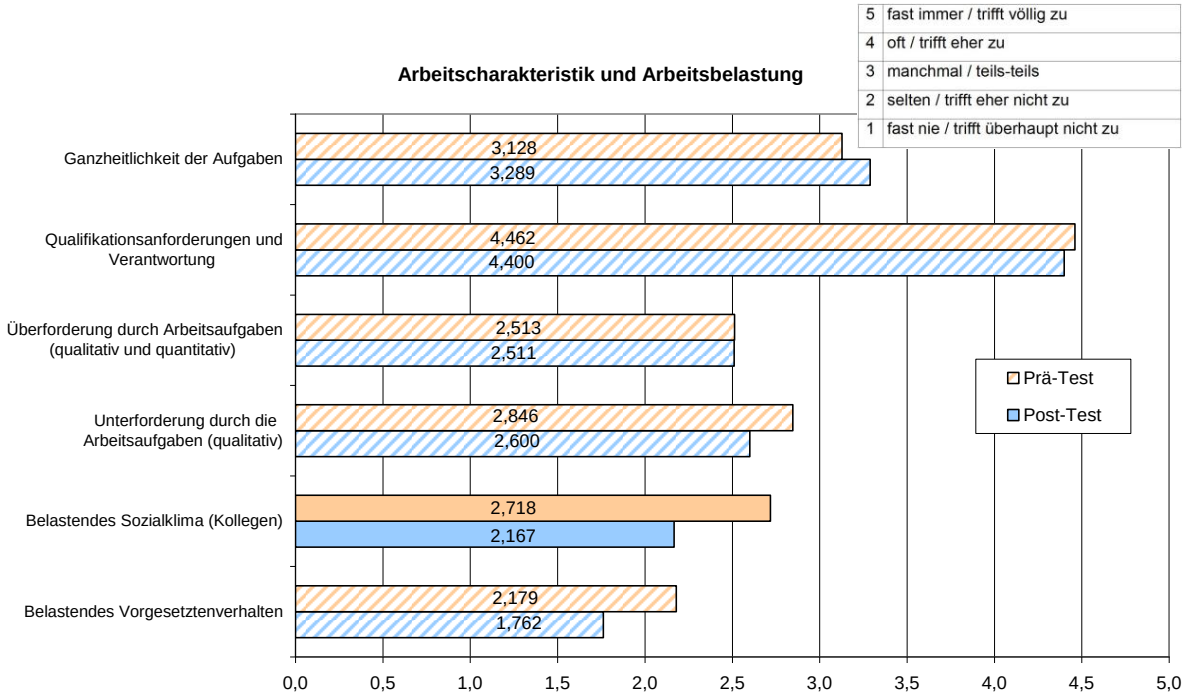


Skalen	Test	N	Mittelwert	Standard-abweichung	Signifikanz	Bewertung
Ganzheitlichkeit der Aufgaben	Prä-Test	11	3,394	0,680	0,48	
	Post-Test	7	3,381	0,678		
Qualifikationsanforderungen und Verantwortung	Prä-Test	11	4,455	0,485	0,46	
	Post-Test	7	4,429	0,641		
Überforderung durch Arbeitsaufgaben (qualitativ und quantitativ)	Prä-Test	11	2,894	0,761	0,40	
	Post-Test	7	2,810	0,531		
Unterforderung durch die Arbeitsaufgaben (qualitativ)	Prä-Test	11	2,606	0,443	0,27	
	Post-Test	7	2,429	0,738		
Belastendes Sozialklima (Kollegen)	Prä-Test	11	2,273	0,554	0,06	negativ
	Post-Test	7	2,667	0,385		
Belastendes Vorgesetztenverhalten	Prä-Test	11	1,909	0,701	0,33	
	Post-Test	7	2,048	0,525		

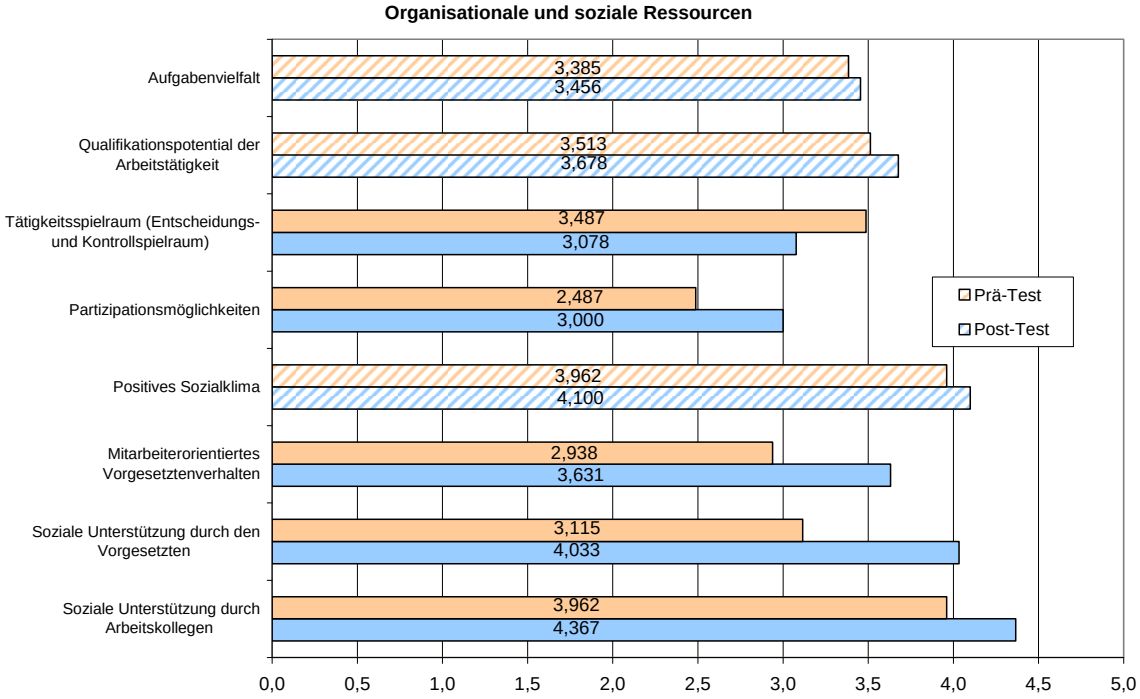


Skalen	Test	N	Mittelwert	Standard-abweichung	Signifikanz	Bewertung
Aufgabenvielfalt	Prä-Test	11	3,318	0,883	0,36	
	Post-Test	7	3,190	0,325		
Qualifikationspotential der Arbeitstätigkeit	Prä-Test	11	3,576	0,560	0,09	positiv
	Post-Test	7	4,000	0,694		
Tätigkeitsspielraum (Entscheidungs- und Kontrollspielraum)	Prä-Test	11	3,182	0,431	0,40	
	Post-Test	7	3,238	0,499		
Partizipationsmölichkeiten	Prä-Test	11	2,788	0,793	0,43	
	Post-Test	7	2,857	0,920		
Positives Sozialklima	Prä-Test	11	3,705	0,445	0,33	
	Post-Test	7	3,607	0,430		
Mitarbeiterorientiertes Vorgesetztenverhalten	Prä-Test	11	3,836	0,650	0,37	
	Post-Test	7	3,743	0,360		
Soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten	Prä-Test	10	4,050	0,762	0,45	
	Post-Test	7	4,000	0,913		
Soziale Unterstützung durch Arbeitskollegen	Prä-Test	11	4,182	0,560	0,37	
	Post-Test	7	4,286	0,699		

Ergebnisse Station B

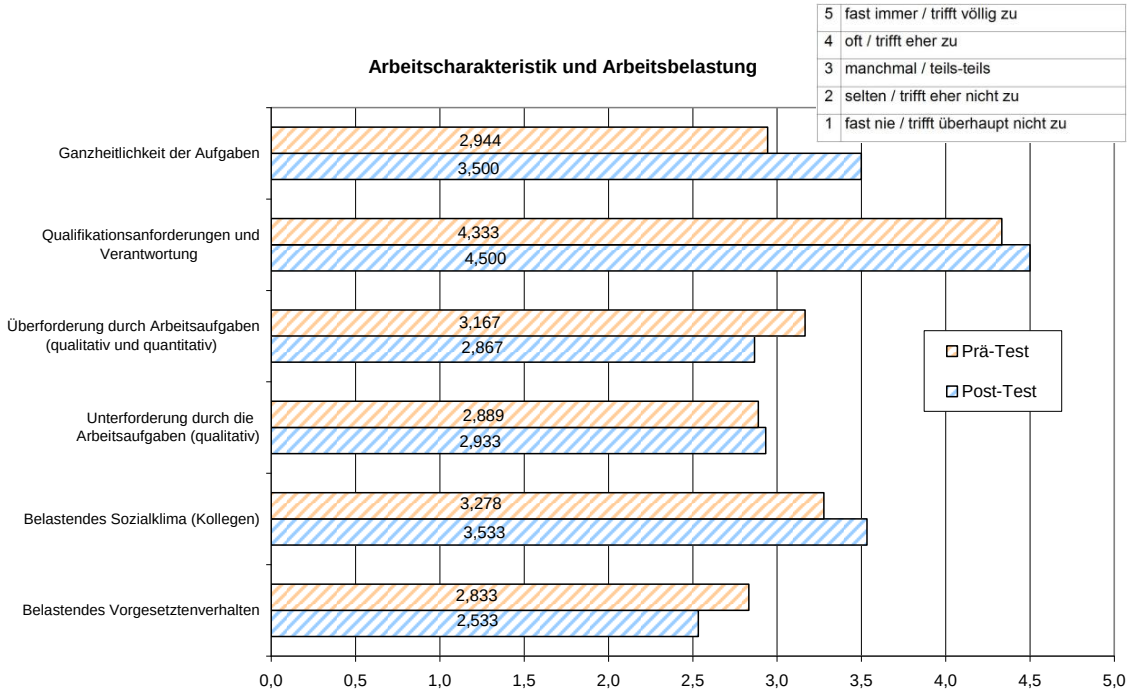


Skalen	Test	N	Mittelwert	Standard-abweichung	Signifikanz	Bewertung
Ganzheitlichkeit der Aufgaben	Prä-Test	13	3,128	0,632	0,48	
	Post-Test	15	3,289	0,547		
Qualifikationsanforderungen und Verantwortung	Prä-Test	13	4,462	0,628	0,76	
	Post-Test	15	4,400	0,441		
Überforderung durch Arbeitsaufgaben (qualitativ und quantitativ)	Prä-Test	13	2,513	0,705	0,99	
	Post-Test	15	2,511	0,619		
Unterforderung durch die Arbeitsaufgaben (qualitativ)	Prä-Test	13	2,846	0,633	0,30	
	Post-Test	15	2,600	0,594		
Belastendes Sozialklima (Kollegen)	Prä-Test	13	2,718	0,970	0,09	positiv
	Post-Test	15	2,167	0,670		
Belastendes Vorgesetztenverhalten	Prä-Test	13	2,179	1,042	0,17	
	Post-Test	14	1,762	0,356		

