

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences
Studiengang Health Sciences

**Entwicklung eines qualitativen Interviewleitfadens zur
Wirksamkeitskontrolle nach Mitarbeiterbefragungen mit dem
Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)**

Bachelorarbeit

Vorgelegt von: Lara Garbers

Matrikelnummer: 1999221

Betreuende Prüfende: Prof. Dr. Gabriele Perger

Zweiter Prüfer: Prof. Dr. Albert Nienhaus

Tag der Abgabe: 12.08.2013

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen bedanken, die mir bei der Erstellung dieser Bachelorarbeit beiseitestanden.

Mein besonderer Dank gilt meinen Betreuern Frau Prof. Dr. Gabriele Perger von der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW) und Herrn Prof. Dr. Albert Nienhaus von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), die mich bei dieser Arbeit hervorragend betreut und unterstützt haben.

Auch möchte ich mich herzlich bei meinen Kommilitoninnen der HAW Janina Windsor und Thordis Rath bedanken, ohne die die Zeit des Studiums nicht halb so schön gewesen wäre.

Zudem gilt ein besonderer Dank meinen KollegInnen von der BGW und dem Kompetenzzentrum CVcare am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Insbesondere bedanke ich mich bei Maren Kersten und Agnessa Kozak, die mich bei dem Projekt unterstützt und mich ermuntert haben, am Ball zu bleiben. Außerdem standen sie mir jederzeit mit fachlichen Ratschlägen, Diskussionen und Hilfestellungen beiseite.

Ein weiterer Dank gilt den teilnehmenden Dialyse-Einrichtungen, ohne deren Teilnahme diese Bachelorarbeit nicht zustande gekommen wäre.

Nicht zuletzt gilt ein ganz besonderer Dank meiner Familie, meinen Freunden und meinem Lebensgefährten Dimitri Paderow, die mir während der Dauer der Bachelorarbeit und des gesamten Studiums in jeglicher Hinsicht zur Seite standen.

Inhaltsverzeichnis

Abstrakt	I
Abkürzungsverzeichnis	II
Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	III
1 Einleitung.....	1
2 Theoretischer Hintergrund der COPSOQ-Befragung	4
2.1 Begriffsabgrenzung: Psychische Belastung und Beanspruchung	4
2.2 Ursachen und Folgen psychosozialer Belastung und Beanspruchung in Dialyse-Einrichtungen.....	5
2.3 Der Copenhagen Psychosocial Questionnaire	7
2.4 Vorausgegangene Mitarbeiterbefragung in Dialyse-Einrichtungen mit dem COPSOQ-Instrument	8
2.4.1 Vorgehensweise und Zusammenfassung der Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung	9
2.4.2 Empfehlungen zum Umgang der Befragungsergebnisse nach der COPSOQ-Befragung	10
3 Methodisches Vorgehen bei der Leitfadententwicklung.....	12
3.1 Bedeutung einer Wirksamkeitskontrolle	12
3.2 Qualitativer Forschungsansatz	15
3.3 Das Experteninterview	17
3.4 Entwicklung des Interviewleitfadens	17
3.4.1 Aufbau und Ziele des Interviewleitfadens.....	20
3.4.2 Datenerhebung: Der Pretest	24
3.4.3 Datenauswertung: Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	26
3.5 Gütekriterien zur Beurteilung des Messinstruments	28
4 Ergebnisse.....	32
4.1 Ergebnisse der Pretests und die Beurteilung der Fragenqualität	32
4.1.1 Zusammenfassung und Bewertung der Antworten aus der Kategorie 1	34
4.1.2 Zusammenfassung und Bewertung der Antworten aus den Kategorien 2-8	37
4.1.3 Zusammenfassung und Bewertung der Antworten aus den Kategorien 9-11	41
4.1.4 Zusammenfassung und Bewertung der Antworten aus den Kategorien 12 und 13.....	43

4.2	Modifikation des Leitfadens	44
4.3	Ergebniszusammenfassung	47
5	Diskussion	49
5.1	Methodendiskussion	49
5.2	Ergebnisdiskussion	53
6	Fazit und Ausblick.....	55
	Literaturverzeichnis.....	56
	Eidesstattliche Erklärung	IV
	Anhang A: Interviewleitfäden	V
	Anhang B: Abstraktionsniveau und Selektionskriterien	XXIII
	Anhang C: Interviewprotokolle	XXVIII
	CD-Anhang.....	XXXII

Abstrakt

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Entwicklung eines universell einsetzbaren qualitativen Leitfadenterviews, das das Vorgehen nach Mitarbeiterbefragungen mit dem Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) erfasst. Die Erwerbsarbeit allgemein unterliegt Wandlungsprozessen und die psychosozialen Belastungen nehmen stetig zu. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) hat mit dem Ziel, die aktuelle Situation von Beschäftigten in deutschen Dialyse-Einrichtungen abzubilden, eine Mitarbeiterbefragung zu psychosozialen Belastungen mit dem COPSOQ durchgeführt. Dafür wurde der COPSOQ um berufsspezifische Fragen erweitert. Das Ziel dieser Arbeit ist es, einen geprüften und modifizierten Interviewleitfaden zu erhalten, der zur Überprüfung der Wirksamkeit der anschließenden Interventionen nach COPSOQ-Befragungen eingesetzt werden kann. Am Beispiel der Dialyse-Einrichtungen wurde der Leitfaden getestet. Entwickelt wurde der qualitative Interviewleitfaden nach der Methode von Helfferich. Um möglichst ein breites Spektrum an Aspekten abzudecken, enthält der Leitfaden vier Frageblöcke. Er wurde in vier Face-to-face-Experteninterviews getestet. Ausgewertet wurden die Interviews induktiv mithilfe der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring. Über eingesetzte Gütekriterien wurde die Fragenqualität beurteilt und der Leitfaden modifiziert. Insgesamt wurden sieben Leitfadenaspekte angepasst, sodass nun ein strukturiertes Erhebungsinstrument zur Verfügung steht.

Abkürzungsverzeichnis

ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BKK	Betriebskrankenkasse
COPSOQ	Copenhagen Psychosocial Questionnaire
DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse
DIN	Deutsches Institut für Normung
FFAS	Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin
IG Metall	Industriegewerkschaft Metall
IZA	Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit
KVP	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
PDCA-Zyklus	Plan-Do-Check-Act-Zyklus
QM	Qualitätsmanagement
SPSS-Prinzip	Sammeln-prüfen-sortieren-subsumieren-Prinzip

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Dimensionen des COPSOQ- Fragebogens	8
Abbildung 2 Ablauf eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP).....	13
Abbildung 3 Prozess zur Ermittlung und Veränderung psychischer Belastung.....	14
Abbildung 4 Fließschema zur Vorgehensweise bei der Leitfadententwicklung	15

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Qualitative versus quantitative Forschung	16
Tabelle 2 Kategorie 1: Situation vor der damaligen Mitarbeiterbefragung	34
Tabelle 3 Kategorie 2: Ergebnisbericht	35
Tabelle 4 Kategorie 3: Steuerkreis	35
Tabelle 5 Kategorie 4: Mitarbeiterinformation.....	36
Tabelle 6 Kategorie 5: Begründung für positive Ergebnisse aus Sicht der Einrichtungen.	36
Tabelle 7 Kategorie 6: Begründung für kritische Ergebnisse aus Sicht der Einrichtungen	36
Tabelle 8 Kategorie 7: Begründungen für positive Ergebnisse in Dialyse-Einrichtungen allgemein	36
Tabelle 9 Kategorie 8: Begründungen für kritische Ergebnisse in Dialyse-Einrichtungen allgemein	37
Tabelle 10 Kategorie 9: Maßnahmen	38
Tabelle 11 Kategorie 10: Zukunft	40
Tabelle 12 Kategorie 11: Vorhandene Strukturen	40
Tabelle 13 Kategorie 12: Evaluation	42
Tabelle 14 Kategorie 13: Empfehlungen/Anmerkungen	43
Tabelle 15 Zusammenfassung der Leitfadenmodifikation	48

1 Einleitung

„Die Zeiten ändern sich und wir mit ihnen.“

Ovid, 43 v. Chr.-17 n.Chr., römischer Epiker

Was Ovid bereits vor langer Zeit formuliert hat, trifft auch auf die heutige Arbeitswelt zu. Die Erwerbsarbeit unterliegt anhaltenden Wandlungsprozessen, dadurch verändern sich auch die Belastungssituationen. Gründe dafür sind die Veränderung technologischer, wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen. Insbesondere psychische Belastungen nehmen zu, während die körperlichen Belastungen sich verringern. Die Unternehmen und die Beschäftigten¹ müssen sich den neuen Bedingungen anpassen, um wettbewerbsfähig zu bleiben (Poppelreuter & Mierke, 2005). Um dieses zu ermöglichen, versuchen die Unternehmen die Personaldecke möglichst dünn zu halten, gleichzeitig nehmen die Arbeitsmenge, die Aufgabenvielfalt (IG Metall, 2002) und die parallele Ausführung mehrerer Tätigkeiten (Multitasking) zu. Um sich den Marktschwankungen anzupassen, entstehen flachere Hierarchien. Seit Mitte der 1990er Jahre steigt zudem der Anteil an „atypischen“ Beschäftigungsformen wie Teilzeitarbeit, geringfügige oder befristete Beschäftigungen sowie Leiharbeit/Zeitarbeit (IZA, 2013). Diese Veränderungen gehen insbesondere mit erhöhten psychischen Belastungen der Beschäftigten einher (Poppelreuter & Mierke, 2005). Hohe Belastungen haben allerdings nicht immer negative Auswirkungen auf die Gesundheit. Entscheidend dafür sind u.a. die jeweiligen Ressourcen. Dennoch sind die Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und psychischen Störungen in den vergangenen Jahren verstärkt in den Blickpunkt der Öffentlichkeit gerückt, da immer mehr Erwerbstätige wegen den steigenden Anforderungen erkranken. Psychische Störungen verursachten im Jahr 2012 in Deutschland mehr als 53 Millionen Krankheitstage und waren für rund 41% der Frühberentungen verantwortlich (BAuA, 2012). Laut dem aktuellen DAK-Gesundheitsreport ist ein deutlicher Anstieg der Fehltage und der Erkrankungshäufigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen zu erkennen (2013). Besonders Versicherte in Krankenpflegeberufen liegen bei Frühinvaliditätsdiagnosen häufig vorne. Die Berufsgruppe der Helferinnen und Helfer in der Krankenpflege hat das höchste Erwerbsunfähigkeitsrisiko aufgrund von psychischen Erkrankungen (BKK, 2008). Diese

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit die Schreibweise der männlichen Form verwendet. Zum Beispiel wird meistens die Bezeichnung „Mitarbeiter“ oder die neutrale Formulierung „Beschäftigte“ verwendet, die beide Geschlechter umfasst.

Zahlen verdeutlichen, dass psychische Gesundheit am Arbeitsplatz kein Randthema mehr ist (BAuA, 2012).

Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) initiierte im Jahr 2011 eine Mitarbeiterbefragung zu psychosozialen Belastungen und Beanspruchungen in 20 Dialyse-Einrichtungen. Sie verfolgt das Ziel der Erkenntnisgewinnung und einer Verbesserung der psychosozialen Arbeitssituation der Beschäftigten ihrer Mitgliedsbetriebe. Diese Mitarbeiterbefragung wurde mit dem international anerkannten Screening-Instrument **Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)** durchgeführt. Mitarbeiterbefragungen sind von Bedeutung, um auf solider Datenbasis den aktuellen Belastungsstand der Beschäftigten zu ermitteln. Anschließend ist es sinnvoll, die Ergebnisse den Mitarbeitern mitzuteilen, um fundierte Entscheidungen über Verbesserungsmaßnahmen treffen zu können. Qualitätssichernde Maßnahmen und die Wirksamkeitskontrolle von Interventionen rücken daher immer stärker in den Vordergrund. Eingebettet in die COPSOQ-Befragung der BGW befasst sich die vorliegende Arbeit mit der Frage wie die Unternehmen mit den Befragungsergebnissen umgegangen sind. Die zentrale Aufgabe dabei war die Erarbeitung und Erprobung eines universell geeigneten Evaluationsinstruments, um das Geschehen nach der COPSOQ-Befragung verfolgen zu können sowie eventuelle Schwachstellen und Stärken in der Vorgehensweise herauszufiltern. Hierfür wurde ein qualitativer Interviewleitfaden entwickelt. In der Regel steht nach einer Leitfadententwicklung die Auswertung der Erhebung und somit die Erkenntnisgewinnung im Vordergrund. Obwohl dieses anschließend daraus resultiert, ist es das wissenschaftliche Ziel der vorliegenden Arbeit, die Messqualitäten des Interviewleitfadens mittels Gütekriterien umfassend zu prüfen, das heißt seine Eignung zur Erfassung von Vorgehensweisen nach COPSOQ-Befragungen zu untersuchen. Die Ausführlichkeit der Methodendarstellung basiert auf der Besonderheit, dass zum einen die intersubjektive Nachvollziehbarkeit der Vorgehensweise dargestellt wird und es sich zum anderen nicht um ein quantitatives, sondern um ein qualitatives Instrument handelt, das die Initiierung von Maßnahmen zum Abbau psychischer Belastungen überprüft. Die Erprobung eines Interviewleitfadens soll sicherstellen, dass die zu ermittelnden Aspekte im qualitativen Leitfaden vollständige und plausible Ergebnisse erreichen können. Die Forschungsfrage lautet: Erfasst der qualitative Interviewleitfaden, im Rahmen einer Wirksamkeitskontrolle nach einer Mitarbeiterbefragung mit dem COPSOQ, die Initiierung von Maßnahmen zum Abbau psychischer Belastungen und erfragt dieser Leitfaden somit das, was er erfragen soll?

Die Public-Health-Relevanz dieser Arbeit besteht darin, einen Beitrag zur Qualitätssicherung zu leisten und bei der Reduzierung von psychosozialen Belastungen mitzuwirken.

Der erste Teil der vorliegenden Arbeit widmet sich der Einbettung der Leitfadententwicklung in den theoretischen Hintergrund von COPSOQ-Befragungen (Kapitel 2). Das Kapitel 3 schildert das methodische Vorgehen bei der Leitfadententwicklung. Aufgegriffen werden hier u.a. der Pretest des Interviewleitfadens, die Auswertungsmethode und die Gütekriterien zur Beurteilung der Fragenqualität. Da die Leitfadententwicklung der zentrale Teil der Arbeit ist, wird am Anfang des Kapitels in einem Fließschema die Vorgehensweise dargestellt. Im Anschluss werden im Kapitel 4 die Ergebnisse des Pretests anhand der Gütekriterien beurteilt und daraufhin die Modifikation des Interviewleitfadens thematisiert. Abschließend werden in den Kapiteln 5 und 6 die Methode sowie die Ergebnisse kritisch diskutiert und ein Fazit gezogen sowie ein Ausblick auf mögliche Implikationen für Praxis und Forschung aufgezeigt.

2 Theoretischer Hintergrund der COPSOQ-Befragung

Um arbeitsbedingte Über- oder Fehlbelastungen sowie Gesundheitsrisiken zu minimieren, wird in vielen Betrieben und Einrichtungen betriebliche Gesundheitsförderung implementiert. Zur Einschätzung der Belastungs- und Beanspruchungssituation werden dafür in erster Linie Basisdaten zu den psychischen Faktoren am Arbeitsplatz benötigt (Nübling et. al., 2005). Der COPSOQ erfasst diese zwei Bereiche. Um Hintergrundinformationen zum deutschen COPSOQ darzustellen und um aufzuzeigen, in welchen Kontext die Leitfadentwicklung eingebettet ist, wird zunächst eine Begriffsdefinition von psychischer Belastung und Beanspruchung vorgestellt. Welche Ursachen und Folgen diese haben, wird unter Punkt 2.2 beschrieben. Da sich diese Arbeit an der COPSOQ-Befragung in Dialyse-Einrichtungen orientiert, wird vorwiegend auf diesen Bereich eingegangen. Anschließend wird im Abschnitt 2.3 das COPSOQ-Instrument vorgestellt, dessen Anwendung die Voraussetzung bildet, um den Interviewleitfaden zur Wirksamkeitskontrolle der anschließenden Interventionen einzusetzen.

2.1 Begriffsabgrenzung: Psychische Belastung und Beanspruchung

Um zu verstehen, wie arbeitsbezogener psychischer Stress entsteht, ist es hilfreich, die oftmals in der Literatur verwendeten Begriffe Belastung und Beanspruchung zu definieren. Im Rahmen des Arbeitsschutzes und bei der Entwicklung von geeigneten Arbeitsschutzmaßnahmen ist die Definition von Normen von großer Bedeutung (Nachreiner, 2011, zit. nach DIN, 2011). Ausgehend vom Belastungs- und Beanspruchungskonzept gilt laut der Europäischen Norm DIN EN ISO 10075-1: 2000 (DIN, 2000):

Psychische Belastung ist „die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken“. Psychische Beanspruchungen werden der Norm zufolge als die „unmittelbare (nicht die langfristige) Auswirkung der psychischen Belastung im Individuum in Abhängigkeit von seinen jeweiligen überdauernden und augenblicklichen Voraussetzungen, einschließlich der individuellen Bewältigungsstrategien“ definiert.

Im Rahmen dieses Ursachen-Wirkungs-Konzepts werden die Begriffe zunächst neutral definiert (DIN, 2011). Unter Belastungen werden somit objektive, von außen auf den Menschen einwirkende Faktoren (z.B. Lärm, Hitze, Informationsvielfalt) verstanden, wohingegen Beanspruchung die subjektiven Folgen (z.B. Stressreaktion, Ermüdung, emotionale Erschöpfung) für den Menschen bedeutet (Poppelreuter & Mierke, 2005).

Psychische Belastungen führen aber nicht automatisch zu hoher Beanspruchung und negativen Folgen für die Gesundheit (BAuA, 2012). Entscheidend dabei ist die Höhe und die Summe der Anforderungen, aber auch das Ausmaß vorhandener Ressourcen. Es kommt zudem immer darauf an, wie ein Individuum die jeweilige Situation bewertet (Allenspach & Brechbühler, 2005; BAuA, 2012).

2.2 Ursachen und Folgen psychosozialer Belastung und Beanspruchung in Dialyse-Einrichtungen

Eine Möglichkeit, die psychosoziale Arbeitssituation zu erfassen, bietet das COPSOQ-Instrument. Dieses Befragungsinstrument ist auf der Grundlage verschiedener Modelle und Theorien entstanden. Unter anderem auf der Basis der zurzeit in der Arbeitswissenschaft führenden zwei Modelle: Das Anforderungs-Kontroll-Modell von Karasek (1979) und das Modell beruflicher Gratifikationskrisen von Siegrist (1996, 2001). Diese sollen den Zusammenhang von Belastungsfaktoren (Ursachen) und verschiedenen Beanspruchungsfolgen (Folgen) im Allgemeinen aufzeigen. Das Modell von Karasek geht davon aus, dass Arbeitssituationen dann besonders negative psychische oder auch körperliche Auswirkungen haben, wenn hohe Anforderungen mit geringem Handlungsspielraum (und geringer sozialer Unterstützung im erweiterten Modell) zusammentreffen. In dem Modell von Siegrist wird davon ausgegangen, dass besonders negative Auswirkungen aus der Kombination hoher extrinsischer und intrinsischer Anforderungen mit niedrigen Belohnungschancen entstehen (Nübling et. al, 2005). Stress ist zum Beispiel eine daraus resultierende negative Beanspruchungsreaktion. „Faktoren, die das Auftreten von Stressreaktionen und deren Folgen fördern, werden Stressoren genannt“ (Allenspach & Brechbühler, 2005, S. 37). Demzufolge sind die Ursachen von Stress multifaktoriell und können in unterschiedlichen Aspekten der Arbeit begründet sein, wie z.B. (Semmer o.J., zit. nach Allenspach & Brechbühler, 2005; Nöcker, 2008; Ferreira, 2008):

- **Arbeitsaufgaben:**
 - qualitative Unter-/Überforderung,
 - schwerwiegende emotionale und soziale Anforderungen
 - Multitasking
- **Arbeitsorganisation:**
 - große Verantwortung für Menschen, Dinge,
 - Intensität: hoher Zeitdruck, Daueraufmerksamkeit
 - Schichtarbeit
- **Physische Bedingungen:**
 - Umgebungsbedingungen: Lärm, Hitze, Lichtverhältnisse
 - einseitige Körperhaltung

- Soziale Bedingungen: - Konflikte, schlechtes Arbeitsklima, Mobbing
 - mangelnde soziale Unterstützung

- Organisationale
 Bedingungen: - mangelnde Zukunftsaussichten (Arbeitsplatzsicherheit,
 Karrieremöglichkeiten),
 - wenige Entscheidungs- und Mitbestimmungsmöglichkeiten

Ebensowenig wie die Vielzahl möglicher Ursachen für psychische Belastungen am Arbeitsplatz sind deren Folgen abschließend darzustellen. Kaufmann, Pornschlegel & Udris (1982, S.24, zit. nach Poppelreuter & Mierke, 2005) haben eine Klassifikation möglicher Stressfolgen aufgestellt, die nach zeitlichen Wirkungen und unter Berücksichtigung der betroffenen Ebenen unterschieden werden. Kurzfristige Stressreaktionen sind z.B. Blutdrucksteigerung, nachlassende Konzentration oder Konflikte. Mittel- bis langfristige Folgen sind u.a. allgemeine psychosomatische Beschwerden und Erkrankungen sowie innere Kündigung. Hervorzuheben ist, dass sowohl körperliche als auch psychische Belastungen gleichermaßen in körperliche und/oder psychische Belastungsfolgen münden können. Belastungen können zudem am Arbeitsplatz das Betriebsklima verschlechtern oder Einschränkungen der Arbeitsleistung mit sich bringen (ebd.). Der vorzeitige Berufsausstieg, überdurchschnittlich hohe krankheitsbedingte Fehlzeiten und Fluktuationen werden in direktem Zusammenhang mit den unattraktiven Arbeitsbedingungen (Hasselhorn et. al, 2008, zit. nach Gregersen et al., 2010) wie zum Beispiel hohe körperliche und emotionale Arbeitsbelastungen und geringe berufliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten (Hasselhorn & Müller, 2005, zit. nach Gregersen et al., 2010), gesehen.

Wird die aktuelle Situation im Dialyse-Sektor im Speziellen betrachtet, zeigt sich, dass die Auswirkung der Belastung auf die Beschäftigten von folgenden Faktoren und Entwicklungen beeinflusst wird: Aufgrund der steigenden Lebenserwartung von Dialysepatienten und das Altern der Allgemeinbevölkerung nimmt die Anzahl der Dialysepatienten stetig zu. Zudem steigt die Inzidenz von Nierenerkrankungen mit zunehmendem Alter. Aus diesen Gegebenheiten ergeben sich Konsequenzen für die Arbeitssituation in Dialyse-Einrichtungen. Die Gefahr von Multimorbidität erhöht sich mit steigendem Lebensalter, was das Dialyse-Personal vor neue berufliche und psychische Herausforderungen stellt. Auch wächst mit zunehmender Patientenzahl der Bedarf an kompetenten Mitarbeitern, sodass aufgrund des gleichzeitig zu erwartenden Nachwuchsmangels Beschäftigte möglichst lange und gesund in ihrem Beruf beschäftigt bleiben sollten. Bei der Betrachtung der Arbeit in Dialyse-Einrichtungen ist zu beachten, dass diese durch eine intensive und langfristige Beziehung mit häufig frustrierten oder depressiven Patienten gekennzeichnet ist. Hinzu kommen die Konfrontation mit Tod und

Leid, Personalkürzungen und der Umgang mit modernen Technologien. Die Studienergebnisse zu berufsbedingter psychischer Belastung und Beanspruchung anderer Beschäftigter im Gesundheitswesen, wie beispielsweise im Kliniksektor oder in der Altenpflege, ist aufgrund dieses besonderen Hintergrunds nicht vorbehaltlos auf die Dialyse-Einrichtungen übertragbar (Böhmert et al., 2011). Das begründet den Forschungsschwerpunkt der Dialyse-Einrichtungen, der in Kapitel 2.4 ausführlich vorgestellt wird. Im nachfolgenden Kapitel wird das Screening-Instrument „COPSOQ“ beschrieben. Dieses Instrument bietet eine Möglichkeit, psychische Belastung zu operationalisieren und daraus Maßnahmen zur Verbesserung dieser Situation abzuleiten.

2.3 Der Copenhagen Psychosocial Questionnaire

Eine vorausgegangene Befragung mit dem **Copenhagen Psychosocial Questionnaire** (COPSOQ) ist Voraussetzung für die Anwendung des hier entwickelten Interviewleitfadens. Dieser wurde eigens zur Wirksamkeitskontrolle der Interventionen zum Abbau psychischer Belastungen nach Mitarbeiterbefragungen mit dem COPSOQ-Instrument entwickelt. Bei dem COPSOQ handelt es sich um ein international anerkanntes, wissenschaftlich validiertes und inhaltlich breitgefassetes Screening-Instrument zur Erfassung psychosozialer Faktoren am Arbeitsplatz (FFAS, 2013). Entwickelt wurde er von Kristensen und Borg vom National Occupational Health in Kopenhagen mit dem Ziel, psychosoziale Belastungen und Beanspruchungen zu operationalisieren. Dazu wird ein mehrdimensionales Verfahren eingesetzt mit einem großen Fragenspektrum. Der dänische Fragebogen wurde in einer Erprobungsstudie im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) als deutsche Version nutzbar gemacht (Nübling et al., 2005). Die COPSOQ-Standardversion, die bei der Mitarbeiterbefragung in den Dialyse-Einrichtungen verwendet wurde, umfasst 25 Skalen (87 Items) plus sieben berufsspezifische Fragen, 19 der 25 Skalen erfassen die psychosozialen Arbeitsbedingungen. Diese untergliedern sich in Anforderungen, Einfluss- und Entwicklungsmöglichkeiten, soziale Beziehungen und Führung. Die übrigen sechs Skalen sind Belastungsfolgen (Outcomes) (Gregersen et al., 2010) (Abb. 1). Die vorausgegangene COPSOQ-Studie, anhand derer der Interviewleitfaden zur Wirksamkeitskontrolle von Interventionen getestet wurde, wird im nächsten Kapitel vorgestellt.

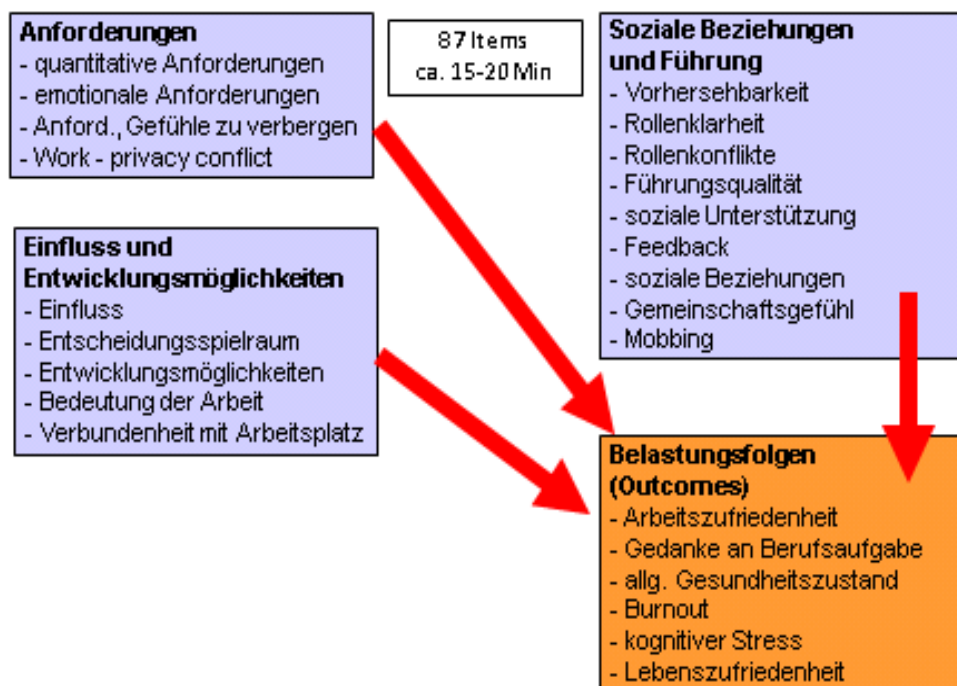


Abbildung 1 Dimensionen des COPSOQ- Fragebogens (Nübling et.al, 2005, S. 13)

2.4 Vorausgegangene Mitarbeiterbefragung in Dialyse-Einrichtungen mit dem COPSOQ-Instrument

Die BGW hat mit dem Ziel der Erkenntnisgewinnung und einer Verbesserung der psychosozialen Arbeitssituation der Mitarbeiter ihrer Mitgliedsbetriebe auf Beschluss ihres Ausschusses für Prävention und Arbeitsschutz, eine Mitarbeiterbefragung zur psychosozialen Belastung und Beanspruchung in Dialyse-Einrichtungen durchgeführt. Die Befragung wurde mit dem COPSOQ-Instrument durchgeführt, die Ergebnisse wurden anschließend den Einrichtungen gemeldet. Diese Mitarbeiterbefragung bildet die Grundlage für die Entwicklung des qualitativen Interviewleitfadens, der die Vorgehensweise der Betriebsstätten nach Erhalt der Ergebnisberichte überprüft. Diese Kontrolle nach COPOQ-Befragungen dient der Initiierung von Maßnahmen zum Abbau psychischer Belastungen. Daher wird im Folgenden eine kurze Zusammenfassung der Vorgehensweise und der Ergebnisse dieser Mitarbeiterbefragung aufgezeigt. Im Anschluss werden die Empfehlungen dargestellt, wie die jeweilige Einrichtung nach einer Mitarbeiterbefragung vorgehen sollte.

2.4.1 Vorgehensweise und Zusammenfassung der Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung

Bisher wurden nur wenige Studien zu Arbeitsbedingungen von Beschäftigten in Dialyse-Einrichtungen durchgeführt. Um die dortigen Arbeitsbedingungen zu erfassen, wurde ein systematisches Literaturreview zur psychischen Belastung und Beanspruchung von Beschäftigten im Fachgebiet Nephrologie durchgeführt. Dabei wurden 19 Studien aus den Jahren 1990 bis 2009 eingeschlossen. Ein Ergebnis des Reviews war u.a., dass die letzte publizierte deutsche Studie zur psychosozialen Arbeitssituation der Beschäftigten in Dialyse-Einrichtungen mehr als zwanzig Jahre zurückliegt (Muthny, 1989). Zudem zeigte das Review, dass sowohl positive (z.B. hohe Arbeitszufriedenheit; Möglichkeit etwas für die Menschen zu tun) als auch negative Aspekte (z.B. Arbeitsdruck; zu wenig Zeit für den einzelnen Patienten) im Tätigkeitsbereich der Dialyse-Einrichtungen vorkommen. Auch weisen die Daten insgesamt auf ein moderates Stress- und Burnout-Niveau der Beschäftigten hin. Des Weiteren zeigen die Ergebnisse, dass Optimierungspotenziale und Handlungsbedarf bestehen (Böhmert et al., 2010). Nach Literaturrecherche sowie Hospitationen in Dialyse-Einrichtungen wurde der COPSOQ um sieben berufsspezifische Fragen erweitert, etwa zum Umgang mit Tod und Sterben sowie zu spezifischen psychischen Belastungen bei der Tätigkeit. Im Anschluss wurden die Beschäftigten aus 20 Dialyse-Einrichtungen mit dem COPSOQ befragt. Bei der Mitarbeiterbefragung handelt es sich um eine multizentrische Querschnittstudie, die im norddeutschen Raum durchgeführt wurde. Ausgewählt wurden die Dialyse-Einrichtungen mittels Zufallsstichprobe und Gelegenheitsstichprobe² aus der BGW-Datenbank. Die Anzahl der Beschäftigten variierte zwischen 13 und 55 in den teilnehmenden Dialyse-Einrichtungen. Von 669 ausgegebenen Fragebögen kamen 367 ausgefüllt zurück, was einer Rücklaufquote von 55% entspricht.

Zusammengesetzt hat sich die Gruppe der Befragten folgendermaßen: Der Anteil der weiblichen Teilnehmenden beträgt 90%. Das Durchschnittsalter lag bei 43,7 Jahren (SD 10,4). Der größte Anteil entfällt auf examinierte Krankenpflegekräfte (71%), 6% sind angelernte Pflegekräfte oder Auszubildende, 7% üben sonstige Pfllegetätigkeiten aus und 16% gehören anderen Berufsgruppen an (z.B. Verwaltungsmitarbeiter oder Lagerist).

Die Ergebnisse der aktuellen Vergleichswerte von der stationären Krankenpflege mit den Dialyse-Einrichtungen ergeben folgendes Bild: Positiv sind in Dialyse-Einrichtungen die *quantitativen Anforderungen*, *emotionale Anforderungen*, *work-privacy-conflict* und die

² Gelegenheitsstichprobe bedeutet ein bewusstes Stichprobenverfahren (Kittner et al., 1994). In diesem Fall entstammt die Gelegenheitsstichprobe aus den bei der BGW versicherten Dialyse Einrichtungen, die durch ihre Einrichtungs- Leitungen ausgewählt wurden.

sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz. Keine nennenswerten Unterschiede gibt es bei 14 Skalen. Kritisch fallen hingegen die Werte der Skalen *Einfluss bei der Arbeit*, *Entscheidungsspielraum*, *Entwicklungsmöglichkeiten*, *Vorhersehbarkeit der Arbeit*, *Führungsqualität*, *Feedback* und *Mobbing* aus (DGAUM, 2013). Zudem wurden die berufsspezifischen Fragen folgendermaßen beantwortet:

- 9% der Befragten gaben an, bereits Nadelstichverletzungen erlitten zu haben.
- 25% waren innerhalb der vorangegangenen zwölf Monate mit körperlichen Aggressionen konfrontiert.
- 72% erlebten verbale Aggressionen.
- 11% gaben an, in sehr hohem bzw. hohem Maß Angst vor einer Ansteckung mit blutübertragbaren Erkrankungen zu haben. 26% antworteten mit „zum Teil“.
- 15% fühlten sich in sehr hohem Maß durch körperliche und verbale Aggression von Patienten oder Angehörigen belastet.
- 48% der Befragten beantworteten die Frage, ob viele patientenferne Tätigkeiten verlangt würden, mit „in sehr hohem Maß“ oder „in hohem Maß“.
- Der Umgang mit Tod und Leid der Patienten belastet 25% „in sehr hohem Maße“ oder „im hohem Maße“ (BGW, 2012).

Nach der Auswertung wurden ausführliche Ergebnisberichte an die Einrichtungen geschickt. Zusätzlich wurden eine telefonische Ergebnisrückmeldung, Beratung vor Ort, die Erstellung von Präsentationen und ein Seminarkonzept zur Durchführung der Mitarbeiterbefragung angeboten.