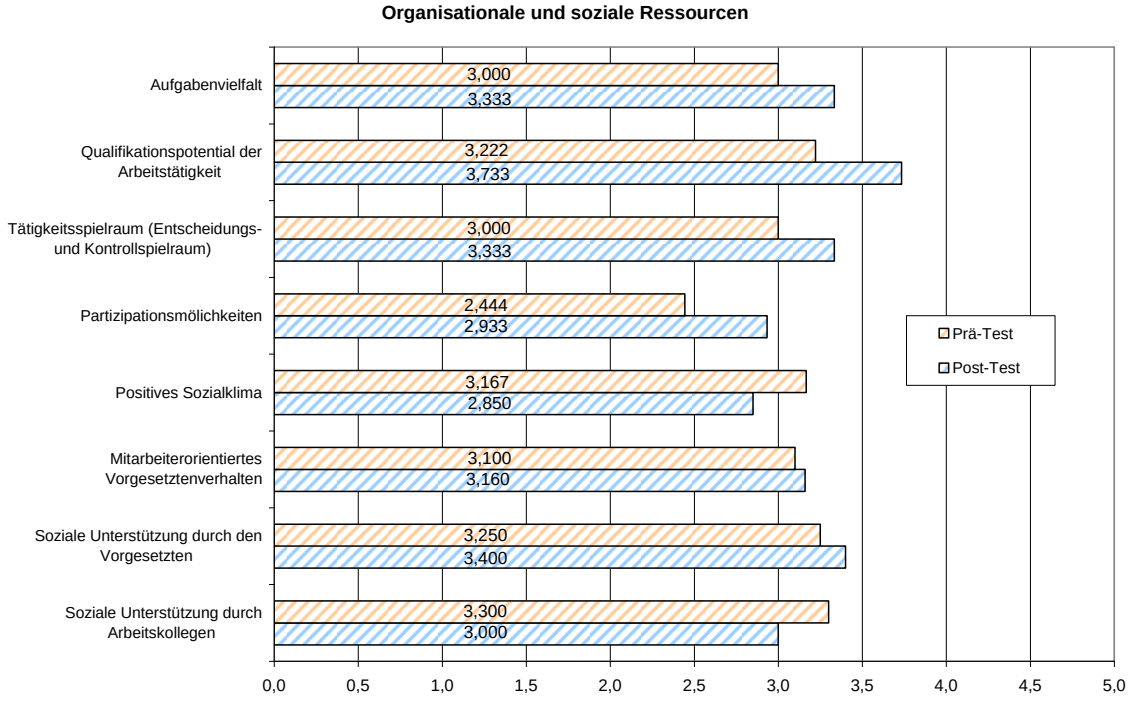


Skalen	Test	N	Mittelwert	Standard-abweichung	Signifikanz	Bewertung
Aufgabenvielfalt	Prä-Test	13	3,385	0,859	0,79	
	Post-Test	15	3,456	0,521		
Qualifikationspotential der Arbeitstätigkeit	Prä-Test	13	3,513	0,647	0,49	
	Post-Test	15	3,678	0,593		
Tätigkeitsspielraum (Entscheidungs- und Kontrollspielraum)	Prä-Test	13	3,487	0,464	0,06	negativ
	Post-Test	15	3,078	0,607		
Partizipationsmölichkeiten	Prä-Test	13	2,487	0,728	0,07	positiv
	Post-Test	15	3,000	0,690		
Positives Sozialklima	Prä-Test	13	3,962	0,498	0,54	
	Post-Test	15	4,100	0,653		
Mitarbeiterorientiertes Vorgesetztenverhalten	Prä-Test	13	2,938	0,655	0,01	positiv
	Post-Test	15	3,631	0,671		
Soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten	Prä-Test	13	3,115	0,961	0,01	positiv
	Post-Test	15	4,033	0,667		
Soziale Unterstützung durch Arbeitskollegen	Prä-Test	13	3,962	0,594	0,10	positiv
	Post-Test	15	4,367	0,667		

Ergebnisse Station C

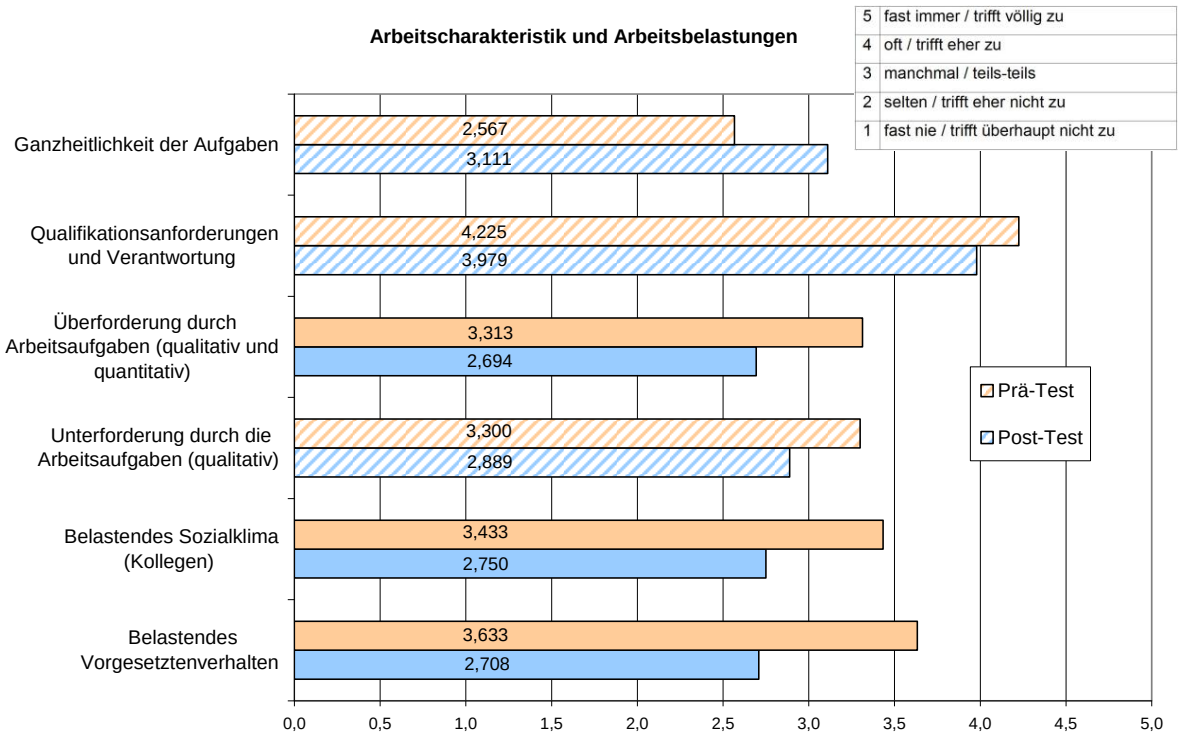


Skalen	Test	N	Mittelwert	Standard-abweichung	Signifikanz	Bewertung
Ganzheitlichkeit der Aufgaben	Prä-Test	6	2,944	0,390	0,16	
	Post-Test	5	3,500	0,782		
Qualifikationsanforderungen und Verantwortung	Prä-Test	6	4,333	0,408	0,47	
	Post-Test	5	4,500	0,306		
Überforderung durch Arbeitsaufgaben (qualitativ und quantitativ)	Prä-Test	6	3,167	0,506	0,35	
	Post-Test	5	2,867	0,506		
Unterforderung durch die Arbeitsaufgaben (qualitativ)	Prä-Test	6	2,889	0,584	0,93	
	Post-Test	5	2,933	1,090		
Belastendes Sozialklima (Kollegen)	Prä-Test	6	3,278	0,491	0,46	
	Post-Test	5	3,533	0,606		
Belastendes Vorgesetztenverhalten	Prä-Test	6	2,833	0,587	0,57	
	Post-Test	5	2,533	1,070		