2.4.2 Empfehlungen zum Umgang der Befragungsergebnisse nach der COPSQ-Befragung

Zusammen mit dem Ergebnisbericht der COPSQ-Befragung hat die BGW den Dialyse-Einrichtungen auch Empfehlungen zum Umgang mit den Ergebnissen zur Verfügung gestellt. Es wurde empfohlen, die Ergebnisse in einer innerbetrieblichen Projektgruppe unter Einbeziehung von Experten zu diskutieren und in einem transparenten Verfahren abzuwägen, wo unter Einsatz welcher finanzieller und personeller Ressourcen die günstigsten Effekte zu erwarten sind. Bei der Auswahl der Maßnahme geht es unter anderem um die erwartete Wirksamkeit, Machbarkeit, den Aufwand und erwarteten Nutzen sowie die Akzeptanz und den Anspruch (Leitbild) des Unternehmens. Um den Erfolg der eingeleiteten Maßnahmen überprüfen zu können, wird den Einrichtungen eine wiederholte Befragung mit dem COPSQ in ein bis zwei Jahren nahegelegt. Auch wurden die Einrichtungen darauf hingewiesen, dass die Beschäftigten möglichst schnell

über die Ergebnisse der COPSOQ-Befragung informiert werden sollten. Denn diese erwarten, dass im Anschluss an die Befragung Maßnahmen abgeleitet und umgesetzt werden (vgl. FFAS, 2013). „Eine Befragungsaktion ohne Folgeprozess wirkt kontraproduktiv“ (BGW, 2011, S. 7).

Wie die Einrichtungen mit dem Ergebnisbericht umgegangen sind, soll anhand eines qualitativen Interviewleitfadens untersucht werden. Zusätzlich soll erhoben werden, welche Maßnahmen tatsächlich zur Verbesserung der psychosozialen Belastung und Beanspruchung von Mitarbeitern beigetragen haben. Die Entwicklung des Leitfadens behandelt das nachfolgende Kapitel.

3 Methodisches Vorgehen bei der Leitfadententwicklung

Das Methodische Vorgehen bei der Leitfadententwicklung ist der Hauptteil dieser Arbeit und somit der umfangreichste Abschnitt. Zunächst wird im Kapitel 3.1 herausgestellt, wie wichtig eine Überprüfung der Wirksamkeit der Interventionen nach einer COPSOQ-Befragung ist. Dieser Abschnitt enthält zudem ein Fließschema, welches das systematische Vorgehen bei der Erarbeitung des zentralen Teils der vorliegenden Arbeit aufzeigt. Die aufgeführten Punkte werden anschließend genauer beschrieben.

3.1 Bedeutung einer Wirksamkeitskontrolle

Die unter Kapitel 2.4 dargestellte Mitarbeiterbefragung wurde eingesetzt, um den Einrichtungen die vorhandenen Stärken und Schwächen der psychosozialen Arbeitssituation ihrer Beschäftigten aufzuzeigen und auf dieser Grundlage Verbesserungen abzuleiten. Um zu überprüfen, ob bzw. welche Verbesserungen abgeleitet wurden, wurde eine Nachbefragung einzelner Vertreter der Einrichtungen mithilfe eines Leitfadeninterviews vorgenommen.

Befragungen zur Zufriedenheit der Mitarbeiter und Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung sind fester Bestandteil des Qualitätsmanagements. Die Mitarbeiterbefragung (z.B. mit dem COPSOQ) gilt als geläufige und eigenständige Methode der Organisationsentwicklung und -führung. Ihr Ziel ist es in erster Linie, Veränderungsprozesse zu bewirken bzw. diese zu beschleunigen. Es muss allerdings gewährleistet sein, dass die Einrichtungsleitung Verbesserungsmaßnahmen aus den Ergebnissen ableitet und diese auch umsetzt (Weigert, 2010). Der Bedarf an wissenschaftlich abgesicherten Nachweisen der Wirksamkeit, Effizienz, Qualität und Akzeptanz der umgesetzten Maßnahmen nimmt zu (Kardorff, 2005, zit. nach Flick, et al., 2000). Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine externe Wirksamkeitskontrolle -der BGW- zur Überprüfung der Vorgehensweisen nach der COPSOQ-Befragung, jedoch ist eine interne Wirksamkeitskontrolle ein ebenso entscheidender Teilschritt stetiger Verbesserung. Die Mitarbeiterbefragung mit dem COPSOQ dient als Grundlage einer Gefährdungsbeurteilung der psychischen Belastung der Mitarbeiter bei ihrer Tätigkeit. Die Wirksamkeitskontrolle ist für den Gesamtprozess der Gefährdungsbeurteilung von entscheidender Bedeutung. Im Nachgang an eine Befragung ist es erforderlich zu überprüfen, ob die eingesetzte Methode funktioniert und die beabsichtigten Effekte einer Belastungsreduzierung eintreten (Satzler, 2002). Laut §3 (Abs. 1) des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG) von 1996 ist es sogar die Grundpflicht des

Arbeitgebers, anschließend „(...) die Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen und erforderlichenfalls sich ändernden Gegebenheiten anzupassen. Dabei hat er eine Verbesserung von Sicherheit und Gesundheitsschutz der Beschäftigten anzustreben“.

Die Entwicklung des qualitativen Interviewleitfadens ist ein wesentlicher Bestandteil und ein grundlegender Ansatz im Rahmen der Qualitätssicherung und eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) (Abbildung 2). Der von Deming entwickelte KVP ist die Grundlage aller Qualitätsmanagement-Systeme und bedeutet „stetige Verbesserung mit möglichst nachhaltiger Wirkung“ (Weimann & Weimann, 2012, S. 68f).

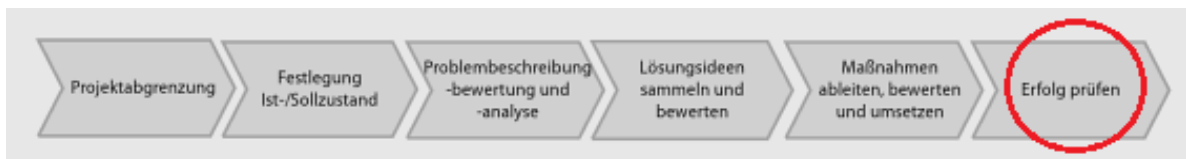


Abbildung 2 Ablauf eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) nach Weimann & Weimann, 2012, S. 69

Laut Weimann und Weimann (2012), steigt durch den KVP die Mitarbeiterzufriedenheit und die Qualität der Patientenversorgung. Dies verdeutlicht die Relevanz einer Wirksamkeitskontrolle. Der von Shewhart entwickelte Plan-Do-Check-Act-(PDCA-)-Zyklus beschreibt das Vorgehen im Verbesserungsprozess und empfiehlt ebenfalls das Überprüfen der Wirkung.

Plan: Erkennen von Verbesserungspotenzial, Analyse des aktuellen Zustands, Entwicklung eines Verbesserungskonzepts

Do: Testen und optimieren des Verbesserungskonzepts

Check: Prozessablauf und seine Resultate überprüfen und freigeben zur Umsetzung als Standard

Act: Einführung und regelmäßige Überprüfung des neuen Standards auf Einhaltung (ebd)

Ein Beispiel dafür was zu einem funktionierenden Prozess der Ermittlung und Veränderung psychischer Belastung gehören kann, wird in Anlehnung an den PDCA-Zyklus in Abbildung 3 gezeigt. Die Wirksamkeitskontrolle ist dabei ein entscheidender Faktor.

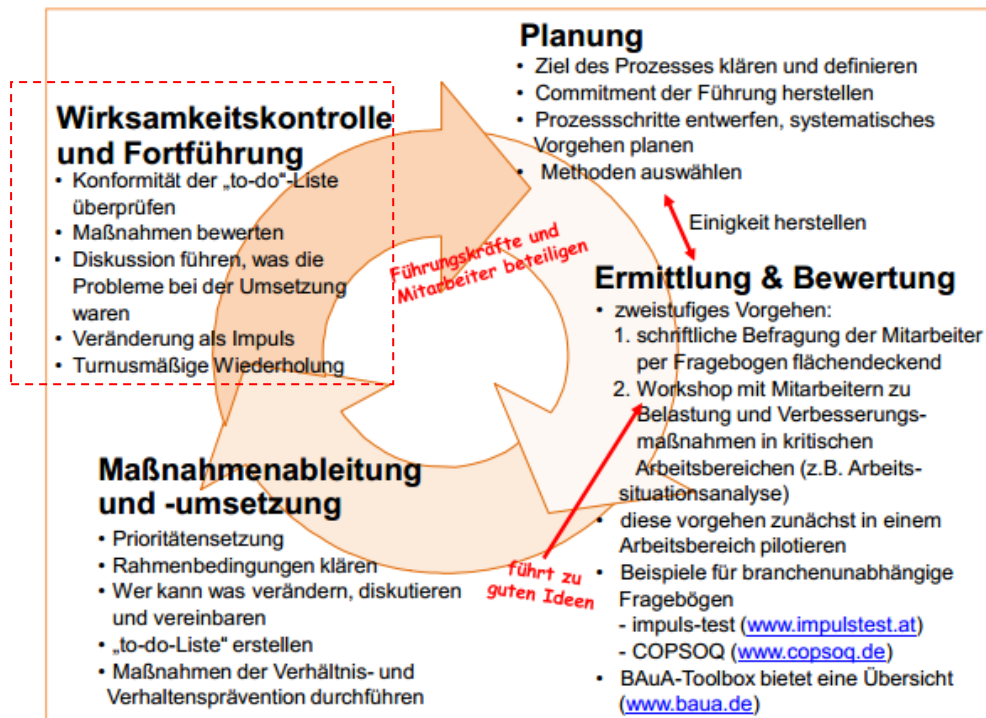


Abbildung 3 Prozess zur Ermittlung und Veränderung psychischer Belastung (Infoline Gesundheitsförderung, 2013)

Das systematische Vorgehen bei der Leitfadententwicklung wird im Folgenden anhand eines Fließschemas dargestellt (Abbildung 4). Zur Orientierung sind die Kapitelnummern der jeweiligen Themen aufgeführt, die anschließend behandelt werden.

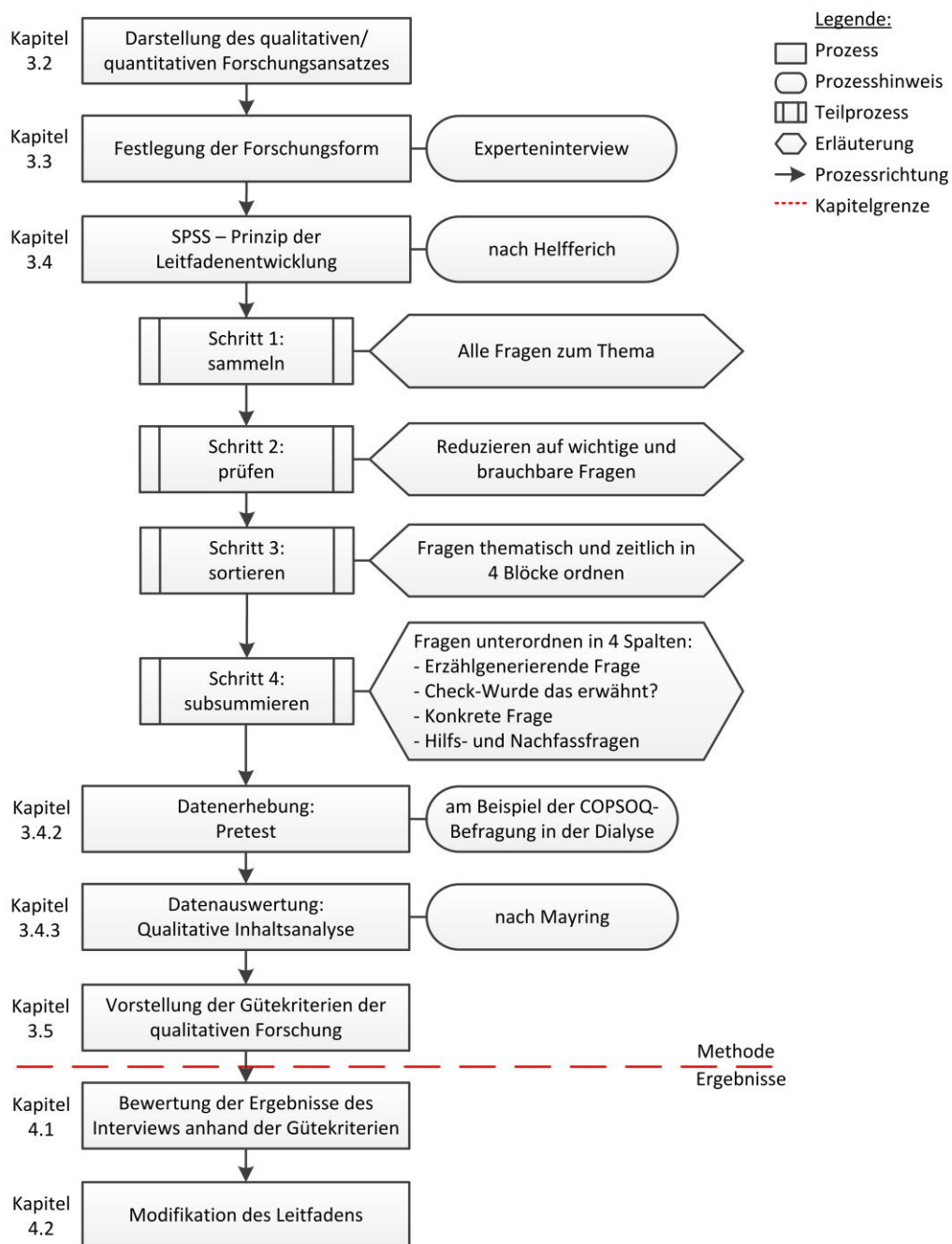


Abbildung 4 Fließschema zur Vorgehensweise bei der Leitfadententwicklung (eigene Darstellung)

3.2 Qualitativer Forschungsansatz

Nachdem die Relevanz einer Wirksamkeitskontrolle dargestellt wurde, wird in diesem Abschnitt darauf eingegangen, welche Forschungsform sich mit welcher Begründung für eine Nachbefragung dieser Art am besten eignet. Die qualitative Forschung greift auf verbalisierte Erfahrungsrealitäten zurück, während quantitative Forschung mit numerischen Daten arbeitet. Der Vorteil der qualitativen Methode liegt darin, dass der Befragte nicht nur die Art der Einschätzung, sondern auch die Begründung dazu liefert.

„Dieses qualitative Material scheint 'reichhaltiger' zu sein; es enthält viel mehr Details als ein Messwert“ (Bortz & Döring, 2006, S. 296f). Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Erfahrungen, die die Dialyse-Einrichtungen nach dem Erhalt des Ergebnisberichts gesammelt haben, ist daher eine Forschungsform qualitativer Art geeignet. In Abgrenzung zur quantitativen Forschung arbeitet die qualitative Forschung zudem mit erheblich geringeren Fallzahlen (Brüsemeister, 2000), orientiert sich nicht an theoretischen Modellen und verzichtet auf Hypothesen und Operationalisierung. Mithilfe des exploratorischen (Hopf & Weingarten, 1993) und induktiven Forschungscharakters werden zunächst neue Theorien qualitativ begründet, auf deren Grundlage entsprechende Hypothesen gebildet werden, die dann quantitativ erforscht werden können. Neben der Wahrung des Prinzips der Offenheit, der Flexibilität und der Erzählgenerierung wird des Weiteren bei der qualitativen Methode weniger Wert auf Standardisierung der Untersuchungssituation oder Sicherstellung von Repräsentativität gelegt (Flick, 2009). Somit ergibt sich auch bei der Auswertung der „qualitativen Inhaltsanalyse“ der Vorteil, dass das Material immer in seinem Kontext verstanden wird. Diese Besonderheit vernachlässigt das quantitative Äquivalent oftmals (Mayring, 2010). „Zwischen quantitativen und qualitativen Forschungsansätzen besteht kein grundsätzlicher Gegensatz, es handelt sich vielmehr um eine pragmatische Unterscheidung zweier methodischer Zugänge, die sich sinnvoll ergänzen“ (Legewie, 2006, S. 1f). Die wichtigsten Unterscheidungen der beiden Forschungsmethoden sind in Tabelle 1 zusammengefasst. Nach der Festlegung der Forschungsform begründet das nachfolgende Kapitel die geeignete Erhebungsmethode für das Leitfadenterview.

Tabelle 1 Qualitative versus quantitative Forschung (Bestmann, 2011, abgeändert durch die Verfasserin)

Qualitativ	Quantitativ
Verbale Daten	Numerische Daten
Mehr Details (Breite Informationssammlung)	Enger Rahmen (Messwerte)
Geringere Fallzahlen (Berücksichtigung individueller Besonderheiten)	Betrachtung einer großen Grundgesamtheit
Theorieentwickelnd (Hypothese)	Theorieprüfend (Hypothese)
Explorativ	Explanativ (erklärend)
Induktiv	Deduktiv
Offenheit und Flexibilität	Geschlossenheit (Standardisierung)
Kontextbezogene Auswertung (Interpretativ)	Keine kontextbezogene Auswertung (Begründend)

3.3 Das Experteninterview

Bei der Wahl der Erhebungsmethode war es wichtig, dass die Teilnehmer die Möglichkeit bekommen, ihre Erfahrungen und Vorgehensweisen in den Einrichtungen zum Ausdruck zu bringen. Experteninterviews werden in rekonstruierenden Untersuchungen eingesetzt, daher stellen sie in diesem Fall die geeignetste Wahl dar. Das Experteninterview ist eine besondere Form der Leitfadeninterviews. Im Unterschied zu anderen Formen der offenen Befragung zeichnet es sich dadurch aus, dass der Befragte weniger als Person, vielmehr in seiner Funktion als Experte für bestimmte Handlungsgebiete interessant ist. Ob jemand als Experte bezeichnet wird, ist abhängig von der Forschungsfrage, es handelt sich also um einen "relationalen Status" (Meuser & Nagel, 1991). Demnach ist ein Experteninterview ein qualitatives Interview mit einer bestimmten Zielgruppe (Deeke, 1995, zit. nach Lamnek, 2010). Meuser und Nagel (1991) unterscheiden zwei Formen des Experteninterviews. Zum einen liefern die Experten zusätzliche Informationen zu einer bestimmten Zielgruppe (Randstellung), zum anderen stehen sie selbst im Mittelpunkt des Forschungsinteresses (zentral). Bei dieser Erhebung steht Letzteres im Vordergrund. Die Ansprechpartner hatten eine leitende Funktion inne und repräsentierten ihre Einrichtung. Sie waren also keine externen Befragten im Sinne eines Gutachters, sondern Experten, die über besondere Informationen über Personengruppen oder Entscheidungsprozesse ihrer Einrichtung verfügen (ebd.). Die interviewten Experten in dieser Erhebung haben sich zusammengesetzt aus der Verwaltungsleitung, Personalleitung, Einrichtungsleitung und der Ärzteschaft. Die zentrale Aufgabe ist es, die Aussagen der Befragten auf das zu untersuchende Themengebiet zu begrenzen (vgl. Flick, 1999; Meuser & Nagel, 1991, zit. nach Mayer, 2008). Um das umsetzen zu können, muss die Interviewerin bzw. der Interviewer grundlegende Kenntnisse über die jeweilige Arbeitssituation haben (Pfadenhauer, 2005, zit. nach Lamnek, 2010). In Vorbereitung auf die Befragung wurden daher Hospitationen in Dialyse-Einrichtungen durchgeführt.

3.4 Entwicklung des Interviewleitfadens

Das Leitfadeninterview ist die gängigste Form qualitativer Befragungen (Bortz & Döring, 2006). Das Prinzip der Leitfadenentwicklung ist es, theoretische Vorüberlegungen in einen Leitfaden zu übersetzen und zu operationalisieren. Es entsteht durch den Leitfaden ein Gerüst für die Datenerhebung und die Datenanalyse, das in gewissem Sinn die inhaltliche Struktur der Erzählung standardisiert und die Daten der verschiedenen Interviews somit vergleichbar macht. „Dennoch lässt es genügend Spielraum, spontan aus der Interviewsituation heraus neue Fragen und Themen einzubeziehen oder bei der Interviewauswertung auch Themen herauszufiltern, die bei der Leitfadenkonzeption nicht

antizipiert wurden“ (ebd., S. 314). Der Interviewleitfaden (s. Anhang A, A1-A4) für die Nachbefragung in Dialyse-Einrichtungen wurde nach den Anforderungen an einen Leitfaden in Anlehnung an Helfferich (2005) konzipiert. Danach sollte ein Leitfaden

- Grundprinzipien der qualitativen Forschung gerecht werden (Offenheit),
- eine begrenzte Anzahl von Fragen enthalten,
- formal übersichtlich und gut zu handhaben sein,
- dem „natürlichen“ Erinnerungs- oder Argumentationsfluss folgen,
- nicht abgelesen werden (bei Unsicherheit, kann am Ende nachgeschaut werden),
- spontanen Erzählungen Priorität geben.

Bei der Erstellung des Interviewleitfadens wurde zudem darauf geachtet, dass dieser nicht aus einer Frageliste besteht, sondern komplex aufgebaut ist. Er wird nach verschiedenen Fragestellungen differenziert. Zum einen werden Fragen nach ihrem Rang unterschieden (höchster Rang, z.B. öffnende, erzählgenerierende Fragen), zum anderen nach der Festlegung der Formulierung (z.B. Stichworte oder feste Formulierung). Auch wird nach der Verbindlichkeit (z.B. nur obligatorische Frage) und dem Grad der inhaltlichen Steuerung (z.B. Steuerungs- und Aufrechterhaltungsfragen) differenziert (Helfferich, 2005). Da mithilfe des teilstandardisierten Leitfadeninterviews Experten interviewt werden, ist bei dessen Entwicklung zu beachten, dass unterschiedliche Themen behandelt und bestimmbare Informationen erhoben werden sollen (Gläser & Laudel, 2010). Außerdem wurde bei der Entwicklung des Leitfadens berücksichtigt, dass während des Interviews eine flexible Reihenfolge mit spontan gewählten Frageformulierungen gewählt werden kann, die dem jeweiligen Experten und Erzählduktus angepasst werden können. Dennoch wurde versucht, die chronologische Abfolge einzuhalten, da diese das Erinnerungsvermögen des Befragten positiv beeinflussen kann. Des Weiteren wurde darauf geachtet, dass der Leitfaden aus maximal vier durch Erzählaufforderung eingeleitete Blöcke und einem flexibel handhabaren Nachfragereservoir besteht. In der vorliegenden Arbeit wurde bei der Leitfadenerstellung nach dem Sammeln-Prüfen-Sortieren-Subsumieren-Prinzip (SPSS-Prinzip) gearbeitet (s. CD-Anhang). Bei dieser Methode wird das Grundprinzip der Offenheit gewahrt und dennoch die notwendige Strukturierung vorgegeben (Helfferich, 2005). Im Folgenden wird kurz erläutert, was sich hinter den einzelnen Schritten verbirgt:

1. Schritt: Sammeln

Der erste Schritt beinhaltet zunächst das Sammeln aller Fragen, die für den Forschungsgegenstand von Interesse sind. Hier wurden ohne Beachtung der

Formulierungen alle Fragen „gesammelt“, die bei der Frage „Was möchte ich wissen“ zustande gekommen sind.

2. *Schritt: Prüfen*

Beim zweiten Schritt wurde diese Fragenliste unter Aspekten der Offenheit und des Vorwissens bearbeitet. Daraufhin wurde die Liste auf die wesentlichen Fragen bzw. Aspekte reduziert. Mehrere Prüffragen halfen beim Aussortieren. Beispielsweise wurden Faktenfragen³ entfernt. Fragen nach der Eignung (z.B. die Erzählwürdigkeit) oder Fragen, die bereits Erwartetes abfragen, konnten geprüft und gestrichen werden. Die Fragenliste hat sich daraufhin um circa die Hälfte reduziert.

3. *Schritt: Sortieren*

Der dritte Schritt befasste sich mit der Sortierung der verbliebenen Stichworte und Fragen. Da es bei dem Leitfaden darum geht, einen Handlungsablauf nachzuvollziehen, nämlich den Umgang mit dem Ergebnisbericht und den daraus abgeleiteten Verbesserungsmaßnahmen, wurden die Fragen nach zeitlicher Abfolge geordnet. Die Fragen wurden thematisch und zeitlich zu vier Themenblöcken zusammengefasst.

4. *Schritt: Subsumieren*

Beim letzten Schritt bekam der Leitfaden seine besondere Form. Zu jedem der vier Themenblöcke wurde eine erzählgenerierende Frage entwickelt, unter die die Einzelaspekte untergeordnet bzw. subsumiert wurden. Daraus sind vier Spalten entstanden: In der ersten Spalte steht die Erzählaufforderung, in der zweiten Spalte die zugeordneten Aspekte in Stichworten, in der dritten Spalte die vorformulierten konkreten Fragen und in der vierten Spalte werden inhaltsleere Steuerungsfragen oder Aufrechterhaltungsfragen (z.B. Hilfs- und Nachfassfragen) aufgelistet. Hier wurden zudem Anmerkungen zu bestimmten Fragen vorbereitet. Die Fragen in der zweiten Spalte fungieren als „Memos“ bzw. als „Check-Liste“ und werden nur aufgegriffen, wenn die Fragen nicht von alleine durch die erzählgenerierende Frage beantwortet wurden (*hier*: „Check-wurde das erwähnt?“ genannt). Die konkreten Fragen in der dritten Spalte sollten allen Befragten gestellt werden, um die Vergleichbarkeit der Antworten untersuchen zu können.

³ Faktenfragen sind reine Informationsfragen (z.B. Angaben zum Alter), die vom qualitativen Leitfaden abgekoppelt werden sollten und notfalls an anderer Stelle abgefragt werden können (z.B. Notizblatt nach dem Interview) (Helfferich, 2005).

3.4.1 Aufbau und Ziele des Interviewleitfadens

Der Interviewleitfaden umfasst insgesamt fünf DIN-A4-Seiten. Auf der ersten Seite sind Informationen und Formalitäten zusammengefasst, wie z.B. Datenschutzangaben, die Zustimmung zur Tonbandaufnahme sowie zur Dauer und Struktur des Interviews. Neben diesen Hinweisen findet sich im Interviewleitfaden auf jeder der vier Seiten ein kurzer Übergangssatz, der den neuen Themenblock einleitet. Diese Sätze sollen den Gesprächsverlauf verflüssigen und Übergänge zwischen den Themenblöcken glätten.

Eingeleitet wird das Interview mit zwei Einleitungsfragen, die im Folgenden beschrieben werden. Im Anschluss daran wird der Leitfaden in vier Themenblöcke aufgeteilt, die daraufhin näher erläutert werden.

Einleitungsfragen

Ziel der ersten Einleitungsfragen ist es, das Gespräch zu eröffnen. Zudem soll ermittelt werden, ob die Einrichtungen freiwillig an der Befragung teilgenommen bzw. bereits Handlungsbedarf gesehen haben oder nicht. Hieraus lassen sich ggf. später Unterschiede feststellen bei der Maßnahmenumsetzung. Falls die Einrichtungen keinen Handlungsbedarf gesehen haben, haben sie eventuell deswegen wenige Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet und umgekehrt. Zudem ist es interessant, ob die Selbsteinschätzung der Einrichtungen mit den Ergebnissen übereinstimmt. Die erste Einleitungsfrage lautet: *Aus welcher Motivation heraus hat die Einrichtung an der damaligen Befragung teilgenommen?*, mit den zusätzlichen Vermerken: *In welchem Stadium befand sich Ihre Einrichtung zum Befragungszeitpunkt?* und *Haben Sie bereits Handlungsbedarf gesehen oder dachten Sie, alles lief gut?* Ziel der zweiten Einleitungsfrage ist es zu erfahren, ob die Befragung der BGW gut angenommen wurde bzw. in welcher Hinsicht es Probleme damit gab, dass ein externes Institut die Befragung initiiert hatte. Die zweite Einleitungsfrage lautet somit: *Wie empfanden Sie es, die Ergebnisse der Fremdbefragung anzunehmen und zum Thema der eigenen Sache zu machen?*

1. Block: Ergebnisbericht

Der erste Themenblock beginnt mit dem Ergebnisbericht. Vorwiegend durch diesen wurden den Dialyse-Einrichtungen die Ergebnisse der COPSOQ-Befragung übermittelt. Auf dieser Grundlage entstehen die anschließenden Maßnahmen zur Verbesserung der psychosozialen Arbeitssituation. Das Ziel ist es, ausführliche Informationen darüber zu gewinnen, wie die Einrichtungen mit dem Ergebnisbericht umgegangen sind und in welcher Form die Ergebnisse innerhalb der Betriebsstätten kommuniziert wurden. Die

Aspekte aus dem ersten Themenblock werden im Folgenden nach den vier Spaltenüberschriften der Leitfadenblöcke aufgezeigt (s. Kapitel 3.4):

Erzählaufforderung: *Nachdem Sie/Ihre Einrichtung den Ergebnisbericht erhalten haben, wie sind Sie mit ihm umgegangen und wie haben Sie mit ihm gearbeitet?*

Check- wurde das erwähnt?: *War der Ergebnisbericht verständlich?; Beurteilung des Ergebnisberichts (incl. hilfreiche/unverständliche Aspekte); wer hat ihn gelesen?; wurde ein Steuerkreis gebildet?, wenn ja, welche betrieblichen Akteure waren beteiligt?; Rückmeldung an die Mitarbeiter erfolgt?, wenn ja, in welcher Form/wenn nein, warum nicht?*

Konkrete Fragen: *Wurden die Ergebnisse in Ihrer Einrichtung diskutiert?, wenn ja, mit wem?, waren die Ergebnisse nachvollziehbar?; Was meinen Sie warum einige Ergebnisse aus der Befragung positiv und einige Ergebnisse kritisch ausgefallen sind, woran kann das liegen?; was meinen Sie, warum gerade diese Aspekte in den Dialyse-Einrichtungen (im Vergleich zu den Vergleichsgruppen) auffallen?*

Hilfs- und Nachfassfragen: *Waren die Ergebnisse eine Überraschung oder haben sie bereits Vermutetes bestätigt? Zusätzlich hält diese Spalte als Hinweis die positiven/kritischen Aspekte bereit, die in der Dialyse-Einrichtung allgemein aufgefallen sind.*

2. Block: Maßnahmenplanung

Das Ziel des zweiten Themenblocks ist es zu erfahren, ob auf Basis des Ergebnisberichts Maßnahmen zur Verbesserung der aktuellen Situation geplant wurden. Hier soll zudem genau nachvollzogen werden, wie diese Planung stattgefunden hat. Besonderes Augenmerk gilt der Maßnahmenermittlung sowie der Frage, wer daran beteiligt war. Da aber nicht in jedem Fall davon auszugehen ist, dass die Einrichtungen Maßnahmen geplant haben, wurde ein zusätzlicher Leitfaden entwickelt, der in etwas abgewandelter Form bereit stand. Genaue Aspekte der einzelnen Spalten waren:

Erzählaufforderung: *Nachdem Sie sich mit dem Ergebnisbericht auseinandergesetzt haben, wie haben Sie weitergearbeitet?*

Check- wurde das erwähnt?: *Wurden Maßnahmen geplant?, was?/warum nicht?; welche/r Aspekt/e wurde/n aus dem EB herausgearbeitet und behandelt?, wie wurde priorisiert, welcher Aspekt in Angriff genommen wird?, wer hat es entschieden?; wie wurde die Maßnahme ermittelt?; welches Ziel verfolgt die Maßnahme?*

Konkrete Fragen: *Was war förderlich/hinderlich bei der Maßnahmenplanung?; in welchem Betriebsbereich wurde die Maßnahme durchgeführt?; haben Sie ein BGM?; ist ein QM vorhanden?, gibt es Ablaufprozesse für eine Maßnahmenentwicklung?; was ist mit den anderen Aspekten, die kritisch ausgefallen sind?, sind weitere Maßnahmen geplant?*

Hilfs- und Nachfassfragen: Hier ist eine Gedankenstütze eingebaut, die sicherstellt, dass die geplanten Maßnahmen nach der Auseinandersetzung mit dem Ergebnisbericht und in diesem Zusammenhang entstanden sind. *Erinnern Sie sich daran, eine Maßnahme nach der Befragung entworfen zu haben?;* zudem eine Hilfsfrage: *Wurden weitere Aspekte herausgearbeitet?*

In abgewandelter Form ergaben sich folgende Aspekte:

Erzählaufforderung: *Nachdem Sie sich mit dem Ergebnisbericht auseinander gesetzt haben, wie haben Sie weitergearbeitet?*

Check- wurde das erwähnt?: *Wurden Maßnahmen geplant?, warum nicht?; was war hinderlich bei der Maßnahmenplanung?*

Konkrete Fragen: *Wenn noch keine Maßnahmen geplant sind, welche werden sich warum „gewünscht“?; ist ein QM vorhanden?, gibt es Ablaufprozesse für eine Maßnahmenentwicklung?; haben Sie ein BGM?*

Hilfs- und Nachfassfragen: keine vorhanden

3. Block: Maßnahmenumsetzung

Der dritte Themenblock widmet sich der Maßnahmenumsetzung. Das Ziel ist es zu erfahren, ob die geplanten Maßnahmen auch umgesetzt wurden. Außerdem soll in Erfahrung gebracht werden, was zu der Maßnahmenumsetzung beigetragen hat. Stellt sich allerdings heraus, dass keine Maßnahmen geplant wurden, entfällt der dritte Block. Der Block der Maßnahmenumsetzung enthält folgende Aspekte:

Erzählaufforderung: *Wie ging es weiter nach der Planung?; wurden die von Ihnen genannten Maßnahmen zur Verbesserung der Situation umgesetzt?*

Check- wurde das erwähnt?: *Welche Maßnahme wurde umgesetzt?; wie sind Sie bei der Umsetzung vorgegangen?*

Konkrete Fragen: *Fördernde/hinderliche Faktoren für die Einführung der Maßnahme?; wann wurde die Maßnahme eingeführt?*

Hilfs- und Nachfassfragen: keine vorhanden

4. Block: Evaluation

Am Ende des Experteninterviews wird auf die Evaluation, genauer gesagt, auf das Vorgehen und die Einschätzung nach der Maßnahmenableitung eingegangen.

Das Ziel ist es zu erfahren, welche Erfahrungen die Einrichtungen mit den Maßnahmen gemacht haben und ob die COPSOQ-Befragung im Allgemeinen zu einer Verbesserung beigetragen hat. Auch in diesem Themenblock wird anschließend eine abgewandelte

Form angewandt, sollte keine Maßnahmenumsetzung erfolgt sein. Es werden in diesem Block folgende Aspekte im Interview angesprochen:

Erzählaufforderung: *Wie sah bzw. wie soll die Erfolgskontrolle der Maßnahme aussehen?*

Check- wurde das erwähnt?: *Erneute Befragung (mit dem COPSOQ) geplant?; Aufwand – Nutzen Relation der Maßnahme?*

Konkrete Fragen: *Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit der Maßnahme gemacht?; hat sich aus Ihrer Sicht die damalige Studienteilnahme gelohnt?; Angenommen Sie hätten die damalige Befragung noch nicht mitgemacht, was würden Sie sich mit heutiger Erfahrung bei einer erneuten Befragung wünschen?*

Hilfs-und Nachfassfragen: *Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit der BGW?;*

Hinweis: *Wussten Sie, dass Sie die Ergebnisse als erste Bausteine für eine Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung nutzen können?*

Dem Block „Evaluation“ ist eine weitere Rubrik „Sonstiges“ angeschlossen. Mit dem Ziel, die Erfahrung der Einrichtungen zu nutzen und an weitere Einrichtungen weiterzugeben sowie auf Verbesserungspotenzial bei der Interviewführung aufmerksam zu machen, entstanden folgende Fragen: *Haben Sie eine besondere Empfehlung für andere Einrichtungen, die diese oder vergleichbare Maßnahmen durchführen wollen?, gibt es noch Anmerkungen zum Interview? Sowie die Frage nach der Teilnahmemotivation an diesem Interview.*

Die abgewandelte Variante ersetzt den Titel „Evaluation“ durch „Schluss“. In dieser Version entsteht folgendes Bild:

Erzählaufforderung: keine vorhanden

Check- wurde das erwähnt?: *Erneute Befragung (mit dem COPSOQ) geplant?*

Konkrete Fragen: *Hat sich aus Ihrer Sicht die damalige Studienteilnahme gelohnt?; Angenommen Sie hätten die damalige Befragung noch nicht mitgemacht, was würden Sie sich mit heutiger Erfahrung bei einer erneuten Befragung wünschen?*

Hilfs-und Nachfassfragen: *Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit der BGW?;*

Hinweis: *Wussten Sie, dass Sie die Ergebnisse als erste Bausteine für eine Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung nutzen können?*

In der Rubrik „Sonstiges“ wird in der abgewandelten Form gefragt: *Haben Sie eine besondere Empfehlung für andere Einrichtungen aufgrund Ihrer Erfahrung mit der Vorgehensweise nach dem Erhalt des Ergebnisberichts nach der COPSOQ- Befragung?*

Die restlichen Fragenaspekte bleiben wie im Block „Evaluation“ bestehen.