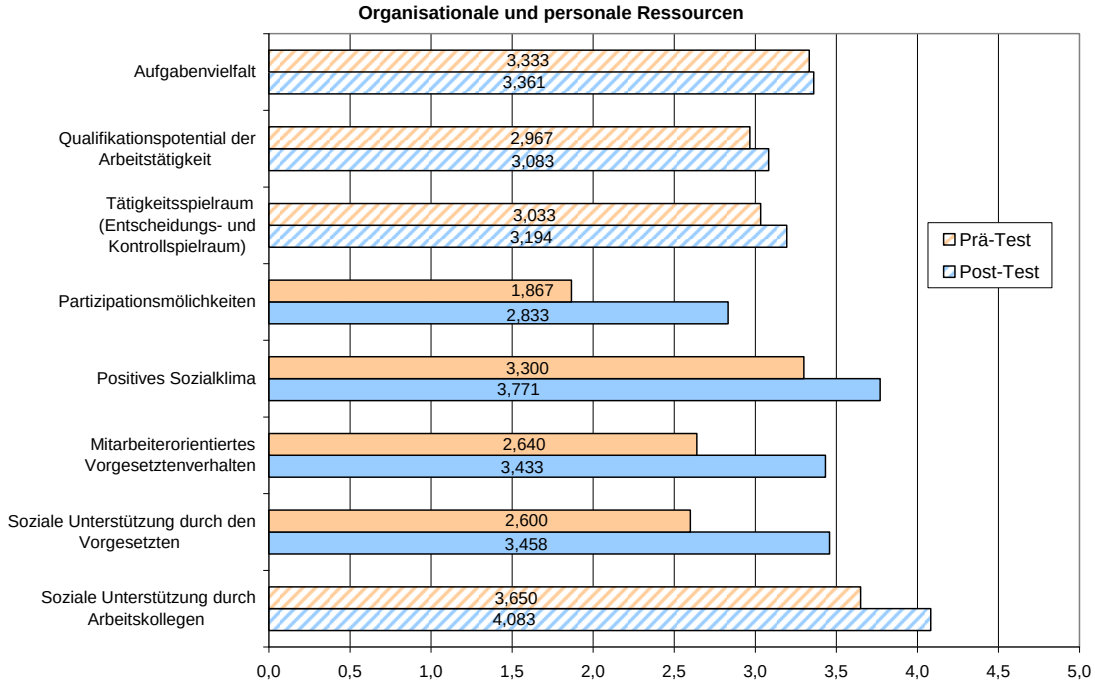


Skalen	Test	N	Mittelwert	Standard-abweichung	Signifikanz	Bewertung
Aufgabenvielfalt	Prä-Test	6	3,000	0,298	0,51	
	Post-Test	5	3,333	1,155		
Qualifikationspotential der Arbeitstätigkeit	Prä-Test	6	3,222	0,455	0,19	
	Post-Test	5	3,733	0,723		
Tätigkeitsspielraum (Entscheidungs- und Kontrollspielraum)	Prä-Test	6	3,000	0,516	0,36	
	Post-Test	5	3,333	0,624		
Partizipationsmölichkeiten	Prä-Test	6	2,444	0,720	0,41	
	Post-Test	5	2,933	1,164		
Positives Sozialklima	Prä-Test	6	3,167	0,408	0,22	
	Post-Test	5	2,850	0,379		
Mitarbeiterorientiertes Vorgesetztenverhalten	Prä-Test	6	3,100	0,654	0,91	
	Post-Test	5	3,160	1,033		
Soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten	Prä-Test	6	3,250	0,524	0,80	
	Post-Test	5	3,400	1,294		
Soziale Unterstützung durch Arbeitskollegen	Prä-Test	5	3,300	0,837	0,48	
	Post-Test	5	3,000	0,354		

Ergebnisse Station D

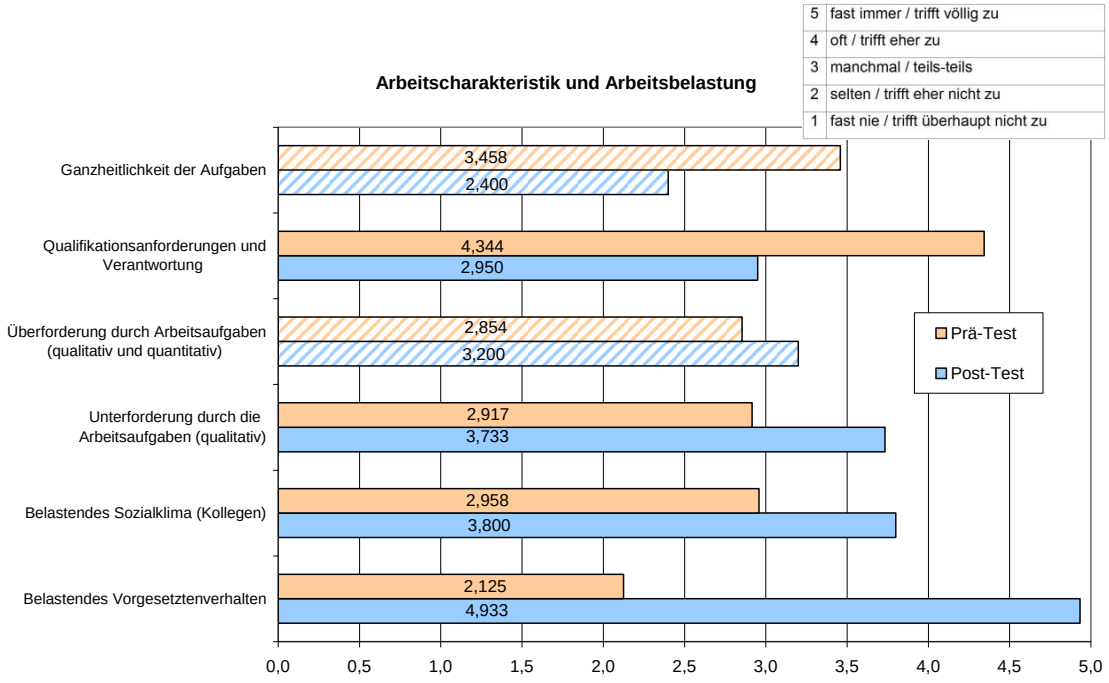


Skalen	Test	N	Mittelwert	Standard-abweichung	Signifikanz	Bewertung
Ganzheitlichkeit der Aufgaben	Prä-Test	10	2,567	0,903	0,18	
	Post-Test	12	3,111	0,925		
Qualifikationsanforderungen und Verantwortung	Prä-Test	10	4,225	0,640	0,43	
	Post-Test	12	3,979	0,757		
Überforderung durch Arbeitsaufgaben (qualitativ und quantitativ)	Prä-Test	10	3,313	0,393	0,02	positiv
	Post-Test	12	2,694	0,717		
Unterforderung durch die Arbeitsaufgaben (qualitativ)	Prä-Test	10	3,300	0,728	0,16	
	Post-Test	12	2,889	0,592		
Belastendes Sozialklima (Kollegen)	Prä-Test	10	3,433	0,387	0,03	positiv
	Post-Test	12	2,750	0,866		
Belastendes Vorgesetztenverhalten	Prä-Test	10	3,633	0,675	0,03	positiv
	Post-Test	12	2,708	1,069		

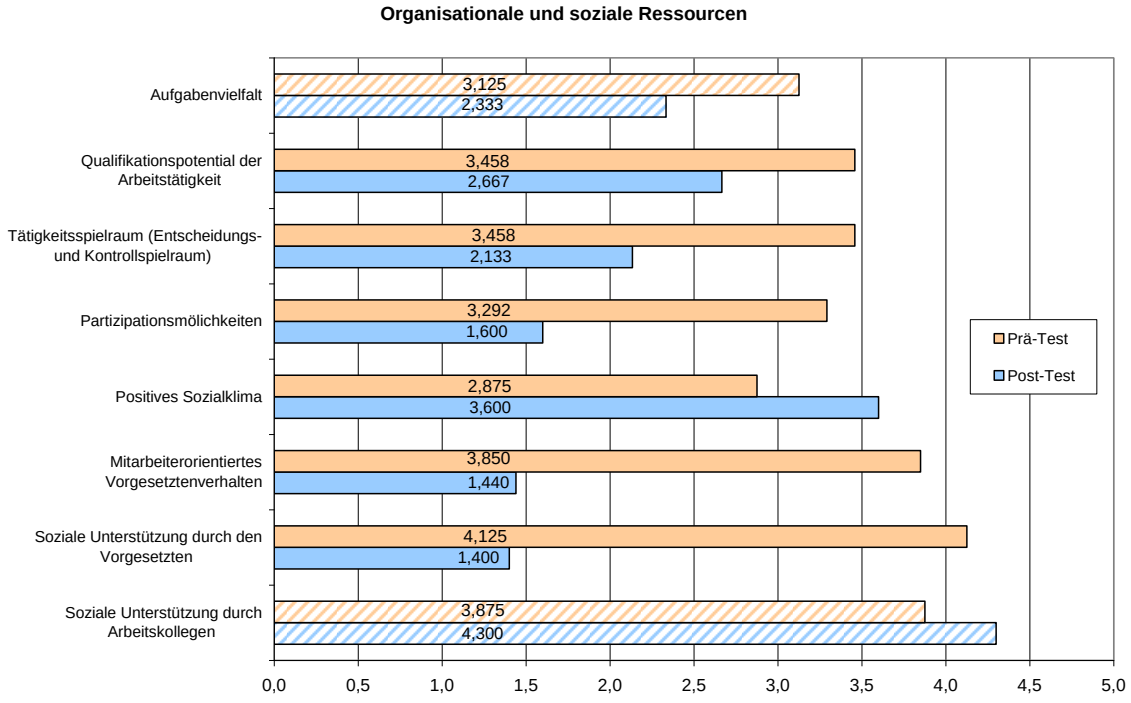


Skalen	Test	N	Mittelwert	Standard-abweichung	Signifikanz	Bewertung
Aufgabenvielfalt	Prä-Test	10	3,333	0,685	0,94	
	Post-Test	12	3,361	0,881		
Qualifikationspotential der Arbeitstätigkeit	Prä-Test	10	2,967	0,745	0,77	
	Post-Test	12	3,083	1,016		
Tätigkeitsspielraum (Entscheidungs- und Kontrollspielraum)	Prä-Test	10	3,033	0,618	0,54	
	Post-Test	12	3,194	0,594		
Partizipationsmölichkeiten	Prä-Test	10	1,867	0,632	0,01	positiv
	Post-Test	12	2,833	0,937		
Positives Sozialklima	Prä-Test	10	3,300	0,587	0,10	positiv
	Post-Test	12	3,771	0,703		
Mitarbeiterorientiertes Vorgesetztenverhalten	Prä-Test	10	2,640	0,826	0,05	positiv
	Post-Test	12	3,433	0,972		
Soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten	Prä-Test	10	2,600	1,197	0,10	positiv
	Post-Test	12	3,458	1,117		
Soziale Unterstützung durch Arbeitskollegen	Prä-Test	10	3,650	0,784	0,20	
	Post-Test	12	4,083	0,733		