3.4.2 Datenerhebung: Der Pretest

Bei den durchgeführten Experteninterviews wurde getestet, ob sich der Leitfaden als geeignetes Instrument herausstellt, um das Ziel, die Überprüfung der Wirkung von Interventionen zum Abbau psychischer Belastungen nach der COPSOQ-Befragung, zu erreichen. Zudem werden Verständlichkeit und Vollständigkeit des Leitfadens geprüft (Mayer, 2008) sowie die Brauchbarkeit und Gültigkeit des Instruments. Außerdem sind folgende Punkte mit dem Pretest zu untersuchen:

- Wird die Bedeutung der Fragen vom Befragten verstanden?
- Bereitet die Beantwortung Schwierigkeiten?
- Welche Fragen wecken Interesse?
- Produzieren die Fragen Varianz (Unterschiedlichkeit) in den Antworten?
- Fluss und Dauer des Gesprächs (Schnell et al, 1993).

Die für diese Studie durchgeführten vier Pretests wurden mittels qualitativer Leitfadeninterviews im Zeitraum vom 10. Dezember 2012 bis zum 18. Dezember 2012 durchgeführt. Bei der Erhebung handelt es sich um persönliche Interviews (Hausinterviews⁴), die im norddeutschen Raum durchgeführt wurden. Das Face-to-face-Interview hat sich gegenüber dem Telefoninterview durchgesetzt. Die Vorteile des Telefoninterviews sind u.a. Kosten- und Zeitersparnis, es müssen allerdings Informationsverluste, z.B. dadurch, dass nur akustische Informationen zur Verfügung stehen, in Kauf genommen werden. Bei dem persönlichen Interview erweisen sich die Vielfalt der erhaltenen Informationen, z.B. durch Körpersprache, die methodische Kontrolle der Gesprächsführung und die Interviewatmosphäre als wichtige Vorteile (Gläser & Laudel, 2010). Ermittelt wurden die vier für den Pretest vorgesehenen Einrichtungen anhand einer einfachen Zufallsauswahl. Die Basis bildeten dafür die 20 Einrichtungen, die, wie bereits in Kapitel 2.4 erwähnt, an der damaligen COPSOQ-Befragung teilgenommen hatten. Der Zugang zu den Befragten wird üblicherweise über Dritte durch bereits bestehende Verbindungen geknüpft. Die Vertrauensbasis ist sehr wichtig, daher ist ein Vermittler zwischen Forscher und Befragten von Vorteil (Lamnek, 2010). In dieser Erhebung diente die BGW-Mitarbeiterin des Projekts „Mitarbeiterbefragung zu psychosozialen Belastungen und Beanspruchungen in Dialyse-Einrichtungen“ als Gatekeeper⁵, die den Kontakt zu den Befragten herstellte. Der

⁴ Hausinterviews bezeichnen das Aufsuchen des Befragten z.B. an seinem Arbeitsplatz durch den Interviewer. Es stellt die häufigste Form mündlicher Befragungen dar (Scholl, 2003).

⁵ Gatekeeper („Türwächter“), beschreibt „eine Person, die von der Stellung her in der Lage ist, dem Forscher Zugang zum Feld zu verschaffen“ (Merkens, 1997, zit. nach Mayer, 2006, S. 45).

Gesamtablauf der Interviews gestaltete sich folgendermaßen (in Anlehnung an Bortz & Döring, 2006):

1. Organisatorische Vorbereitung: Um die Bereitschaft zur Beteiligung zu erhöhen, wurden die vier Dialyse-Einrichtungen im Vorfeld über das Leitfadeninterview durch ein Schreiben (An- und Infoschreiben) aufgeklärt (s. CD-Anhang) (Laatz, 1993). Etwa eine Woche danach, wurden die vier Dialyse-Einrichtungen zwecks Terminvereinbarung telefonisch kontaktiert. Neben dem Interviewleitfaden wurden folgende Dokumente vorbereitet und Hilfsmittel bereitgestellt:
 - Leitfaden, falls keine Maßnahmen entwickelt wurden⁶
 - Übersicht über die Themenblöcke für den Probanden⁷
 - Ergebnisbericht der COPSQ-Befragung⁷
 - Stellungnahme zum Datenschutz⁷
 - Interviewprotokoll zur anschließenden Dokumentation⁷
 - Digitales und analoges Tonbandgerät incl. externer Verstärker und Ersatzbatterien
2. Gesprächsbeginn: Vor dem Gespräch wurden die Probanden ausführlich über den Datenschutz und den Zweck des Interviews aufgeklärt. Nach diesen Informationen war eine schriftliche Einwilligungserklärung vonseiten der Befragten nicht mehr nötig.
3. Durchführung und Aufzeichnung des Interviews: Während des Interviews wurde der Gesprächsablauf vom Interviewer gesteuert und überwacht. Das Interviewverhalten war neutral, was bedeutet, dass der Interviewer ausschließlich als Übermittler von Stimuli und Empfänger von Reaktionen dient. „Durch 'Neutralität' des Interviews wird versucht, die Vergleichbarkeit der Informationen zu erhöhen“ (Atteslander, 2010, S. 138). Auch wurde darauf geachtet, dass alle Leitfadenaspekte in jedem Gespräch indirekt (im Gespräch) oder direkt (durch Aufforderung) angesprochen wurden, um ebenfalls die Vergleichbarkeit der Interviews zu erhöhen. Um die Auswertung zu erleichtern, wurden alle Interviews mit einem analogen und einem digitalen Tonbandgerät aufgezeichnet. Die Dauer der Gespräche variierte zwischen 57 und 69 Minuten.
4. Gesprächsnotizen: Unmittelbar nach dem Interview wurden Notizen zur Gesprächssituation gemacht. Das Interviewprotokoll dient der forschungsbegleitenden Dokumentation. Aspekte wie die Interaktion des Gesprächs, schwierige Passagen

⁶ Siehe Anhang A2

⁷ Siehe CD-Anhang

sowie die Interviewatmosphäre wurden dokumentiert (Helfferich, 2005). Das lässt bei der Auswertung und bei der Überprüfung des Leitfadens Rückschlüsse darauf zu, welches Verbesserungspotenzial in der Interviewsituation sowie im Leitfaden steckt (s. Kapitel 3.5 Gütekriterium: Verfahrensdokumentation). Die Interviewatmosphäre war in allen Einrichtungen gut. Alle Gespräche fanden in einem abgetrennten Büro statt. In zwei Einrichtungen wurde das Gespräch durch Mitarbeiter oder Anrufe zwischenzeitlich unterbrochen.

Nach der Datenerhebung wurde das Gespräch transkribiert und ausführlich ausgewertet. Die Methode der Auswertung beschreibt das folgende Kapitel.

3.4.3 Datenauswertung: Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Die Qualität, das Verständnis und die Erzählgenerierung der Fragen können nur ermittelt werden, wenn die Daten nach der Erhebung ausgewertet werden. Bei einem offenen Gespräch besteht die Möglichkeit, dass der Befragte auf eine Frage antwortet, die erst später gestellt worden wäre. Dadurch werden einige Fragen für dieses Interview überflüssig, die aber in einem anderen Gespräch nützlich sind (Scholl, 2003). Das Ziel der Auswertung von Experteninterviews ist es, das Überindividuell-Gemeinsame herauszuarbeiten (Meuser & Nagel, 1991). Grundlage für die qualitative Inhaltsanalyse bildet die vorab anonymisierte Transkription der auf Tonband aufgenommenen Interviews (s. CD-Anhang) (Mayer, 2008). Da vor allem der Inhalt der Gespräche von Bedeutung ist, wurden Wortwiederholungen, Sprechpausen, Unverständlichkeiten, Floskeln, „Ahs“ oder sonstige den Inhalt nicht verändernde und überflüssige Äußerungen entfernt. Zudem wurden Satzbaufehler behoben und der Stil geglättet. Um im Anschluss Textstellen wieder ausfindig zu machen, wurden Zeilennummern und Seitenzahlen eingefügt (Flick, 2007). Um die Anonymität zu gewährleisten, wurden die Interviews kodiert. Des Weiteren wurden die Tonbandaufnahmen aus Datenschutzgründen nach der Auswertung gelöscht. Die grundlegende Fragestellung des Leitfadeninterviews, wie die Einrichtungen nach dem Erhalt des Ergebnisberichts der COPSOQ-Befragung vorgegangen sind, soll mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet werden. Die qualitative Inhaltsanalyse dient dazu, sukzessive die zentralen Themen und Bedeutungen von Schriftstücken herauszuarbeiten (Bortz & Döring, 2006). Die Stärke der qualitativen Inhaltsanalyse besteht im Vergleich zu anderen Interpretationsverfahren darin, dass die Analyse in zuvor festgelegte Interpretationsschritte zerlegt wird, um die Vorgehensweise für andere nachvollziehbar, intersubjektiv überprüfbar und auf andere Gegenstände übertragbar zu machen (Mayring, 2010). Da bei der Auswertung dieser Daten versucht

wird, das gesamte Material zu berücksichtigen und dieses systematisch auf das Wesentliche zu reduzieren, empfiehlt sich die zusammenfassende Inhaltsanalyse, die es erlaubt, die Daten in Anlehnung an den Leitfaden induktiv auszuwerten und die gewonnenen Erkenntnisse der Befragung in kompensierter Form darzustellen. Das Grundprinzip der zusammenfassenden Inhaltsanalyse ist es, dass vorab die Abstraktionsebene der Zusammenfassung genau definiert wird, auf die später das Material durch Einsatz der Makrooperatoren (Auslassen, Generalisation, Konstruktion, Integration, Selektion, Bündelung) transformiert werden kann. Auch wurde bei der induktiven Kategorienbildung darauf geachtet, dass vorab theoriegeleitet Selektionskriterien festgehalten werden, die bestimmen, welches Material Ausgangspunkt für die Kategoriendefinition sein soll. Dadurch wird verhindert, dass ausschmückendes, unwesentliches oder vom Thema abweichendes Material in die Auswertung eingeschlossen wird (ebd.). Anhand des Abstraktionsniveaus und der Selektionskriterien (s. Anhang B) ist zudem eine Beurteilung möglich, ob sich die Interviewfragen eignen und zu dem gewünschten Ergebnis führen. Anhand der Kategorieneinteilung erhält man eine gute Übersicht über die Aussagen. Der Prozess der zusammenfassenden, inhaltsanalytischen Methode dieser Arbeit wird in dem folgenden Sieben-Schritte-Modell dargestellt (in Anlehnung an Mayring, 2010)

1. Schritt: Bestimmung der Analyseeinheit
2. Schritt: Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen
3. Schritt: Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus
4. Schritt: Reduktion durch Selektion
5. Schritt: Reduktion durch Bündelung
6. Schritt: Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem
7. Schritt: Rücküberprüfung des zusammengefassten Kategoriensystems am Ausgangsmaterial

Bei der Bestimmung der Analyseeinheit wurde festgelegt, was den kleinsten (Kodiereinheit, z.B. Wort oder Zahl) und den größten (Kontexteinheit, z.B. ein ganzes Statement) auswertbaren Materialbestandteil bildet, der unter einer Kategorie subsumiert werden kann. Zudem wurde die Auswertungseinheit bewertet, die bestimmt, welche Textteile nacheinander ausgewertet werden können (z.B. Maßnahmenplanung vor der Maßnahmenumsetzung). Im Anschluss daran werden die einzelnen Kodiereinheiten paraphrasiert (Mayring, 2003). Die Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstelle diente der Fokussierung auf das Wesentliche. Die Schritte drei und vier wurden aus Vereinfachungsgründen direkt mit vollzogen. Die Reduktion durch Bündelung verallgemeinert die Paraphrasen nochmals. In der Ergebnisdarstellung wird allerdings auf

die Bündelung verzichtet und die Paraphrasen als Antwortbeispiele aufgezeigt. Der sechste Schritt beinhaltet die Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem. Die Bildung des Kategoriensystems mit seinen Haupt- und Subkategorien ist für die Intersubjektivität des Vorgehens und die Filterung der für die Fragestellung wichtigen Daten erforderlich. Diese wurden herausgefiltert, indem das Material Zeile für Zeile durchgearbeitet wurde. „Wenn das erste Mal das Selektionskriterium im Material erfüllt ist, wird möglichst nahe an der Textformulierung unter Beachtung des Abstraktionsniveaus die erste Kategorie als Begriff oder Kurzsatz formuliert“ (Mayring, 2010, S. 85). Ist das Selektionskriterium ein zweites Mal erfüllt, „wird entschieden, ob die Textstelle unter die bereits gebildete Kategorie fällt (Subsumption) oder eine neue Kategorie zu bilden ist“ (ebd., S. 85). Es wurde darauf geachtet, dass die Kategorien disjunkt und erschöpfend sind. Nach der induktiven Kategorienbildung anhand zweier Transkriptionen wurde das Kategoriensystem überarbeitet und die Eignung des Abstraktionsniveaus und der Selektionskriterien geprüft. Im letzten Schritt fand eine Rücküberprüfung jedes ausgewerteten Interviews am Ausgangsmaterial statt (ebd.). Die im Kategoriensystem dargestellten Antworten werden durch Gütekriterien überprüft. Diese werden im folgenden Kapitel vorgestellt.

3.5 Gütekriterien zur Beurteilung des Messinstruments

Es ist wichtig die Zuverlässigkeit und Gültigkeit eines Messverfahrens empirisch zu überprüfen und sie darüber hinaus zu verbessern (Latz, 1993). Gütekriterien bilden dafür eine Art Prüfsteine, anhand derer die Wissenschaftlichkeit einer Methode eingeschätzt werden kann (Lamnek, 2010; Mayer, 2006). Zudem sind die Bewertungskriterien wichtig, um Beliebigkeit und Willkür in der qualitativen Forschung zu vermeiden (Steinke, 2000). Voraussetzung dabei ist, dass die Gütekriterien ausreichend dokumentiert und belegt sind (Neuner, 2010). Die klassischen Gütekriterien in der quantitativen Forschung sind Reliabilität (Zuverlässigkeit), Objektivität (Unabhängig vom Anwender) und Validität (Gültigkeit) (Diekmann, 2009). Es wird diskutiert, die Anwendung dieser Gütekriterien auf die qualitative Forschung zu übertragen (Kirk & Miller, 1986, zit. nach Flick, 2009). Allerdings basieren diese Gütekriterien hauptsächlich auf einer Standardisierung des Messverfahrens (Flick, 2009), wohingegen die Standardisierung des Untersuchungsvorgangs bei der Erhebung qualitativer Daten nicht notwendig ist (Bortz & Döring, 2006). Zudem gelten Kommunikation, Interpretation und Deutung als Störvariablen, was wiederum in der qualitativen Forschung als Stärke gilt. Gegner der Übertragung dieser Gütekriterien auf die qualitative Forschung argumentieren zudem, dass in der qualitativen Forschung unter den Begriffen Validität etwas anderes verstanden

wird als in der quantitativen Forschung. Auch heißt es, dass Objektivität, Reliabilität und Validität für standardisierte Forschung entwickelt worden und daher nur bedingt übertragbar seien (Flick et al., 2000). Beispielsweise wird die Reliabilität häufig über Paralleltestverfahren erzeugt, dieses ist aber bei sprachlichem Material problematisch (Mayring, 2010). Obwohl die derzeitige wissenschaftliche Datenlage widersprüchlich ist und die Meinungen zudem auseinandergehen, ob es generell möglich ist, Qualitätskriterien für qualitative Forschung zu formulieren (Flick et al., 2000), wird versucht, eigenständige Gütekriterien für die qualitative Forschung zu entwickeln (Flick, 2009). Hierbei ändert sich der Charakter der Gültigkeit vom messtheoretischen Charakter aus der quantitativen Forschung zum kommunikativ-interpretativen in der qualitativen Sozialforschung (Lamnek, 1995, zit. nach Mayer, 2008). Das Gültigkeitskriterium Validität wird in der qualitativen Forschung als wichtiger empfunden und den anderen Gütekriterien vorgezogen. Flick (1999) schlägt vor, die Gültigkeit u.a. über kommunikative Validierung sowie ökologische Validierung zu erreichen (zit. nach Mayer, 2008). Ergänzend dazu nennt Lamnek (2010) u.a. die argumentative Validierung, kumulative Validierung und die prozedurale Validierung. Ein Vorschlag von Laatz (1993) lautet, die Güte des Messinstruments z.B. im Rahmen eines Pretests zu beurteilen. Ein weiterer angeführter Prüfstein der Leitfadenqualität, sind das in Kapitel 3.4.3 erwähnte Abstraktionsniveau und die Selektionskriterien. Diese werden in der Literatur nicht eindeutig als Gütekriterien angeführt, erweisen sich allerdings als geeignet. Mayring (2010) empfiehlt unter anderen folgende Gütekriterien: Verfahrensdokumentation, argumentative Interpretationsabsicherung, Nähe zum Gegenstand, Regelgeleitetheit und Triangulation. Lamnek (2010) kommentiert, dass die Frage offenbleibe, ob diese Gütekriterien nach Mayring Prüfsteine darstellen oder als grundlegende Ausgangssituation für einen empirischen Forschungsprozess angesehen werden. Diese Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Da es den Rahmen der Arbeit sprengen würde, auf alle Gütekriterien einzugehen, werden nur die wichtigsten und die verwendeten genauer behandelt. Die Gütekriterien, die sich auf die Inhaltsanalyse beziehen, wie z.B. Intercoder⁸- oder Intracoderreliabilität⁹, wurden nicht angewendet. Erwähnenswert sind in der vorliegenden Arbeit die kommunikative Validierung und die Triangulation. Kommunikative Validierung bedeutet, dass die Daten und Ergebnisse von den Befragten selbst hinsichtlich ihrer Gültigkeit bewertet werden (Terhart, 1981, 1995; Kvale, 1995, zit. nach Flick et al., 2000). In einem Fall wurde auf Wunsch einer Einrichtung die

⁸ Intercoderreliabilität: Die Gesamte Analyse oder relevante Ausschnitte werden von mehreren Personen durchgeführt und die Ergebnisse verglichen (Mayring, 2010, S. 117).

⁹ Intracoderreliabilität: Der Inhaltsanalytiker kodiert seine Analyse oder relevante Ausschnitte erneut, ohne seine ersten Kodierungen zu kennen (ebd, S. 117).

Transkription, jedoch nicht die Auswertung des Interviews an diese zurückgemeldet. Eine Rückmeldung der Einrichtung erfolgte nicht, sodass davon auszugehen ist, dass das Gespräch schriftlich korrekt wiedergegeben wurde. Da die kommunikative Validierung nicht vollständig erfüllt ist, wird es nicht als ein angewandtes Gütekriterium angeführt. Die Triangulation beschreibt die Verwendung komplementärer Methoden, um z.B. Verzerrungen zu kompensieren (Denzin, 1994; Flick 1998, zit. nach Flick et al., 2000). Eine Anwendung der Triangulation erfolgte ebenfalls nicht. Die bei dieser Arbeit angewandten Gütekriterien bei der Entwicklung des Interviewleitfadens beschränken sich auf: die *Verfahrensdokumentation*, die *Regelgeleitetheit*, die *ökologische Validierung*, das *Abstraktionsniveau*, die *Selektionskriterien* sowie den *Pretest*. Diese Gütekriterien werden im Folgenden näher beschrieben.

Verfahrensdokumentation

Um die Anwendung des Messinstruments nachvollziehbar zu gestalten, wurde der Forschungsprozess dokumentiert. Damit das Gelingen der Untersuchung wahrscheinlicher wird, wurde im Vorfeld der Interviews das Vorgehen skizziert (Reinders, 2005) und im Anschluss an das Gespräch anhand eines Interviewprotokollbogens dokumentiert. In diesem Bogen wurden, wie bereits im Kapitel 3.4.2 erwähnt, unter anderem die *Interaktion im Interview* und die *schwierigen Interviewpassagen* protokolliert. Diese Verfahrensdokumentation zielt darauf ab, den Forschungsprozess intersubjektiv nachvollziehbar zu machen, die Vergleichbarkeit und somit die Zuverlässigkeit zu erhöhen (Flick, 1999, zit. nach Mayer, 2008). Zudem verdeutlicht sie, an welcher Stelle der Erzählduktus unterbrochen wurde. Diese Informationen wurden direkt nach jedem Gespräch notiert. Neben der Leitfadenentwicklung und dem Forschungsprozess wurden die Erhebungsmethode, die Transkriptionsregeln und die Auswertungsmethode dokumentiert (Flick et al., 2000).

Regelgeleitetheit

Die Regelgeleitetheit beinhaltet das systematische Vorgehen bei der Materialbearbeitung. Mayring (2002) hält es für ein sehr wichtiges Kriterium. Andere Sozialforscher sind der Meinung, dass dadurch die Offenheit und Flexibilität reduziert werde (zit. nach Lamnek, 2010). Dieses Gütekriterium wurde in dieser Arbeit beachtet. Die Verfahrensdokumentation und die ausführliche Beschreibung der Vorgehensweise bei der Entwicklung des Leitfadens und der Umgang mit dem Datenmaterial verdeutlichen dies.

Ökologische Validität

Sprechen qualitativ orientierte Sozialforscher von Gültigkeit, ist damit vor allem „ökologische Validität“ gemeint. Sie hängt mit der externen Validität aus der quantitativen

Forschung zusammen. Es bedeutet, dass die jeweiligen Lebensraum- und Umweltbedingungen auch über die Datengewinnung hinaus in der Interpretation und Analyse der Daten Berücksichtigung finden. Mayring nennt dieses Gütekriterium „Nähe zum Gegenstand“. Es wird als ein methodologisches Grundprinzip formuliert. Erfüllt wird es dadurch, dass der Interviewleitfaden sich explizit auf die Lebenswelt des Betroffenen gerichtet hat (Mayring, 2002, zit. nach Lamnek, 2010). In der vorliegenden Arbeit wurde der natürliche Lebensraum der Befragten berücksichtigt, indem die Interviews an deren Arbeitsplatz durchgeführt und gewisse Fragenaspekte aus dem Leitfaden speziell auf die Situation der Dialyse-Einrichtungen zugeschnitten wurden. Um die ökologische Validität zu erfüllen, wurde dafür gesorgt, dass die Interviewpartner in ihrer Lebenswelt und somit in gewohnter Umgebung befragt wurden. Dadurch soll erreicht werden, dass sie an der Befragung interessiert sind und ehrlicher, genauer und sicherer antworten. Auch soll überprüft werden, inwieweit es gelungen ist, Forschung für die Zielgruppe (Dialyse-Mitarbeiter) zu betreiben.

Abstraktionsniveau und Selektionskriterien

Das Abstraktionsniveau und die Selektionskriterien wurden ebenfalls als Gütekriterien angeführt, um zu überprüfen, ob die theoretisch abgeleiteten Aspekte, die der Leitfaden erfassen soll, auch erfasst wurden. Anhand dieser Kriterien wurde das transkribierte Material untersucht und es wurde definiert, welche Antwort eine „richtige“ Antwort darstellt.

Pretest

Es wurden vier Pretests durchgeführt, um den qualitativen Interviewleitfaden zu prüfen und zu verbessern. Unter anderem wurde in dem Pretest den Interviewpartnern die Frage nach Problemen mit dem Verfahren bzw. insbesondere mit einzelnen Fragen gestellt. Erkennbare Probleme, wie etwa Verständnisschwierigkeiten konnten daraufhin eliminiert werden. Außerdem wurden die Ergebnisse hinsichtlich Unstimmigkeiten oder Verweigerung der Antwort überprüft, wodurch z.B. unpräzise und schwer verständliche Fragen erkannt werden konnten. Die vollständige Auswertung des Pretests ist sinnvoll, „da erst dadurch viele Probleme der Interpretation einzelner Messungen aufgedeckt werden“ (Latz, 1993, S. 68). Die Qualität eines Messprozesses ist von mehreren Komponenten abhängig. Zum einen von der Qualität des Messinstruments, zum anderen von dessen Anwendung (ebd.).

Die Gütekriterien werden bei der Auswertung der Daten in der folgenden Ergebnisdarstellung benutzt, um die Qualität des Interviewleitfadens und dessen Ergebnisse zu überprüfen.

4 Ergebnisse

Die Ergebnisse werden im Folgenden zweigeteilt dargestellt. Als erstes werden die Ergebnisse des Pretests nach der Inhaltsanalyse nach Mayring in einem induktiv entwickelten Kategoriensystem beschrieben (s. Kapitel 3.4.3). Anhand dieser Darstellung, sowie den restlichen vorgestellten Gütekriterien werden die Ergebnisse beurteilt. Im Anschluss werden die modifizierte Form des Leitfadens (Kapitel 4.2) und eine Ergebniszusammenfassung (Kapitel 4.3) dargestellt.

4.1 Ergebnisse der Pretests und die Beurteilung der Fragenqualität

In dieser Ergebnisdarstellung werden die Ergebnisse direkt im Ergebnisteil zusammengefasst und beurteilt. Das ist sinnvoll, um die Verständlichkeit zu erhöhen und den Kontext beizubehalten.

Da bei dieser Darstellung nicht die Ergebnisse der Befragung im Vordergrund stehen, wird auf die Plausibilität der Leitfadenantworten eingegangen. Ausschlaggebend für die Beurteilung und die anschließende Modifikation des Leitfadens sind die angewandten Gütekriterien. Sie definieren, was als Antwort erwartet bzw. akzeptiert wird und stärken die Intersubjektivität der Vorgehensweise. Die angewandten Gütekriterien dieser Arbeit waren: die *Verfahrensdokumentation*, die *Regelgeleitetheit*, die *ökologische Validität*, das *Abstraktionsniveau*, die *Selektionskriterien* und der *Pretest*. Die Gütekriterien *Regelgeleitetheit* und *ökologische Validität* wurden in Kapitel 3.5 beschrieben und das *Abstraktionsniveau* und die *Selektionskriterien* sind dem Anhang B zu entnehmen. Im Ergebnisteil sind alle Gütekriterien berücksichtigt worden. Aufgezeigt werden im Folgenden die Ergebnisse der Verfahrensdokumentation und der Pretests.

Verfahrensdokumentation

Die wichtigen und interessanten Aspekte der Verfahrensdokumentation entsprechen den Angaben des Interviewprotokolls. Ausschlaggebend sind die „Interaktion im Interview“ und die „schwierigen Interviewpassagen“. Die Protokolle sind dem Anhang C zu entnehmen.

Zusammenfassung der Interaktion im Interview: Viele Fragen wurden schon beantwortet, bevor die Fragen gestellt wurden; Interviewer hat erzählgenerierende Leitfragen gestellt und der Befragte hat ausführlich geantwortet.

Zusammenfassung der schwierigen Interviewpassagen: In der Maßnahmenumsetzung wiederholen sich Fragen aus der Maßnahmenplanung; Frage zwei nach der Annahme der Fremdbefragung musste häufig anders formuliert werden (nicht verständlich?). Bei der

Abfrage der Begründung für positive und negative Aspekte aus dem Ergebnisbericht; wurden zu viele Aspekte nacheinander besprochen, wodurch viel Zeit verloren ging. Dadurch konnten z.B. die Maßnahmen nicht alle sukzessive durchgesprochen werden (zu wenig Zeit und zu komplex).

Pretest

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse des Pretests dargestellt. Die Auswertung des Pretests wird in einem Interview übergreifenden Kategoriensystem dargestellt, das nach Mayring entwickelt wurde (vgl. Kapitel 3.4.3). Insgesamt sind 13 Kategorien induktiv entstanden (Tabelle 2-14). Es werden dabei exemplarische Beispiel-Paraphrasen aufgezeigt, die das Gesamtergebnis repräsentieren sollen (vollständiges Kategoriensystem s. CD-Anhang). Diese Paraphrasen sind die Grundlage für die Beurteilung der Fragenqualität und der Bewertung durch die angewandten Gütekriterien. Die Kategorien entsprechen zum größten Teil den Leitfragen und lassen daher Rückschlüsse auf die Leitfragenqualität zu. Um die Verständlichkeit der Auswertungsergebnisse zu erhöhen, werden die einzelnen Kategorien farblich markiert:

Grün hinterlegte Paraphrasen erfüllen die Gütekriterien

Gelb hinterlegte Paraphrasen sind neu entstanden (induktiv)

Rot hinterlegte Paraphrasen haben die Gütekriterien nicht erfüllt

Die farbliche Markierung wird durch alle Gütekriterien beeinflusst. Wie vorab dargestellt, beeinflussen die Verfahrensdokumentation, die Regelgeleitetheit, die ökologische Validität sowie die Selektionskriterien und das Abstraktionsniveau ebenfalls die Farbgebung. Eine grüne Markierung bedeutet, diese Fragenaspekte haben die Gütekriterien erfüllt. Gelb bedeutet, diese Kategorie ist bei der Auswertung entstanden und wird dem Leitfaden hinzugefügt. Eine rote Farbgebung bedeutet, dass mindestens ein Gütekriterium nicht erfüllt wurde. Die Zusammenfassung und Bewertung der jeweiligen Kategorien orientiert sich an der Aufteilung des Leitfadens (vier Blöcke) und wird somit nicht nach jeder Kategorie aufgezeigt. Das bedeutet, dass nach der Kategorie 1 eine Zusammenfassung der Einstiegsfragen angeführt wird. Nach der Kategorie 8 werden die Kategorien 2-8 zusammengefasst und bewertet. Sie definieren den ersten Block „Ergebnisbericht“ des Interviewleitfadens. Nach der Kategorie 11 (→ Zusammenfassung der Kategorien 9-11) werden eine Zusammenfassung und eine Beurteilung der Blöcke zwei und drei „Maßnahmen“ dargestellt. Bei den Kategorien 12-13 erfolgen ebenfalls im Anschluss eine Zusammenfassung und eine Bewertung, sie bilden den vierten Block „Evaluation“ ab.

Die Kategorienbezeichnung verdeutlicht, welchen Abschnitt die Kategorie behandelt. In den Subkategorien sind die jeweiligen induktiv entstandenen, subsumierten Leitfadeneinhalte, orientiert am Leitfaden, dargestellt. Die Beispiel-Paraphrasen zeigen keine Bündelung der Antworten, sondern jeweils ein bis zwei Beispiele auf, die aus Antworten aus den Interviews zu der jeweiligen Subkategorie entstanden sind (Zitatangabe in Klammern hinter der Beispielaussage). Diese Antworten gilt es letztendlich zu beurteilen.

Tabelle 2 Kategorie 1: Situation vor der damaligen Mitarbeiterbefragung

Subkategorien	Beispiel-Paraphrasen
Teilnahmemotivation	Gute Bestätigung und Benchmarking (I1, Z. 409f), Erkenntnisse des Belastungszustands der MA (I2, Z. 3ff); objektives Instrument, das Ergebnisse aus Sicht der Einrichtung widerspiegelt (I2, Z. 7ff)
Situation der Einrichtung zum Befragungszeitpunkt	Burnout virulentes Thema (I2, Z. 237ff); eklatanter Personalmangel (I2, Z. 464); neue VL und keine funktionierende Personalabteilung (I4, Z. 11,17f)
Handlungsbedarf gesehen	<u>Pro:</u> Unternehmen muss unternehmensfähig gemacht werden (I4, Z. 26ff, 43, 161) <u>Kontra:</u> IST-Zustand interessant (I2, Z. 15)
Annahme der Fremdbefragung	<u>Pro:</u> Kein Problem, das war gut (I1, Z. 19ff); <u>Kontra:</u> Es kamen negative Aspekte ans Tageslicht, als Leitungskraft schluckt man da erst mal (I3, Z. 75-80)

MA: Mitarbeiter; VL: Verwaltungsleitung

4.1.1 Zusammenfassung und Bewertung der Antworten aus der Kategorie 1

Die **Kategorie 1** „*Situation vor der damaligen Mitarbeiterbefragung*“ (Tabelle 2) umfasst die Ergebnisse der Einstiegsfragen (s. Kapitel 3.4.1) in das Interview. Die Frage nach der „*Teilnahmemotivation*“ an der damaligen Befragung wurde von allen Einrichtungen beantwortet und verstanden. Es bildete sich bei der Auswertung des Pretests die gleichnamige Subkategorie. Ebenso ergab die Frage, in welchem Stadium sich die Einrichtung zum Befragungszeitpunkt befand und ob sie bereits Handlungsbedarf gesehen hatte, positive Resultate. Aus dieser Frage haben sich die Subkategorien „*Situation der Einrichtung zum Befragungszeitpunkt*“ und „*Handlungsbedarf gesehen*“ gebildet, die ebenfalls allen angewandten Gütekriterien entsprechen. Die Frage nach der Annahme der Fremdbefragung ist rot dargestellt. Aus dieser Frage sollten Rückschlüsse gezogen werden, ob die Befragung durch die BGW gut angenommen wurde bzw. ob es Probleme damit gab, dass ein externes Unternehmen die Befragung initiiert hatte. Auch

wenn das Gütekriterium der ökologischen Validität erfüllt wurde, zeigten die Notizen der schwierigen Interviewpassagen (Verfahrensdokumentation), dass diese Frage häufig mit eigenen Worten erklärt werden musste. Ebenso ergab der Pretest, dass die Antworten nicht dem Abstraktionsniveau und den Selektionskriterien der Subkategorie „Annahme der Fremdbefragung“ entsprechen und diese somit nicht ausreichend erfüllt sind.