Ergebnisse Station E

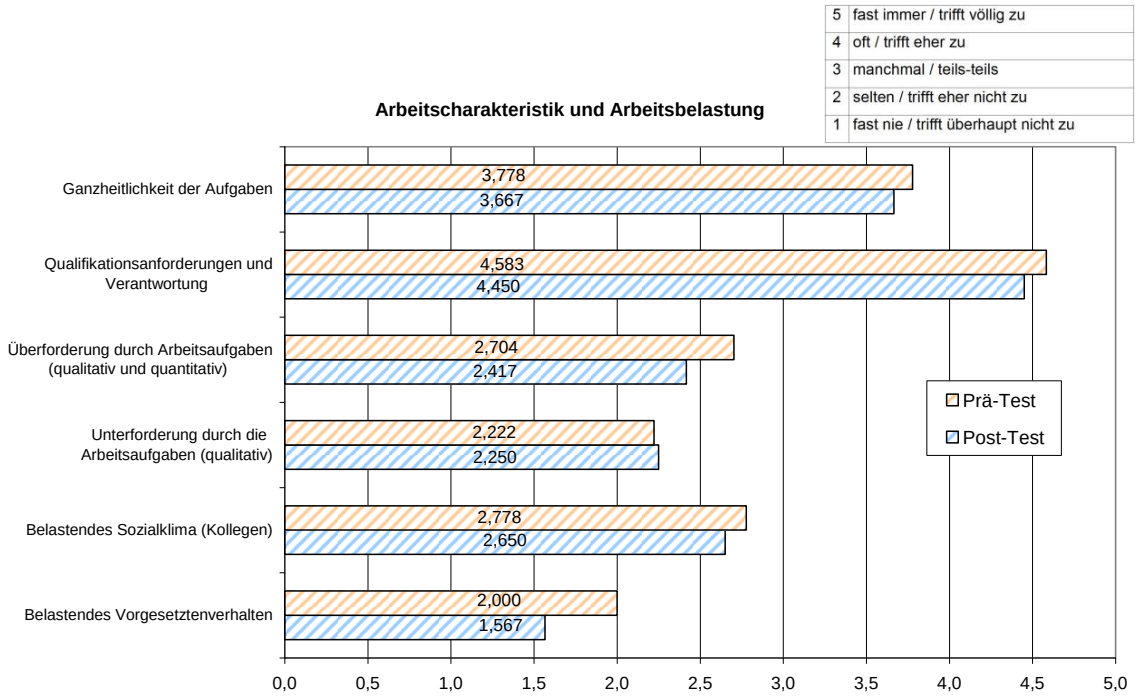


Skalen	Test	N	Mittelwert	Standard-abweichung	Signifikanz	Bewertung
Ganzheitlichkeit der Aufgaben	Prä-Test	8	3,458	1,208	0,13	
	Post-Test	5	2,400	1,011		
Qualifikationsanforderungen und Verantwortung	Prä-Test	8	4,344	0,533	0,00	negativ
	Post-Test	5	2,950	0,542		
Überforderung durch Arbeitsaufgaben (qualitativ und quantitativ)	Prä-Test	8	2,854	0,732	0,48	
	Post-Test	5	3,200	0,996		
Unterforderung durch die Arbeitsaufgaben (qualitativ)	Prä-Test	8	2,917	0,684	0,04	negativ
	Post-Test	5	3,733	0,435		
Belastendes Sozialklima (Kollegen)	Prä-Test	8	2,958	0,825	0,05	negativ
	Post-Test	5	3,800	0,183		
Belastendes Vorgesetztenverhalten	Prä-Test	8	2,125	0,796	0,00	negativ
	Post-Test	5	4,933	0,149		

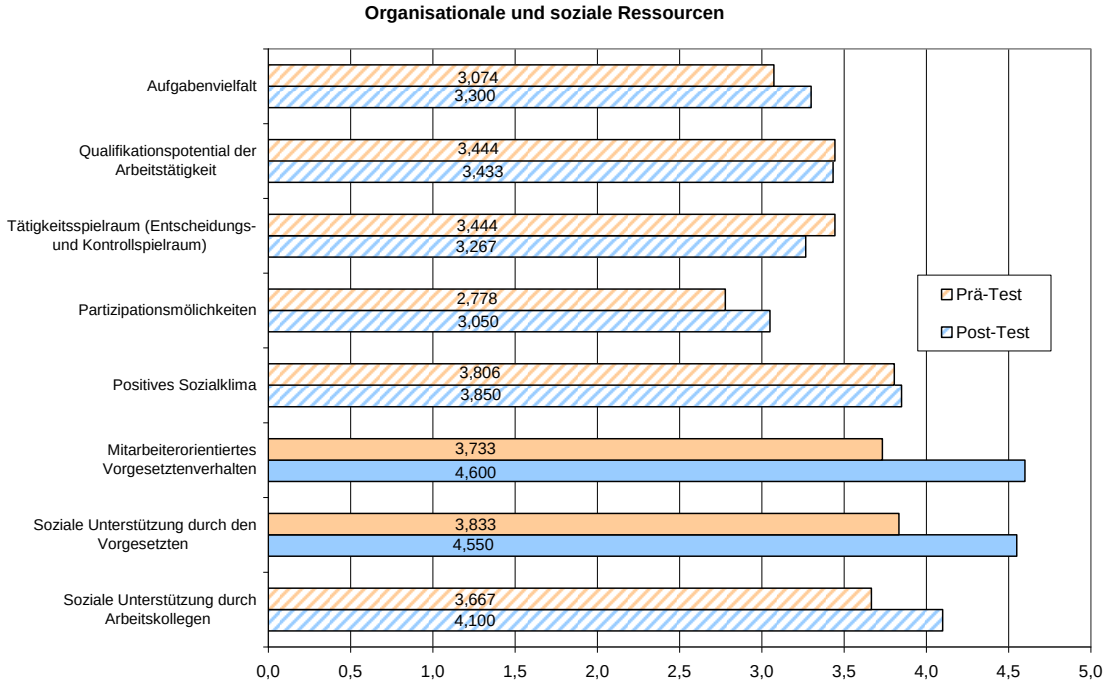


Skalen	Test	N	Mittelwert	Standard-abweichung	Signifikanz	Bewertung
Aufgabenvielfalt	Prä-Test	8	3,125	0,711	0,14	
	Post-Test	5	2,333	1,080		
Qualifikationspotential der Arbeitstätigkeit	Prä-Test	8	3,458	0,907	0,10	negativ
	Post-Test	5	2,667	0,408		
Tätigkeitsspielraum (Entscheidungs- und Kontrollspielraum)	Prä-Test	8	3,458	0,815	0,01	negativ
	Post-Test	5	2,133	0,767		
Partizipationsmölichkeiten	Prä-Test	8	3,292	0,844	0,00	negativ
	Post-Test	5	1,600	0,435		
Positives Sozialklima	Prä-Test	8	2,875	0,354	0,01	positiv
	Post-Test	5	3,600	0,518		
Mitarbeiterorientiertes Vorgesetztenverhalten	Prä-Test	8	3,850	0,715	0,00	negativ
	Post-Test	5	1,440	0,607		
Soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten	Prä-Test	8	4,125	0,641	0,00	negativ
	Post-Test	5	1,400	0,652		
Soziale Unterstützung durch Arbeitskollegen	Prä-Test	8	3,875	0,744	0,34	
	Post-Test	5	4,300	0,758		

Ergebnisse Station F

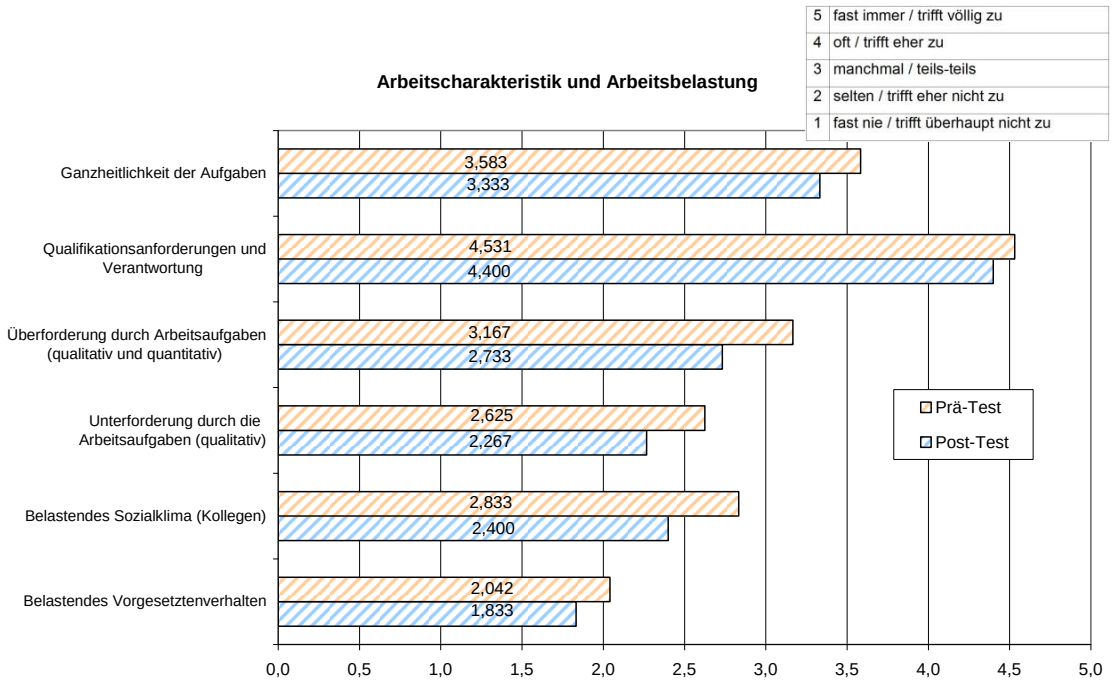


Skalen	Test	N	Mittelwert	Standard-abweichung	Signifikanz	Bewertung
Ganzheitlichkeit der Aufgaben	Prä-Test	9	3,778	0,577	0,68	
	Post-Test	10	3,667	0,567		
Qualifikationsanforderungen und Verantwortung	Prä-Test	9	4,583	0,250	0,54	
	Post-Test	10	4,450	0,587		
Überforderung durch Arbeitsaufgaben (qualitativ und quantitativ)	Prä-Test	9	2,704	0,781	0,37	
	Post-Test	10	2,417	0,584		
Unterforderung durch die Arbeitsaufgaben (qualitativ)	Prä-Test	9	2,222	0,667	0,93	
	Post-Test	10	2,250	0,734		
Belastendes Sozialklima (Kollegen)	Prä-Test	9	2,778	0,500	0,66	
	Post-Test	10	2,650	0,722		
Belastendes Vorgesetztenverhalten	Prä-Test	9	2,000	0,928	0,24	
	Post-Test	10	1,567	0,589		