Tabelle 3 Kategorie 2: Ergebnisbericht

Subkategorien	Beispiel-Paraphrasen
Verständlichkeit	Pro: Keine Schwierigkeiten (I1, Z. 26); ja, es ist deutlich (I2, Z. 93) Kontra: Erst mal nein (I4, Z. 53); ganz so verständlich kam das nicht rüber, Einrichtung hat sich Hilfe bei der BG geholt (I4, Z. 57ff, 84)
Bewertung des EB (▼1-10▲)	Bei 8, ich fand das gut (I2, Z. 94f, 98)
Hilfreiche Aspekte	Bericht reflektiert Schwächen und Stärken (I1, Z. 34ff); hilfreiches Instrument für eine Diskussion „da stehen wir“, sonst hat man nur eine Meinung (I1, Z. 34-39)
Von wem gelesen	Alle Ärzte und die Pflegedienstleitung (I1, Z. 43); Verwaltungsleitung, Teamleiter und Ärzte (I2, Z. 113)
Diskussion der Ergebnisse	EB ist erst mit Teamleitern, dann mit Ärzten besprochen worden (I2, Z. 107ff, 112f, 149)
Nachvollziehbare Ergebnisse	Pro: Ja absolut, keine Überraschung (I1, Z. 41) Kontra: Einige Dinge erklärten sich nicht (Mobbing) (I2, Z. 40f, 153f)
Umgang mit dem EB	Leitung hat EB angesehen und an Vorgesetzten weitergeleitet, der hat überlegt, wie vorzugehen ist (I3, Z. 92-94); Vorgesetzter hat MA-Information beschlossen (I3, Z. 98-101); EB wurde für MA ausgelegt (I3, Z. 169)

BG: Berufsgenossenschaft; EB: Ergebnisbericht; MA: Mitarbeiter; ▼: gering (schlecht); ▲: viel (gut)

Tabelle 4 Kategorie 3: Steuerkreis

Subkategorien	Beispiel-Paraphrasen
Steuerkreis Bildung	Pro: Bildung einer Projektgruppe (I4, Z. 37ff) Kontra: Keinen Steuerkreis entwickelt, Strukturen bereits vorhanden (I2, Z. 115, 144ff)
Alternativen zum Steuerkreis	Monatliche Teamleitersitzung, wöchentliche Geschäftsführungssitzung mit den Ärzten (I2, Z. 116ff)
Beteiligte Akteure	Verwaltungsleitung, Teamleiter, Ärzte (I2, Z. 115-118)

Tabelle 5 Kategorie 4: Mitarbeiterinformation

Subkategorien	Beispiel-Paraphrasen
Wurden MA über die Ergebnisse des EB informiert?	Pro: Ja, Information an das gesamte Pflorgeteam (I3, Z. 99) Kontra: Einrichtung ist jetzt erst (Dez.2012) soweit die Ergebnisse an die MA zurückzumelden (I4, Z. 112ff, 118ff)
Umsetzung der MA-Information	P-P-Präsentation in interner Mitarbeiterfortbildung (→17.01.12) (I1, Z. 58f, 63); Fragebogen wurde erläutert, Ergebnisse einzeln vorgestellt (I1, Z. 65f)

MA: Mitarbeiter; EB: Ergebnisbericht

Tabelle 6 Kategorie 5: Begründung für positive Ergebnisse aus Sicht der Einrichtungen

Subkategorien	Beispiel-Paraphrasen
Führungsqualität	Ermunterung durch die Ärzte, dass sich MA an Fortbildungen beteiligen (I1, Z. 407f)
Allgemeiner Gesundheitszustand	MA haben Schuhe fürs aktive Gehen bekommen gegen Rückenschmerzen (I1, Z. 195f)
Entwicklungsmöglichkeiten	Weiterqualifikation engagierter MA z.B. Schulungen (I1, Z. 252f); (I2, Z. 244ff); interne und externe Fortbildungen (I2, Z. 252)

MA: Mitarbeiter

Tabelle 7 Kategorie 6: Begründung für kritische Ergebnisse aus Sicht der Einrichtungen

Subkategorien	Beispiel-Paraphrasen
Burnout	Modekrankheit (I3, Z. 369)
Work-privacy-Conflict	Belastung durch Wechseldienste und Nachtschicht (I2, Z. 44ff, 171)
Verbundenheit mit dem AP	MA rotieren zwischen mehreren Standorten (u.a. aus wirtschaftlichen und organisatorischen Gründen (I1, Z. 89f; 264)

AP: Arbeitsplatz; MA: Mitarbeiter

Tabelle 8 Kategorie 7: Begründungen für positive Ergebnisse in Dialyse-Einrichtungen allgemein

Subkategorien	Beispiel-Paraphrasen
Soziale Beziehungen (AP)	Teamarbeit gefragt, man lernt voneinander und hilft sich (I1, Z. 312, 317)
↓ Unsicherheit des AP	Sehr geringe Fluktuation in Dialyse-Einrichtungen bundesweit (I4, Z. 237f); wo kranke Menschen sind, ist der AP eigentlich immer gesichert (I4, Z. 241f)

AP: Arbeitsplatz; ↓: gering

Tabelle 9 Kategorie 8: Begründungen für kritische Ergebnisse in Dialyse-Einrichtungen allgemein

Subkategorien	Beispiel-Paraphrasen
Einfluss bei der Arbeit	Tätigkeit in Dialyse-Einrichtungen relativ starres Geschäft (I2, Z. 300)
▼ Entwicklungsmöglichkeiten	Weiterentwicklung ist schwer, ist man eine Dialysefachschwester, ist man das. Da geht es nicht weiter (I4, Z. 260ff)
Führungsqualität	Ärzte machen nicht unbedingt Führungsseminare (I2, Z. 314f); häufig autoritärer Führungsstil (I2, Z. 316)
Mobbing	Wenn man jemanden nicht mag, hat man viele Möglichkeiten, jmd. auflaufen zu lassen (I1, Z. 330f)

jmd: jemanden; ▼: gering

4.1.2 Zusammenfassung und Bewertung der Antworten aus den Kategorien 2-8

In den Tabellen 3-9 sind die **Kategorien 2-8** dargestellt. Sie umfassen die Ergebnisse der Fragen des ersten Blocks des Interviewleitfadens, den „Ergebnisbericht“.

Bei der **Kategorie 2 „Ergebnisbericht“** ergab die Auswertung eine Überschneidung der Antworten bei den Leitfasenaspekten „*Verständlichkeit*“ und „*hinderliche Aspekte des Ergebnisberichts*“. Die Antworten auf die Fragen waren nicht eindeutig und trennscharf den genannten Subkategorien unterzuordnen, da sie beide die Unverständlichkeit bzw. die hinderlichen Aspekte (in Bezug auf die Verständlichkeit) des Ergebnisberichts abgefragt haben. Aus diesem Grund wurden die Antworten auf die Frage zu den hinderlichen Aspekten beim Verstehen des Ergebnisberichts, der Subkategorie „*Unverständlichkeit*“ („*Verständlichkeit kontra*“) zugeordnet. Allerdings entsprechen die Antworten den Gütekriterien und sind daher grün markiert. Die restlichen Subkategorien „*Bewertung des Ergebnisberichts (EB) (1-10)*“, „*Hilfreiche Aspekte*“, „*Von wem gelesen*“, „*Diskussion der Ergebnisse*“, „*Nachvollziehbare Ergebnisse*“, „*Umgang mit dem EB*“, sind unmissverständlich von den Interviewpartnern beantwortet wurden, wie die grüne Markierung zeigt.

In der **Kategorie 3 „Steuerkreis“** zeigten der Pretest und die restlichen angewandten Gütekriterien keine Unstimmigkeiten auf. Neben den Subkategorien „*Steuerkreis Bildung*“ und „*Beteiligte Akteure*“, ist induktiv noch eine zusätzliche Subkategorie „*Alternativen zum Steuerkreis*“ entstanden (gelb markiert), da die Einrichtungen oftmals keinen neuen Steuerkreis gebildet, sondern auf vorhandene Strukturen zurückgegriffen haben.

Die **Kategorie 4** beinhaltet die Ergebnisse der „**Mitarbeiterinformation**“. Die Ergebnisse des Pretests und die der restlichen angewandten Gütekriterien zeigen bei dieser Kategorie ebenfalls auf, dass die Antworten problemlos aus dem Auswertungsmaterial extrahiert werden konnten und somit die Leitfasenaspekte ausreichend beantwortet

wurden. Daraus resultiert eine grüne Markierung der Subkategorien „*Wurden MA über die Ergebnisse des EB informiert?*“ und „*Umsetzung der MA-Information*“.

Die „**Begründung für positive bzw. kritische Ergebnisse aus Sicht der Einrichtungen**“ wird unter den **Kategorien 5 und 6** dargestellt. Sie beinhalten jeweils drei Subkategorien die aussagekräftige Antwortbeispiele zeigen, die in Anlehnung an die Leitfrage: Was meinen Sie warum einige Ergebnisse aus der Befragung positiv und einige Ergebnisse kritisch ausgefallen sind, woran kann das liegen?, entstanden sind. Ausgewählt wurden die Subkategorien „*Führungsqualität*“, „*Allgemeiner Gesundheitszustand*“ und „*Entwicklungsmöglichkeiten*“ für die positiven Aspekte. Bei den kritischen Aspekten der Kategorie 6 wurden die Beispielsubkategorien: „*Burnout*“, „*Work-privacy-Conflict*“ und „*Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz (AP)*“ ausgewählt. Allerdings sei darauf hingewiesen, dass die Antworten auf diese Fragen der Kategorien 5 und 6 induktiv aus dem Material heraus und nicht aufgrund der jeweiligen Leitfrage entstanden sind. Dieses ist zwar die Stärke qualitativer Inhaltsanalyse, kann aber auch Fehlinterpretationen verursachen. Das Gütekriterium Verfahrensdokumentation sowie der Pretest zeigen bei der Auswertung, dass während des Gesprächs viel Zeit dafür investiert wurde, auf alle positiven und kritischen Aspekte des Ergebnisberichts der Einrichtungen einzugehen, daher sollte diese Leitfrage umgeändert bzw. abgekürzt werden.

Ebenso sprechen die Auswertung des Pretests und die Verfahrensdokumentation (Interaktionsdauer) der in den **Kategorien 7 und 8 (Begründungen für positive bzw. kritische Ergebnisse in Dialyse-Einrichtungen allgemein)** dargestellten Fragenaspekte „Was meinen Sie, warum gerade diese Aspekte in den Dialyse-Einrichtungen (generell) (im Vergleich zu den Vergleichsgruppen) auffallen?“ für eine Veränderung bzw. Verkürzung der Leitfrage. Aus diesem Grund sind die Subkategorien „*Soziale Beziehungen (AP)*“ und „*Unsicherheit des AP*“ (**K7, positive Aspekte**) sowie „*Einfluss bei der Arbeit*“, „*Entwicklungsmöglichkeiten*“, „*Führungsqualität*“ und „*Mobbing*“ (**K8, kritische Aspekte**) rot markiert. Das Abstraktionsniveau und die Selektionskriterien sowie die restlichen angewandten Gütekriterien wurden in den übrigen grün und gelb markierten Subkategorien erfüllt.

Tabelle 10 Kategorie 9: Maßnahmen

Subkategorien	Beispiel-Paraphrasen
Maßnahme	Leitungswechsel (I4, Z. 275); Leitungsseminar (I4, Z. 281)
In Angriff genommener Aspekt	Führungskompetenzen (I4, Z. 276)
Grund /Ziele für diesen Aspekt	Der Krankenpfleger (Mann), der in der Dialyse ist, ist immer die Führung. Das soll durchbrochen werden

	(I4, Z. 272ff, 277f); Leitung hatte nicht die Führungskompetenzen die gewünscht waren (I4, Z. 275f); Leitungen waren komplett überfordert mit der Umstrukturierung (I4, Z. 582ff); es war einfach Zeit zu wechseln (I4, Z. 597); MA haben ihre Aggressionen wegen des Mobbing-Ergebnisses an den Ärzten und an den Leitungen ausgelassen (besonders in den Zentren, in denen die Leitungen ausgetauscht wurden) (I4, Z. 616-619)
Maßnahmenumsetzung	Leitungen wurden ausgebildet zur Stationsleitung in der Dialyse-Einrichtung (I4, Z. 281f; 482f, 485, 492f); Führungskompetenzen wurden ausgebaut (I4, Z. 483); mit Konfliktmanagement mit Mitarbeiterführungsseminaren und Kommunikationstraining (I4, Z. 486ff); eine Frau wurde gegen einen leitungserfahrenen Mann ausgewechselt, in der zweiten Einrichtung entstand eine Doppelspitze aus Mann und Frau (I4, Z. 587f, 595)
Ermittlung der Maßnahmen (wie)	C1 Wünsche und Verbesserungsvorschläge zur psychosozialen Arbeitssituation wurden in eine Exceltabelle übertragen (nicht zentrumsspezifisch sondern für alle) und daraus wurden die Verbesserungen abgeleitet (I4, Z. 341-346)
Ermittlung der Maßnahmen (wer)	Steuerkreis ohne Sicherheitsbeauftragte, die kamen nach der Ermittlung dazu, woraufhin noch Dinge geändert wurden (I4, Z. 378ff, 389-393)
Entscheidung der Maßnahmendurchsetzung (wer)	
Betriebsbereich	
Vorgehensweise	Maßnahmenkatalog im Steuerkreis (erst ohne, später mit Sicherheitsbeauftragten) entwickelt und Frage gestellt: was möchten wir?, wo möchten wir hin?, was haben wir für ein Ziel?; Ziel zuerst gesetzt mit einer Frist von 5 Jahren (I4, Z. 301-305); C1 Wünsche und Verbesserungsvorschläge zur psychosozialen Arbeitssituation wurden in eine Exceltabelle übertragen (nicht zentrumsspezifisch sondern für alle) und daraus wurden die Verbesserungen abgeleitet (I4, Z. 341-346); Kritikpunkte und pos. Ergebnisse wurden sukzessive, zentrumsspezifisch durchgesprochen (I4, Z. 380-386); im zweiten Schritt kommen die MA-Vertretungen zu den Besprechungen hinzu (I4, Z. 404f)
Förderliche Aspekte	Dass wir die Sicherheitsbeauftragten mit ins Boot geholt haben, die das Thema in die einzelnen Zentren weiter geleitet haben (I4, Z. 328ff); zudem erklärten die MA (Sicherheitsbeauftragte), dass manche Aspekte kleinlicher gesehen werden, als es die MA meinen, das bringt eine andere Sichtweise (I4, Z. 396-401); Ergebnisse der Befragung (I4, Z. 506);
Hinderliche Aspekte	Die Gesellschafter haben etwas gebremst, das war ihnen zu viel Unruhe im Unternehmen; zudem haben sie nicht verstanden warum die MA auf einmal so

	wichtig sein sollen; deshalb dauert das auch alles so lange (I4, Z. 331-337, 626ff); die MA, die sich über Mehraufwand beschwert haben (I4, Z. 506f)
Umsetzungszeitpunkt	Das gesamte Jahr (2012) über gab es an einem Wochenende im Monat Seminare (I4, Z. 484); Leitungswechsel vor einem Jahr (ca. Dez. 2011) (I4, Z. 584f)
Erfahrungen	<u>Pro:</u> Es läuft einfach ganz anders, seit dem Wechsel (I4, Z. 596); in den betreffenden Zentren ist der Krankenstand zurückgegangen (I4, Z. 597f) <u>Kontra:</u> Krankheitszahlen aufgrund von psychischen Belastungen und Rückenschmerzen in restlichen Zentren um 13% gestiegen. (I4, Z. 568-573)

MA: Mitarbeiter

Tabelle 11 Kategorie 10: Zukunft

Subkategorien	Beispiel-Paraphrasen
Weitere Planungen	<u>Pro:</u> Nächstes Jahr Fortbildung über „Basics der Dialyse“ für jüngere MA (I1, Z. 364-368) <u>Kontra:</u> Alle Dinge bereits im Workshop angesprochen (I3, Z. 545f)

MA: Mitarbeiter

Tabelle 12 Kategorie 11: Vorhandene Strukturen

Subkategorien	Beispiel-Paraphrasen
BGM	Es wird gerade eingeführt (I4, Z. 429ff);
Klassische betriebsärztliche Betreuung	Betriebsarzt, der sich um Mitarbeiter-Gesundheit kümmert (I3, Z. 454f)
QM	QM zur Arbeits- und Strukturverbesserung vorhanden (I3, Z. 442ff)
Ablaufprozesse Maßnahmenentwicklung	<u>Pro:</u> Zuerst gemeinsam überlegen, wo das Problem liegt und wie man es lösen kann; dann entsprechende Überlegungen dazu anstellen; das machen wir in der Regel mit den Teamleitern (I2, Z. 473ff) <u>Kontra:</u> Nein, keine Ablaufprozesse (I4, Z. 438f)
Gefährdungsbeurteilung (GB) psychische Belastung	Keine GB durchgeführt (I4, Z. 638), weiß aber, dass die Mitarbeiter- Befragung als erster Baustein dienen kann (I4, Z. 636)

BGM: Betriebliches Gesundheitsmanagement; QM: Qualitätsmanagement; GB: Gefährdungsbeurteilung