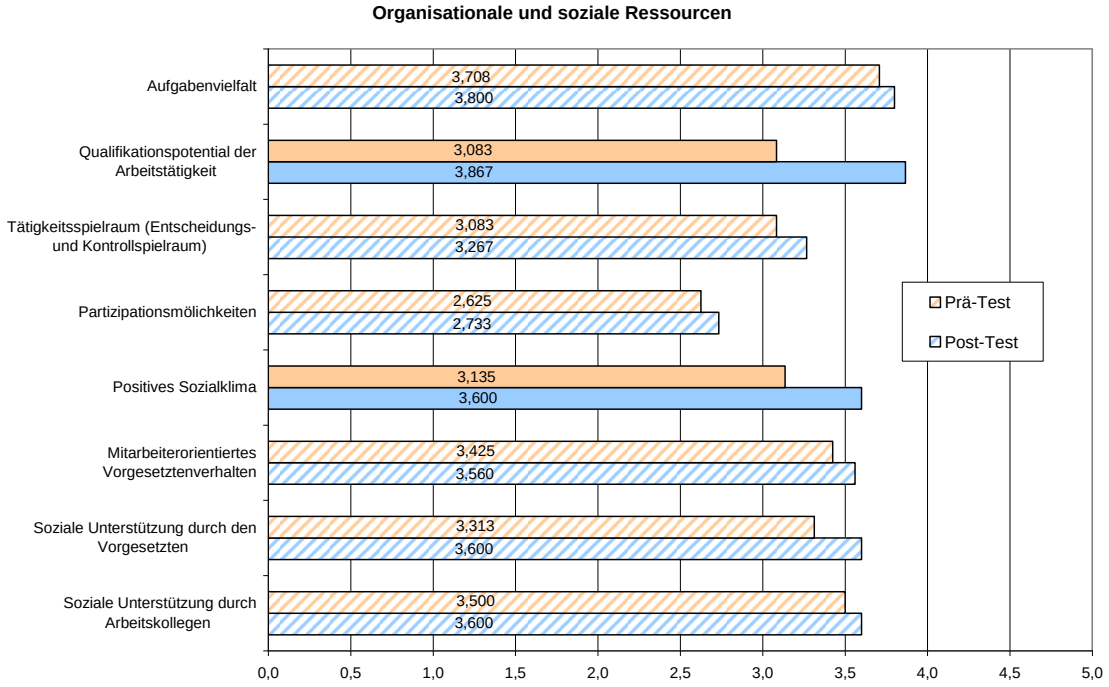


Skalen	Test	N	Mittelwert	Standard-abweichung	Signifikanz	Bewertung
Aufgabenvielfalt	Prä-Test	9	3,074	0,846	0,60	
	Post-Test	10	3,300	0,987		
Qualifikationspotential der Arbeitstätigkeit	Prä-Test	9	3,444	1,291	0,98	
	Post-Test	10	3,433	0,817		
Tätigkeitsspielraum (Entscheidungs- und Kontrollspielraum)	Prä-Test	9	3,444	0,601	0,54	
	Post-Test	10	3,267	0,625		
Partizipationsmölichkeiten	Prä-Test	9	2,778	0,471	0,31	
	Post-Test	10	3,050	0,648		
Positives Sozialklima	Prä-Test	9	3,806	0,349	0,83	
	Post-Test	10	3,850	0,530		
Mitarbeiterorientiertes Vorgesetztenverhalten	Prä-Test	9	3,733	0,714	0,01	positiv
	Post-Test	10	4,600	0,596		
Soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten	Prä-Test	9	3,833	0,500	0,02	positiv
	Post-Test	10	4,550	0,685		
Soziale Unterstützung durch Arbeitskollegen	Prä-Test	9	3,667	0,433	0,13	
	Post-Test	10	4,100	0,699		

Ergebnisse Station G

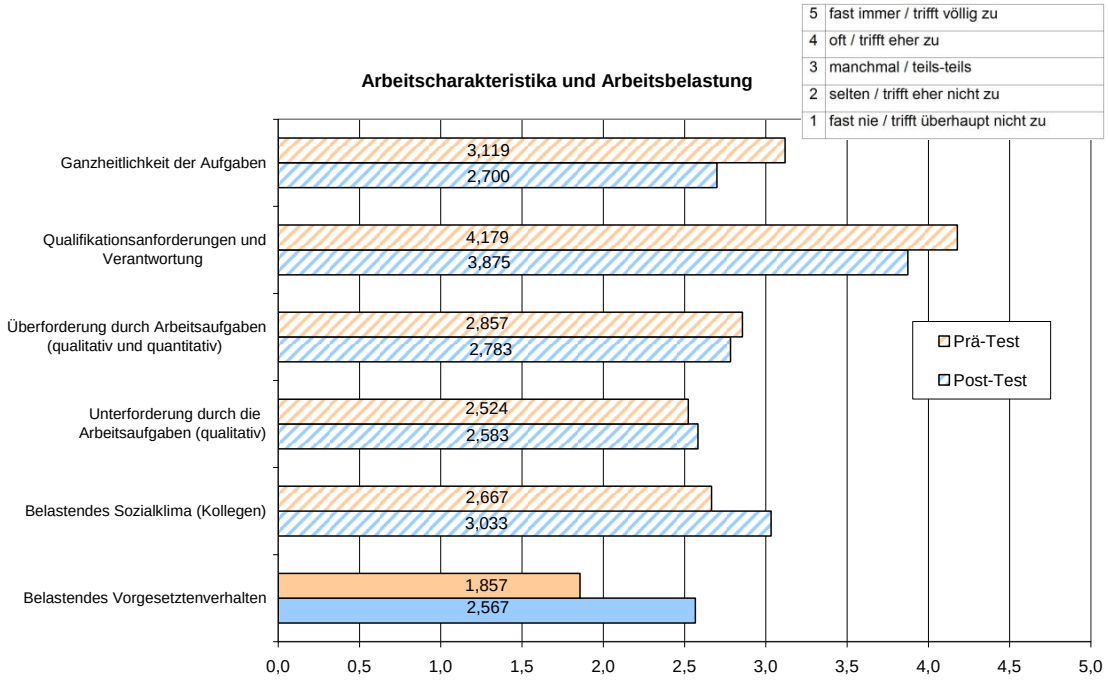


Skalen	Test	N	Mittelwert	Standard-abweichung	Signifikanz	Bewertung
Ganzheitlichkeit der Aufgaben	Prä-Test	8	3,583	0,496	0,37	
	Post-Test	5	3,333	0,408		
Qualifikationsanforderungen und Verantwortung	Prä-Test	8	4,531	0,364	0,62	
	Post-Test	5	4,400	0,576		
Überforderung durch Arbeitsaufgaben (qualitativ und quantitativ)	Prä-Test	8	3,167	0,604	0,26	
	Post-Test	5	2,733	0,703		
Unterforderung durch die Arbeitsaufgaben (qualitativ)	Prä-Test	8	2,625	0,700	0,34	
	Post-Test	5	2,267	0,494		
Belastendes Sozialklima (Kollegen)	Prä-Test	8	2,833	0,591	0,23	
	Post-Test	5	2,400	0,596		
Belastendes Vorgesetztenverhalten	Prä-Test	8	2,042	0,700	0,54	
	Post-Test	5	1,833	0,236		

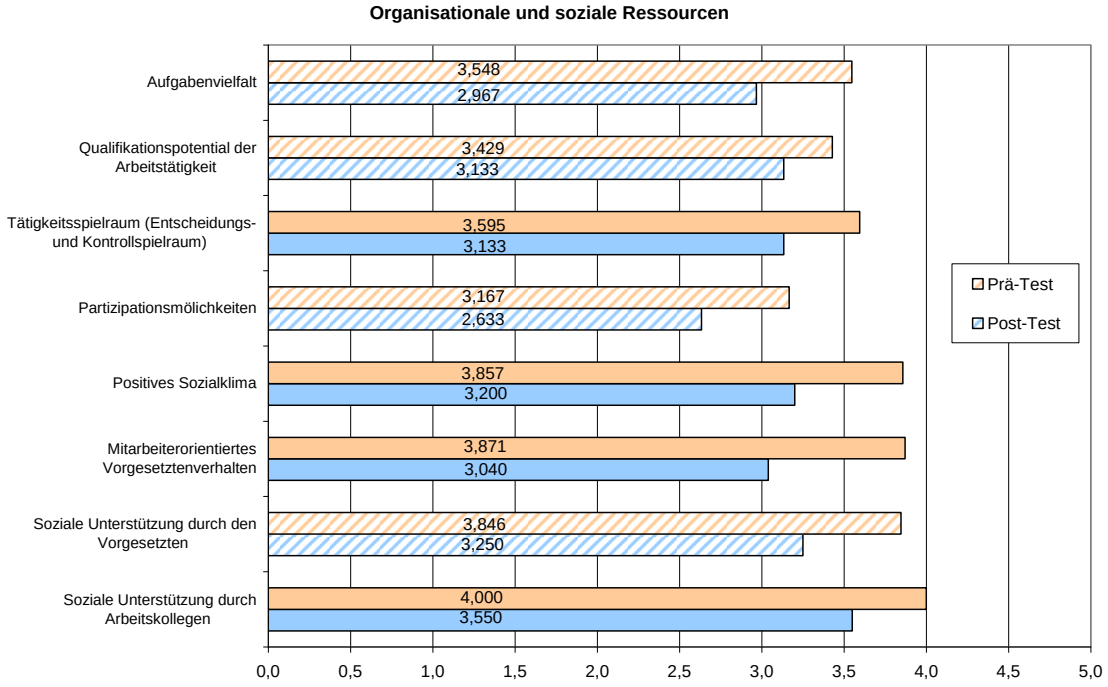


Skalen	Test	N	Mittelwert	Standard-abweichung	Signifikanz	Bewertung
Aufgabenvielfalt	Prä-Test	8	3,708	0,805	0,83	
	Post-Test	5	3,800	0,558		
Qualifikationspotential der Arbeitstätigkeit	Prä-Test	8	3,083	0,556	0,05	positiv
	Post-Test	5	3,867	0,691		
Tätigkeitsspielraum (Entscheidungs- und Kontrollspielraum)	Prä-Test	8	3,083	0,556	0,60	
	Post-Test	5	3,267	0,641		
Partizipationsmölichkeiten	Prä-Test	8	2,625	0,375	0,77	
	Post-Test	5	2,733	0,925		
Positives Sozialklima	Prä-Test	8	3,135	0,427	0,10	positiv
	Post-Test	5	3,600	0,518		
Mitarbeiterorientiertes Vorgesetztenverhalten	Prä-Test	8	3,425	0,941	0,80	
	Post-Test	5	3,560	0,792		
Soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten	Prä-Test	8	3,313	0,923	0,57	
	Post-Test	5	3,600	0,742		
Soziale Unterstützung durch Arbeitskollegen	Prä-Test	8	3,500	0,598	0,78	
	Post-Test	5	3,600	0,652		

Ergebnisse Station H

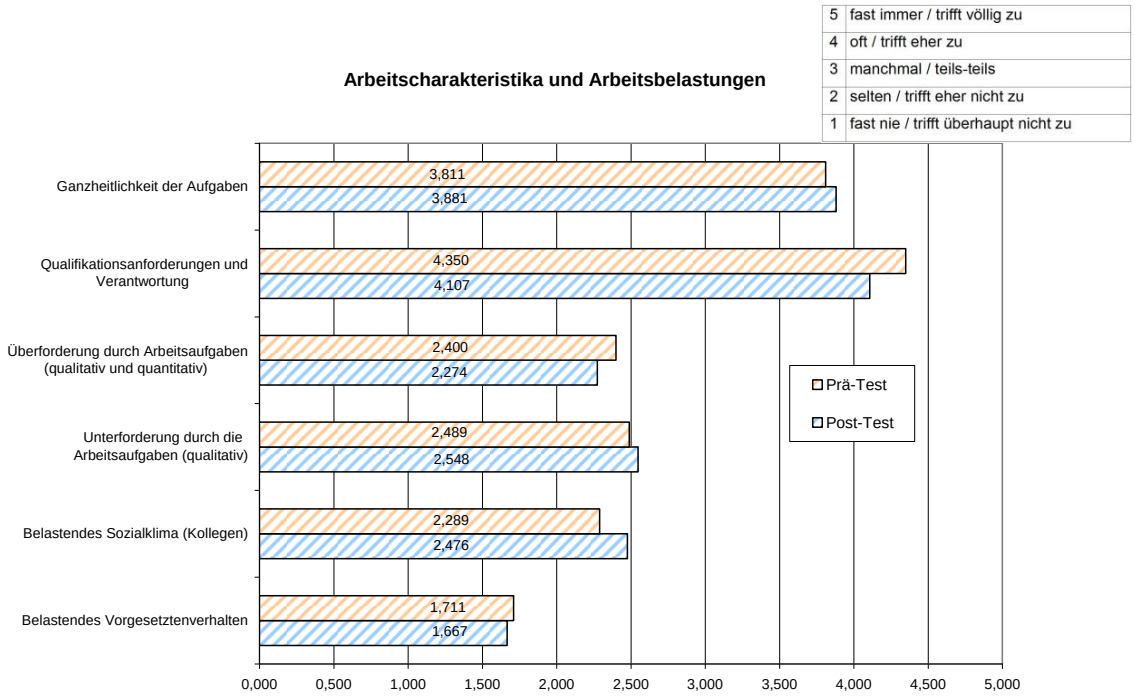


Skalen	Test	N	Mittelwert	Standard-abweichung	Signifikanz	Bewertung
Ganzheitlichkeit der Aufgaben	Prä-Test	14	3,119	0,662	0,21	
	Post-Test	10	2,700	0,922		
Qualifikationsanforderungen und Verantwortung	Prä-Test	14	4,179	0,661	0,24	
	Post-Test	10	3,875	0,530		
Überforderung durch Arbeitsaufgaben (qualitativ und quantitativ)	Prä-Test	14	2,857	0,539	0,74	
	Post-Test	10	2,783	0,545		
Unterforderung durch die Arbeitsaufgaben (qualitativ)	Prä-Test	14	2,524	0,688	0,84	
	Post-Test	10	2,583	0,682		
Belastendes Sozialklima (Kollegen)	Prä-Test	14	2,667	0,555	0,13	
	Post-Test	10	3,033	0,576		
Belastendes Vorgesetztenverhalten	Prä-Test	14	1,857	0,595	0,03	negativ
	Post-Test	10	2,567	0,930		

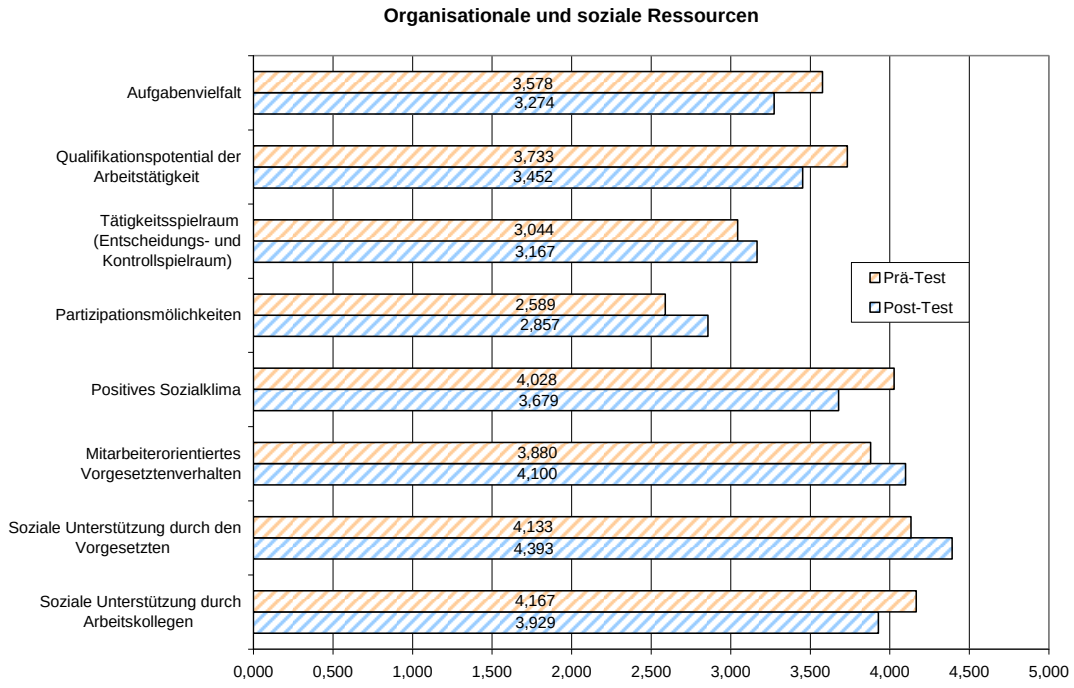


Skalen	Test	N	Mittelwert	Standard-abweichung	Signifikanz	Bewertung
Aufgabenvielfalt	Prä-Test	14	3,548	0,863	0,16	
	Post-Test	10	2,967	1,105		
Qualifikationspotential der Arbeitstätigkeit	Prä-Test	14	3,429	0,831	0,41	
	Post-Test	10	3,133	0,864		
Tätigkeitsspielraum (Entscheidungs- und Kontrollspielraum)	Prä-Test	14	3,595	0,616	0,10	negativ
	Post-Test	10	3,133	0,724		
Partizipationsmölichkeiten	Prä-Test	14	3,167	0,663	0,14	
	Post-Test	10	2,633	1,048		
Positives Sozialklima	Prä-Test	14	3,857	0,543	0,01	negativ
	Post-Test	10	3,200	0,654		
Mitarbeiterorientiertes Vorgesetztenverhalten	Prä-Test	14	3,871	0,595	0,02	negativ
	Post-Test	10	3,040	0,988		
Soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten	Prä-Test	13	3,846	0,801	0,21	
	Post-Test	10	3,250	1,379		
Soziale Unterstützung durch Arbeitskollegen	Prä-Test	14	4,000	0,620	0,10	negativ
	Post-Test	10	3,550	0,643		

Ergebnisse Station I



Skalen	Test	N	Mittelwert	Standard-abweichung	Signifikanz	Bewertung
Ganzheitlichkeit der Aufgaben	Prä-Test	15	3,811	0,523	0,74	
	Post-Test	14	3,881	0,579		
Qualifikationsanforderungen und Verantwortung	Prä-Test	15	4,350	0,581	0,25	
	Post-Test	14	4,107	0,525		
Überforderung durch Arbeitsaufgaben (qualitativ und quantitativ)	Prä-Test	15	2,400	0,663	0,58	
	Post-Test	14	2,274	0,530		
Unterforderung durch die Arbeitsaufgaben (qualitativ)	Prä-Test	15	2,489	0,958	0,84	
	Post-Test	14	2,548	0,549		
Belastendes Sozialklima (Kollegen)	Prä-Test	15	2,289	0,950	0,53	
	Post-Test	14	2,476	0,595		
Belastendes Vorgesetztenverhalten	Prä-Test	15	1,711	0,834	0,86	
	Post-Test	14	1,667	0,506		



Skalen	Test	N	Mittelwert	Standard-abweichung	Signifikanz	Bewertung
Aufgabenvielfalt	Prä-Test	15	3,578	0,623	0,24	
	Post-Test	14	3,274	0,727		
Qualifikationspotential der Arbeitstätigkeit	Prä-Test	15	3,733	0,566	0,25	
	Post-Test	14	3,452	0,723		
Tätigkeitsspielraum (Entscheidungs- und Kontrollspielraum)	Prä-Test	15	3,044	0,677	0,60	
	Post-Test	14	3,167	0,535		
Partizipationsmölichkeiten	Prä-Test	15	2,589	0,742	0,36	
	Post-Test	14	2,857	0,803		
Positives Sozialklima	Prä-Test	15	4,028	0,636	0,14	
	Post-Test	14	3,679	0,584		
Mitarbeiterorientiertes Vorgesetztenverhalten	Prä-Test	15	3,880	0,803	0,39	
	Post-Test	14	4,100	0,495		
Soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten	Prä-Test	15	4,133	0,812	0,34	
	Post-Test	14	4,393	0,594		
Soziale Unterstützung durch Arbeitskollegen	Prä-Test	15	4,167	0,724	0,36	
	Post-Test	14	3,929	0,646		

Anhang B:

Landeskrankenhaus
|ANSTALT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS|

Schreiben an die teilnehmenden Stationen am GePP-Projekt: „Gesund Psychiatrisch Pflegen“

Sehr geehrte Mitarbeiterin, sehr geehrter Mitarbeiter,

die betriebliche Gesundheitsförderung der Mitarbeiter wird auch weiterhin ein wichtiges Ziel für unser Unternehmen sein. Wir erachten die Investitionen in gesunde Arbeitsplätze, gerade in Zeiten knapper Ressourcen und beschleunigter Veränderungsprozesse, als eine bedeutende Aufgabe. Gerade im Hinblick auf die zukünftigen Herausforderungen im Sozial- und Gesundheitswesen durch die demographische Entwicklung, sind attraktive Arbeitsplätze ein entscheidender Erfolgsfaktor.
Diesen Anspruch teilen wir mit der Landesregierung Rheinland-Pfalz sowie der Unfallkasse Rheinland-Pfalz, die uns dankenswerterweise im Rahmen dieses Projekts finanziell und inhaltlich unterstützen.
Wir freuen wir uns, dass Sie und Ihre Station an diesem innovativen GePP-Projekt teilhaben werden. Das Projektteam hat – auch Dank der Mithilfe einiger Ihrer Kollegen im Landeskrankenhaus AöR – ein Konzept im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung entwickelt. Dieses Konzept wird nun ab September auf einigen Stationen unseres Hauses umgesetzt und dessen Wirkung wissenschaftlich untersucht (Interventionsstationen). Andere Stationen werden zunächst noch nicht an der Umsetzung, dafür jedoch an der wissenschaftlichen Untersuchung teilhaben (Erwartungsstationen).
Einige Stationen wurden ja bereits in diesem Monat durch ein externes Unternehmen (Metrik) anonym zu Ihrer Meinung bezüglich Ihrer Arbeitssituation befragt. Wir haben gemeinsam mit dem Personalrat und der Forschungsgruppe Metrik dieses Befragungsverfahren entwickelt, das Ihr Recht auf Datenschutz vollkommen schützt. Die Ergebnisse der Interventions- sowie der Erwartungsstationen werden uns eine aufschlussreiche Rückmeldung geben, die wir benötigen, um gesundheitsfördernde Maßnahmen in unserem Unternehmen und in Ihrem Sinne weiterentwickeln zu können.
Sofern Sie Fragen haben, nehmen Sie bitte Kontakt zu unserem Projektmitarbeiter Herrn André Hennig auf (06731-50-1318).

Wir bedanken uns schon jetzt für Ihr Engagement zur Teilnahme am GePP-Projekt.

Mit freundlichen Grüßen

_____
Dr. Gerald Gaß
Geschäftsführer

Anhang C

November 2011

GePP-Projekt: „Gesund Psychiatrisch Pflegen“

Sehr geehrte Mitarbeiterin,
sehr geehrter Mitarbeiter,

das GePP-Projekt (Gesund Psychiatrisch Pflegen) ist rein formell beendet. Die meisten der insgesamt 16 teilnehmenden Stationen der 4 Kliniken führen es jedoch weiter. Und dies aus gutem Grund, wie wir nun auch statistisch nachweisen konnten: Die Einführung von „RokoKom© in GePP“ reduzierte auf den meisten Stationen Belastungen der täglichen Arbeit. Zudem und dies war das Hauptanliegen aller Beteiligten, konnten salutogen wirkende, also gesundheitsförderlichere Arbeitsbedingungen geschaffen werden; dies in sozialer sowie organisatorischer Hinsicht. Als Anlage finden Sie einen Kurzbericht zu den Projektergebnissen. Die Langfassung wird in Kürze durch das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie veröffentlicht.

Wie wir Ihnen seit der ersten Befragung im Jahr 2008 versprochen haben, möchten wir Ihnen die Möglichkeit geben Ihre persönlichen Ergebnisse zu erhalten sowie mit den Ergebnissen aller anderen Projektteilnehmer zu vergleichen. Dieses Verfahren ist wieder absolut anonymisiert und findet außerhalb der Klinik, nur zwischen Ihnen und Herrn Hauck, einem Mitarbeiter der Forschungsgruppe Metrik, statt.

Sofern Sie in der ersten und der letzten Befragung im GePP-Projekt (2008 und 2010) Ihren Fragebogen mit einer identischen Codierung versehen haben, können Sie eine Rückmeldung zu Ihren Ergebnissen im Vergleich zu allen anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhalten. Nachstehend finden Sie zur Erinnerung nochmals die Codierungsmaske, die auf der ersten Seite jedes Fragebogens auszufüllen war.

Erster Buchstabe des Vornamens Ihrer leiblichen Mutter	Erster Buchstabe Ihres Geburtsmonats	Erster Buchstabe Ihres Geburtsortes	Geburtsjahr Ihrer leiblichen Mutter (ohne die ersten beiden Stellen)
☐	☐	☐	☐☐
Beispiel			
Erika	August	Berlin	1943
E	A	B	43

⇨ Um Ihre persönlichen Ergebnisse zu erhalten, senden Sie bitte eine Email bis zum **16.12.2011** an Herrn Hauck (**hauck@metrik.de**) und benennen ihm Ihre persönliche Codierung (z.B. E A B 43). Darüber wird Herr Hauck Ihre Ergebnisse aus den Gesamtdaten herauslesen und Ihnen per Email zurück senden. Herr Hauck benötigt nicht Ihren Namen. Sie können ihn demnach über jede beliebige Email-Adresse anschreiben und brauchen sich mit Ihrem Namen nicht zu erkennen geben. Lediglich die Codierung wird benötigt.

Wir möchten uns auf diesem Weg auch noch einmal für Ihr großes Engagement im Rahmen des GePP-Projekts bedanken.

Mit freundlichen Grüßen

Frank Müller
(Pflegedirektor und Projektleiter)

André Hennig
(Wiss. Mitarbeiter)

Anhang D

	Fast immer / trifft völlig zu	Oft / trifft eher zu	Manch-mal / teils-teils	Selten / trifft eher nicht zu	Fast nie / trifft überhaupt nicht zu
Bei dieser Arbeit macht man etwas Ganzes,Abgerundetes.	❐	❐	❐	❐	❐
Man muss für diese Arbeit gründlich ausgebildet sein.	❐	❐	❐	❐	❐
Der/die Vorgesetzte lässt einen wissen, wie gut man seine Arbeit getan hat.	❐	❐	❐	❐	❐
Man hat genug Zeit, diese Arbeit zu erledigen.	❐	❐	❐	❐	❐
Es ist einem genau vorgeschrieben, wie man seine Arbeit machen muss.	❐	❐	❐	❐	❐
Bei dieser Arbeit verliert man viele Fähigkeiten, die man früher hatte.	❐	❐	❐	❐	❐
Bei dieser Arbeit kommen meine Fähigkeiten zu wenig zum Zuge.	❐	❐	❐	❐	❐
Diese Arbeit schafft gute Möglichkeiten, im Beruf weiterzukommen.	❐	❐	❐	❐	❐
Man muss in der Lage sein, selbstständig Entscheidungen zu treffen.	❐	❐	❐	❐	❐
Man hat die Möglichkeit, den eigenen Arbeitsplatz nach persönlichem Stil einzurichten (z.B. Bilder, Pflanzen, Lampen).	❐	❐	❐	❐	❐
Man muss Dinge tun, für die man eigentlich zu wenig ausgebildet und vorbereitet ist.	❐	❐	❐	❐	❐
Es gibt so viel zu tun, dass es einem über den Kopf wächst.	❐	❐	❐	❐	❐
Wenn man eine gute Idee hat, kann man sie in der Einrichtung auch verwirklichen.	❐	❐	❐	❐	❐
Man muss mit Leuten zusammenarbeiten, die keinen Spass verstehen.	❐	❐	❐	❐	❐
Diese Arbeit erlaubt es, eine Menge eigener Entscheidungen zu treffen.	❐	❐	❐	❐	❐
Man hat zu wenig Gelegenheit, Dinge zu tun, die man gut beherrscht.	❐	❐	❐	❐	❐
Der/die Vorgesetzte hilft mir bei der Erledigung der Aufgaben.	❐	❐	❐	❐	❐
Es kommt schon vor, dass einem die Arbeit zu schwierig ist.	❐	❐	❐	❐	❐
Das gegenseitige Vertrauen ist bei uns so groß, dass wir offen über alles, auch ganz persönliche Sachen reden können.	❐	❐	❐	❐	❐

	Fast immer / trifft völlig zu	Oft / trifft eher zu	Manch-mal / teils-teils	Selten / trifft eher nicht zu	Fast nie / trifft überhaupt nicht zu
Diese Arbeit erfordert große Verantwortung.	❐	❐	❐	❐	❐
Man kann bei dieser Arbeit immer wieder Neues dazulernen.	❐	❐	❐	❐	❐
Wenn ein Fehler passiert, findet der/die Vorgesetzte ihn immer bei uns, nie bei sich.	❐	❐	❐	❐	❐
Es passiert so viel auf einmal, dass man es kaum bewältigen kann.	❐	❐	❐	❐	❐
An meinem Arbeitsplatz bieten sich Möglichkeiten, zwischendurch kurz mal Dinge zu tun, die nichts mit meinen Aufgaben zu tun haben (z. B. kurze Pausen, Telefonate etc.)	❐	❐	❐	❐	❐
Hier hat man das Gefühl, dass man mehr könnte, als von einem verlangt wird.	❐	❐	❐	❐	❐
Wenn man eine gute Idee hat, kann man sie in der Einrichtung auch verwirklichen.	❐	❐	❐	❐	❐
Es gibt fast jeden Tag etwas anderes zu tun.	❐	❐	❐	❐	❐
Diese Arbeit ist zerstückelt, man erledigt nur kleine Teilaufgaben.	❐	❐	❐	❐	❐
Der/die Vorgesetzte erschwert einem das Arbeiten durch seine/ihre Anweisungen.	❐	❐	❐	❐	❐
Diese Arbeit ist abwechslungsreich.	❐	❐	❐	❐	❐
Es gibt häufig Spannungen am Arbeitsplatz.	❐	❐	❐	❐	❐
Bei dieser Arbeit werden keine besonderen Fähigkeiten und Fertigkeiten erwartet.	❐	❐	❐	❐	❐
Der/die Vorgesetzte ist daran interessiert, dass es seinen/ihren Mitarbeiter/innen gut geht.	❐	❐	❐	❐	❐
Bei meiner Arbeit kann man eine Sache oder einen Auftrag von A bis Z herstellen resp. ausführen.	❐	❐	❐	❐	❐
Bei dieser Arbeit gibt es Sachen, die zu kompliziert sind.	❐	❐	❐	❐	❐
Der/die Vorgesetzte behandelt einen unfair.	❐	❐	❐	❐	❐
Man kann sich seine Arbeit selbstständig einteilen.	❐	❐	❐	❐	❐
Die Leute, mit denen ich zusammenarbeite, sind freundlich.	❐	❐	❐	❐	❐
Man hat leicht Zugang zum/zur Vorgesetzten.	❐	❐	❐	❐	❐
In der Einrichtung kommt es vor, dass man vor vollendete Tatsachen gestellt wird.	❐	❐	❐	❐	❐
Man muss ausbaden, was die Anderen falsch machen	❐	❐	❐	❐	❐
Bei dieser Arbeit muss man immer das Gleiche tun.	❐	❐	❐	❐	❐

	Fast immer / trifft völlig zu	Oft / trifft eher zu	Manch-mal / teils-teils	Selten / trifft eher nicht zu	Fast nie / trifft überhaupt nicht zu
Bei wichtigen Dingen in der Einrichtung kann man mitreden und mitentscheiden.	❐	❐	❐	❐	❐
Die Leute, mit denen ich zusammenarbeite, helfen mir bei der Erledigung der Aufgaben.	❐	❐	❐	❐	❐
Der/die Vorgesetzte schenkt dem, was ich sage, Beachtung.	❐	❐	❐	❐	❐
Die Leute, mit denen ich zusammenarbeite, interessieren sich für mich persönlich.	❐	❐	❐	❐	❐

Anhang E: Anonymitäts- und Einverständniserklärung

Anhang 1: Anonymitäts- und Einverständniserklärung

Verwendung der Daten für wissenschaftliche Zwecke

Hiermit erklärt sich der Vertreter des GePP-Projektes stellvertretend bereit, die Daten, die durch die Befragung gewonnen werden, in anonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke zur Verfügung zu stellen.

Die Daten unterliegen strengster Geheimhaltung, die Einhaltung der Anonymität ist voll gewährleistet. Eine Zuordnung spezifischer Ergebnisse mit den am Projekt teilnehmenden Kliniken wird unter keinen Umständen möglich sein.

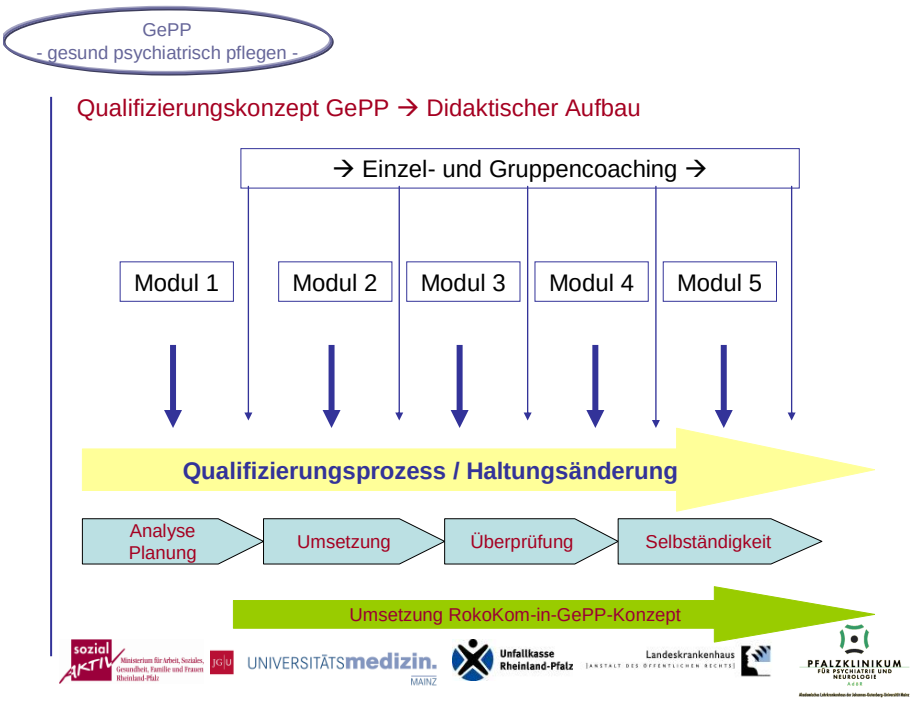
Zur Sicherstellung der Anonymität der Befragten dürfen die Rohdaten, sofern gewünscht, ausschließlich ohne Zuordnung zu Gruppen oder Bereichen und ohne die Fragen zur Person an den Auftraggeber ausgehändigt werden. Gruppen/Einheiten mit weniger als 5 auswertbaren Fragebogen werden nicht dargestellt.

Der Auftragnehmer hat die Informationen, die er aufgrund dieses Studie von den am Projekt teilnehmenden Kliniken und deren Mitarbeiter erhält, strikt vertraulich zu behandeln. Diese Verpflichtung gilt auch nach Beendigung des Vertrages weiter.

	Bermuthshain, den 11.08.2008
Ort, Datum	

Auftraggeber	Auftragnehmer
Frank Müller	Forschungsgruppe Metrik
Pflegedirektor	Damm Deringer & Zinn GbR
Rheinhessen-Fachklinik Alzey	An der alten Schule 16
Dautenheimer Landstraße 66	36355 Bermuthshain
55232 Alzey	

Anhang F: Übersicht der Qualifizierungsinhalte[15]



[15] Auszug aus dem Foliensatz zur Projektbeiratssitzung am 15.04.2011. Präsentiert durch Maria Heuvelmann, Leitung der Rhein-Mosel-Akademie Andernach

GePP
- gesund psychiatrisch pflegen -

Qualifizierungskonzept GePP → Inhalte der Module

Modul 3:
- Kommunikation in GePP (Team und übergreifend)
- Kreativitätstechniken
- Typologie von Führungspersönlichkeiten
- Personalentwicklung in GePP (Teamdiagnose und –maßnahmen)
- Umsetzungsmatrix RokoKom in GePP

Modul 4:
- Persönlichkeitsmodell nach Riemann (transferiert auf Teamarbeit)
- „Schwache Signale“ (Entwicklung psych. Störungen und Aufgaben der Führung)
- Kommunikation und Konfliktmanagement im Projekt

Modul 5:
- (Sozio-) Milieugestaltung als Aufgabe der Führungskraft
- Beziehungsgestaltung als Aufgabe der Führungskraft
- Konzept- und Umsetzungsreflektion

zusätzlich: WS Evaluierung und Reflektion des Projektverlaufes (2 Tage)

GePP
- gesund psychiatrisch pflegen -

Qualifizierungskonzept GePP → Beispiele für rollenbezogene Lernzieldimensionen

IMPRESSUM

Herausgeber: Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie
des Landes Rheinland-Pfalz
Referat für Reden und Öffentlichkeitsarbeit
Bauhofstraße 9, 55116 Mainz
www.msagd.rlp.de

1. Auflage
Mainz, März 2013

Verantwortlich für den Inhalt: André Hennig
Frank Müller
Rheinhessen-Fachklinik Alzey

Redaktion: Dr. Christoph Smieszkol,
Referat Medizinischer Arbeitsschutz, MSAGD RLP
Telefon: 06131-16-5009

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Rheinland-Pfalz herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch Wahlbewerberinnen und -bewerbern oder Wahlhelferinnen und -helfern im Zeitraum von sechs Monaten vor einer Wahl zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Kommunal-, Landtags-, Bundestags- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zu Gunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden.

In der Reihe „Berichte aus der Pflege“ des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz sind bisher erschienen:

- Nr.1, September 2005
  Rahmenlehrplan und Ausbildungsrahmenplan für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege des Landes Rheinland-Pfalz

- Nr. 2, August 2005
  Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur:
  Abschlussbericht. Fachkräftesituation und Fachkräftebedarf in der Pflege in Rheinland-Pfalz

- Nr. 3, September 2005
  Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur:
  Branchenmonitoring Pflege Rheinland-Pfalz. Verfahren und Erhebungsbogen

- Nr. 4, Oktober 2005
  Arbeit und Zukunft e.V.:
  Gesunde Beschäftigung und gute Servicequalität in der ambulanten Pflege

- Nr. 5, September 2006
  Richtlinien zu den Prüfungen in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege des Landes Rheinland-Pfalz

- Nr. 6, März 2007
  Optimierung der Versorgung von Menschen mit Demenzerkrankungen in Pflegeeinrichtungen

- Nr. 7, November 2007
  Abschlussbericht Branchenmonitoring Pflege Rheinland-Pfalz 2005/2006

- Nr. 8, September 2008
  Zwischenbericht Arbeitsbewältigung in der ambulanten Pflege
  PIZA II-Ergebnisse

- Nr. 9, Oktober 2008
  Gutachten: Zukünftige Handlungsfelder in der Krankenhauspflege

- Nr. 10, Oktober 2008
  Alternsgerechte Arbeit in der ambulanten Pflege
  - Bestandsaufnahme und Ausblick

- Nr. 11, Oktober 2008
  Abschlussbericht des Modellprojektes „Optimierung der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz“

- Nr. 12, Mai 2009
  Forschungsstudie zur Verweildauer in den Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz

- Nr. 13, August 2009
  Expertise: Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld

- Nr. 14, August 2010
  Soziale Dialoge zur Förderung der Arbeitsbewältigung in der ambulanten Pflege

- Nr. 15, Dezember 2010
  Kommunale Pflegestrukturplanung - Ein Handbuch für die Praxis –

- Nr. 16 – August 2011
  Entwicklung und Erprobung einer Ausbildung zur Servicemitarbeiterin bzw. zum Servicemitarbeiter im Gesundheitswesen

- Nr. 17 – Februar 2012
  Branchenmonitoring Gesundheitsfachberufe Rheinland-Pfalz
  - Ergebnisse aus dem Landesleitprojekt „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen“ –

- Nr. 18 – April 2012
  Gutachten zum Fachkräfte- und Ausbildungs-bedarf in den Gesundheitsfachberufen
  - Ergebnisse aus dem Landesleitprojekt „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen“ -

- Nr. 19 – Oktober 2012
  Zentrale Ergebnisse aus dem Landesleitprojekt „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen

Die Berichte sind zu beziehen per E-Mail: bestellservice@msagd.rlp.de