4.1.3 Zusammenfassung und Bewertung der Antworten aus den Kategorien 9-11

Der zweite und dritte Block des Interviewleitfadens beschäftigt sich mit der „Maßnahmenplanung“ und mit der „Maßnahmenumsetzung“ (Tabelle 10-12). Bei der Auswertung sind diese Blöcke in den **Kategorien 9-11** „Maßnahmen“ zusammengefasst, um den Kontext zu wahren. Bei der **Kategorie 9** „**Maßnahmen**“, bildete sich die Subkategorie „*Maßnahmen*“, die die Antworten auf die Frage, welche Maßnahmen geplant und auch umgesetzt wurden, vereint. Die Frage, welcher Aspekt aus dem EB herausgearbeitet wurde, wird in der Subkategorie „*in Angriff genommener Aspekt*“ zufriedenstellend beantwortet. Die Subkategorie „*Grund/Ziele für diesen Aspekt*“ vereint zwei Leitfragen. Zum einen die Frage „Wie wurde priorisiert welcher Aspekt in Angriff genommen wird“ und zum anderen die Frage „Welches Ziel verfolgt die Maßnahme?“. Diese Subkategorien ließen sich bei der Auswertung der Daten nicht disjunkt und erschöpfend den jeweiligen Subkategorien zuordnen, erfüllen dennoch die Gütekriterien und es bedarf somit keiner Veränderung des Interviewleitfadens. Wie bei der Maßnahmenumsetzung vorgegangen wurde, wie und durch wen die Maßnahmen ermittelt wurden und wer letztlich die Entscheidung durchgesetzt hat, beschreiben die Subkategorien „*Maßnahmenumsetzung*“, „*Ermittlung der Maßnahmen (wie)*“, „*Ermittlung der Maßnahmen (wer)*“ und „*Entscheidung der Maßnahmendurchsetzung (wer)*“. Die letzte Subkategorie und die Subkategorie „*Betriebsbereich*“ zeigen, dass in diesem Beispiel die Fragen nicht oder nicht eindeutig beantwortet wurden. Das ist allerdings nicht auf die Leitfrage, sondern auf das Interviewerverhalten zurückzuführen, da diese Aspekte nicht oder nicht zielführend besprochen wurden. Trotzdem erfüllen diese Subkategorien, wie auch die Subkategorie „*Vorgehensweise*“ alle Gütekriterien und werden daher grün markiert. Die förderlichen und hinderlichen Aspekte der Blöcke Maßnahmenplanung und –umsetzung wurden ebenfalls zu einer Subkategorie „*förderliche Aspekte*“ und „*hinderliche Aspekte*“ zusammengefasst und somit eine Doppelung vermieden. Auch bei dieser Kategorie war eine trennscharfe Differenzierung zwischen Maßnahmenplanung und –umsetzung nicht zielführend. Der Pretest und die Verfahrensdokumentation belegen, dass die Gütekriterien nicht ausreichend erfüllt sind, daher wurden sie rot markiert und führten zu einer Änderung des Interviewleitfadens. Die Subkategorie „*Umsetzungszeitpunkt*“ erfüllt alle Gütekriterien. Die Subkategorie „*Erfahrung*“ ist thematisch bei dem vierten Block des Interviewleitfadens „Evaluation“ einzuordnen, wird aber an dieser Stelle der Kategorie 9 zugeordnet. „**Zukunft**“ bildet die **Kategorie 10** mit nur einer Subkategorie: „*Weitere Planungen*“. Die Auswertung des Pretests und der restlichen Gütekriterien zeigen keine Unstimmigkeiten bei dieser Kategorie oder Leitfrage, daher wird sie grün

markiert. In der **Kategorie 11 „Vorhandene Strukturen“**, ist neben den Subkategorien „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ (BGM) und „Qualitätsmanagement“ (QM) eine weitere Subkategorie „Klassische betriebsärztliche Betreuung“ induktiv entstanden (gelb markiert). In den Einrichtungen ist oftmals kein BGM vorhanden, aber andere Strukturen, die dort erwähnt werden. Die Antworten auf die Frage der Subkategorie „Ablaufprozesse Maßnahmenentwicklung“ im Pretest zeigten, dass sie nur in einem Fall ausreichend beantwortet wurde, in den übrigen Interviews konnten die Teilnehmer mit der Frage jedoch nichts anfangen. Aus diesem Grund entsprach die Frage nicht den Gütekriterien. Die Subkategorie „Gefährdungsbeurteilung (GB) psychische Belastung“, gehört thematisch eigentlich in den vierten Block des Interviewleitfadens und somit zur „Evaluation“, allerdings war eine Zuordnung zu der Kategorie 11 bei der Auswertung sinnvoll. Diese Zuordnung führte nicht zu einer Änderung der Leitfrage. Die grün markierten Subkategorien zeigen, dass der Pretest und die restlichen Gütekriterien keine Unstimmigkeiten aufweisen.

Tabelle 13 Kategorie 12: Evaluation

Subkategorien	Beispiel-Paraphrasen
Erfolgskontrolle	Würde Befragung gerne wiederholt durchführen (I1, Z. 411f, 505); in Eigenregie ist das schwer; gute Aufgabe für die BGW (I1, Z. 528f)
Aufwand-Nutzen-Relation der M.	Finanzieller Aufwand in der Regel überschaubar (I2, Z. 504); hoher Arbeitszeitaufwand (I2, Z. 505); bisher noch nicht erkennbar (I4, Z. 568)
Anmerkung zur MA-Befragung	Teilnehmerquote zu gering: Rückschlüsse, dass es kein Interesse der MA gibt (I3, Z. 112f, 121f); Ergebnisse nur Einzelmeinungen, daher Allgemeingültigkeit grenzwertig (I3, Z. 386f)
Verbesserungsvorschläge für die MA-Befragung	Einrichtung würde für mehr Teilnahmebeteiligung sorgen (I1, Z. 552ff)
Studienteilnahme gelohnt?	<u>Pro:</u> Ja, auf jeden Fall (I2, Z. 546) <u>Kontra:</u> Nein, Umfrageergebnis nicht repräsentativ (I3, Z. 675f, 681)
Zusammenarbeit mit der BGW	<u>Pro:</u> Unkompliziert, zuvorkommend und sehr nett (I1, Z. 533) <u>Kontra:</u> Befragung und Auswertung hat etwas länger gedauert als ursprünglich angegeben (nicht tragisch) (I2, Z. 542ff)
Motivation für das Interview	Als Dank für MA-Befragung; Zusammenarbeit mit der BGW und gegenseitige Hilfe ist wichtig (I1, Z. 588-591); Interviewpartner findet gut, dass eine Abschlussarbeit darüber gemacht wird; alle Leute die weiterkommen wollen sollen unterstützt werden (I2, Z. 608f)

M: Maßnahme; MA: Mitarbeiter

Tabelle 14 Kategorie 13: Empfehlungen/Anmerkungen

Subkategorien	Beispiel-Paraphrasen
Rat für andere Einrichtungen	Auf jeden Fall Mitarbeiter mit einbinden. Damit haben wir positive Resultate erzielt. Aus jedem Zentrum, aus jeder Berufsgruppe, soll eine Mitarbeiterin mit am Tisch sitzen. Das bekommt eine ganz andere Facette. Die Mitarbeiter haben tolle Ideen, das ist wirklich klasse. Die Mitarbeiter sind an der Front, Leitung eher betriebsfremd im Büro (I4, Z. 648-656)
Anmerkung zum Interview	In Ordnung (I1, Z. 586); Sie waren sehr nett, Fragen gut verstanden, manches Mal zu viele Fragen auf einmal gestellt (I4, Z. 659ff)

4.1.4 Zusammenfassung und Bewertung der Antworten aus den Kategorien 12 und 13

Die **Kategorien 12 und 13**, greifen Aspekte aus dem letzten Block „Evaluation“ (Tabelle 13 und 14) des Interviewleitfadens auf. Die erste Subkategorie „*Erfolgskontrolle*“ der **Kategorie 12 „Evaluation“**, beinhaltet zusätzlich die Antworten auf die Leitfrage, ob eine erneute Befragung von den Einrichtungen gewünscht wird. Die Kategorie ist grün markiert und entspricht allen angewandten Gütekriterien. Das gilt auch für die Subkategorie „*Aufwand-Nutzen-Relation*“. Bei den Subkategorien „*Anmerkung zur MA-Befragung*“ und „*Verbesserungsvorschläge für die MA-Befragung*“ handelt es sich unter anderem um die Leitfrage: „Angenommen Sie hätten die damalige Befragung noch nicht mitgemacht, was würden Sie sich mit heutiger Erfahrung bei einer erneuten Befragung wünschen“. Diese Subkategorien und die restlichen Subkategorien „*Studienteilnahme gelohnt?*“, „*Zusammenarbeit mit der BGW*“ und „*Motivation für das Interview*“, entsprechen ebenfalls allen angewandten Gütekriterien und erhalten eine grüne Markierung. „**Empfehlungen und Anmerkungen**“ heißt die **Kategorie 13**. Sie enthält die Subkategorien „*Rat für andere Einrichtungen*“ und „*Anmerkung zum Interview*“. Auch diese Subkategorien entsprechen den Gütekriterien und bedürfen daher keiner Modifikation im Leitfaden.

Da alle interviewten Einrichtungen Maßnahmen abgeleitet haben, kam die zweite Variante des Leitfadeninterviews „falls keine Maßnahmen abgeleitet wurden“ nicht zum Einsatz. Die in diesem Kapitel aufgezeigten rot und gelb markierten Subkategorien dienten als Vorlage für die Modifikation des Interviewleitfadens. Die Änderungen beschreibt das nächste Kapitel.

4.2 Modifikation des Leitfadens

In diesem Ergebnisteil wird aufgezeigt, welche Fragen im Interviewleitfaden verändert, entfernt oder ergänzt wurden. Basierend auf den farblichen Markierungen, die im vorangegangenen Kapitel dargestellt wurden, werden im Folgenden diese Veränderungen beschrieben.

Einleitungsfragen

Die erste Einleitungsfrage nach der Motivation aufgrund derer die Einrichtung an der damaligen Befragung teilgenommen hat, sowie die *Leitfrage „in welchem Stadium hat sich die Einrichtung zum Befragungszeitpunkt befunden“*, bleiben unverändert.

Änderung:

- Eine Umformulierung der zweiten Einleitungsfrage hat sich als angemessen erwiesen. Die Leitfrage *„Wie empfanden Sie es die Ergebnisse der Fremdbefragung anzunehmen und zum Thema der eigenen Sache zu machen?“* wurde in *„Wie empfanden Sie es, das die BGW bzw. ein externes Institut diese Befragung initiiert hat? Konnten Sie die Ergebnisse annehmen und zum Thema der eigenen Sache machen?“* geändert.

1. Block „Ergebnisbericht“

Der überwiegende Teil der Leitfragen des ersten Blocks „Ergebnisbericht“, stellten sich als geeignet dar. Die Aspekte *„Umgang mit dem Ergebnisbericht“*, *„Verständlichkeit des Ergebnisberichts“*, *„Beurteilung des Ergebnisberichts“*, *„förderliche/unverständliche Aspekte des Ergebnisberichts“*, *„Wer hat ihn gelesen?“*, *„Diskussion der Ergebnisse“* und *„nachvollziehbare Ergebnisse“*, bedürfen keiner Veränderung. Ebenso bleiben die Aspekte *„Wurde ein Steuerkreis gebildet?“*, *„Welche betrieblichen Akteure waren beteiligt?“*, *„Rückmeldung an die Mitarbeiter“* und *„Umsetzung der Mitarbeiter Information“* im Interviewleitfaden unverändert.

Änderung:

- Während des Gesprächs und bei der Auswertung hat sich herausgestellt, dass die befragten Dialyse-Einrichtungen meistens keinen neuen Steuerkreis gebildet hatten. Es wurde häufig auf bereits vorhandene Strukturen zurückgegriffen oder der Begriff „Steuerkreis“ wurde abgelehnt. Demnach ist eine zusätzliche Subkategorie *„Alternativen zum Steuerkreis“* entstanden, die als Frageaspekt im Leitfaden eingebaut wird.
- Das Gütekriterium Verfahrensdokumentation (Interaktion im Gespräch) zeigt auf, das die folgenden Leitfragen modifiziert werden müssen: *„Was meinen Sie warum einige*

Ergebnisse aus der Befragung positiv und einige Ergebnisse kritisch ausgefallen sind, woran kann das liegen?“ und „Generell sind in den Dialyse-Einrichtungen bestimmte Aspekte besonders aufgefallen. Was meinen Sie, warum gerade diese Aspekte in den Dialyse-Einrichtungen (im Vergleich zu den Vergleichsgruppen) auffallen?“. Wie bereits in der Zusammenfassung der Kategorien 5-8 beschrieben, haben diese Fragen im Gespräch zu viel Zeit gekostet. Diese Leitfragen werden im Interviewleitfaden auf jeweils 1-2 Aspekte pro Leitfrage gekürzt, sodass aus ursprünglich 13-19¹⁰ abgefragten positiven/kritischen Aspekten insgesamt, 4-8 Aspekte pro Einrichtung aufgegriffen werden. Dadurch soll sich die Interviewdauer verkürzen und der Schwerpunkt mehr auf den Maßnahmen liegen.

2. Block „Maßnahmenplanung“

Der zweite und der dritte Interviewteil sind bei der Auswertung der Pretests zusammengefasst worden. Die Verfahrensdokumentation hat gezeigt, dass die Fragen zur Maßnahmenumsetzung bereits zum Großteil bei den Fragen zur Maßnahmenplanung beantwortet wurden. Daher wurde dieser Teil entfernt und die entsprechenden Aspekte dem Block Maßnahmenplanung zugefügt. Allerdings dient dieser Interviewleitfaden lediglich als Unterstützung eines Gesprächs, das in jedem Fall individuell verläuft. Es ist auch möglich, dass sich bei weiteren Befragungen herausstellt, dass es eine Maßnahmenplanung, aber nicht deren Umsetzung gab. Auch ermöglicht der Leitfaden, die Fragen nach der Maßnahmenumsetzung wegzulassen, falls bereits vorher dazu Antworten gegeben wurden. Aus diesen Gründen wurde der dritte Block „Maßnahmenumsetzung“ im Interviewleitfaden beibehalten.

Der Block „Maßnahmenplanung“ beinhaltet folgende Aspekte, die anhand der Gütekriterien positiv geprüft wurden und die zu keiner Änderung des Leitfadens führten: *„Wurden Maßnahmen geplant?- Was?, Warum nicht?“, „Welche/r Aspekt/e wurde/n aus dem EB herausgearbeitet und behandelt?“, Wie wurde priorisiert, welcher Aspekt in Angriff genommen wird?“, „Wer hat es entschieden?“, „Wie wurde die Maßnahme ermittelt?“, „Welches Ziel verfolgt die Maßnahme?“, „Einsatzort der Maßnahme (Betriebsbereich)“, „Qualitätsmanagement/BGM vorhanden?“, sowie die Frage ob „weitere Maßnahmen in Planung sind?“.*

¹⁰ Es wurden bei jedem Interview alle auffälligen positiven und kritischen Aspekte der jeweiligen Einrichtung und der Dialyse-Branche insgesamt (sechs Aspekte) abgefragt (=vier Fragen). Hieraus entstanden insgesamt 13-19 Fragenaspekte. Wird der Umfang auf ein bis zwei Aspekte pro Frage reduziert, verringert sich die Anzahl der Fragenaspekte auf insgesamt vier bis acht.

Änderung:

- Der Aspekt *„Was war förderlich/hinderlich bei der Maßnahmenplanung/Maßnahmenumsetzung?“* wurde, wie bereits erwähnt, jeweils im Block Maßnahmenplanung und Maßnahmenumsetzung abgefragt. Allerdings gab es keine unterschiedlichen Angaben, da sich die förderlichen/hinderlichen Aspekte auf die Maßnahmen allgemein und nicht auf die Planung oder Umsetzung speziell bezogen. Aus diesem Grund empfiehlt sich eine einzige Frage nach förderlichen/hinderlichen Aspekten in Bezug auf die Maßnahmen nach einer Mitarbeiterbefragung. Somit werden die Leitfasenaspekte *„Was war förderlich/hinderlich bei der Maßnahmenplanung“* entfernt.
- Eine weitere Frage hat sich als überflüssig herausgestellt. Es handelt sich dabei um die Zusatzfrage zum Thema Qualitätsmanagement: *„Gibt es Ablaufprozesse für eine Maßnahmenentwicklung?“*. Sie wird ebenfalls aus dem Leitfaden entfernt, da sie nicht für das Forschungsziel relevant ist.
- Die Auswertung ergab zudem eine zusätzliche Subkategorie *„Klassische betriebsärztliche Betreuung“*. Diese wird, dem Interviewleitfaden hinzugefügt.

3. Block „Maßnahmenumsetzung“

In diesem Abschnitt des Interviewleitfadens bleiben alle Aspekte erhalten. Somit bleiben die Aspekte *„Umgesetzte Maßnahmen“*, *„Vorgehensweise“*, *„förderliche/ hinderliche Aspekte, wann eingeführt“*, unverändert.

Änderung:

- Lediglich die Frage nach den förderlichen/hinderlichen Aspekten der Maßnahmeneinführung und Umsetzung bezieht sich in Zukunft auf die Maßnahmen allgemein (was die Planung und die Umsetzung beinhaltet).

4. Block „Evaluation“

Am Ende des Experteninterviews sind keine Leitfasenaspekte aufgefallen. Alle Aspekte entsprachen den angewandten Gütekriterien. Demnach bleiben folgende Fragenaspekte unverändert: *„Aufwand–Nutzen-Relation der Maßnahme“*, *„Erneute Befragung geplant?“*, *„Erfahrungen mit der Maßnahme“*, *„Zusammenarbeit mit der BGW“*, *„Gefährdungsbeurteilung psychische Belastung“*, *„Unterstützungsbedarf vorhanden?“*, *„Empfehlungen für andere Einrichtungen“*, *„Anmerkungen zum Interview“* und die Frage nach der *„Teilnahmemotivation an dem Interview“*.

Änderung:

Der vierte Block bedarf keiner Änderung.

4.3 Ergebniszusammenfassung

Der Interviewleitfaden entspricht in den meisten Fällen den angewandten Gütekriterien. Lediglich sieben Leitfasenaspekte wurden modifiziert. Die folgende Tabelle 15 zeigt, in welchem Bereich des Leitfadens die Modifikation stattgefunden hat. Zudem wird der Leitfasenaspekt vor und nach der Modifikation aufgezeigt. In der Spalte „Modifikation“ ist die Art der Modifikation zu sehen. In der letzten Spalte „Gütekriterien“ werden die Kriterien genannt, die zu der Modifikation geführt haben.

Tabelle 15 Zusammenfassung der Leitfadenmodifikation

	Wo?	Vorher	Modifikation	Nachher	Gütekriterien
1	Einleitungsfrage	Wie empfanden Sie es, die Ergebnisse der Fremdbefragung anzunehmen und zum Thema der eigenen Sache zu machen?	Umformulierung	Wie empfanden Sie es, das die BGW bzw. ein externes Institut diese Befragung initiiert hat? Konnten Sie die Ergebnisse annehmen und zum Thema der eigenen Sache machen?	Verfahrensdokumentation Pretest Abstraktionsniveau u. Selektionskriterien
2	1. Block: Ergebnisbericht	–	Hinzunahme	Alternativen für den Steuerkreis	Pretest (Auswertung (induktiv))
3	1. Block: Ergebnisbericht	Was meinen Sie warum einige Ergebnisse aus der Befragung positiv und einige Ergebnisse kritisch ausgefallen sind, woran kann das liegen? →Alle pos./kritischen Aspekte abgefragt	Kürzung	Was meinen Sie warum einige Ergebnisse aus der Befragung positiv und einige Ergebnisse kritisch ausgefallen sind, woran kann das liegen? →je 1-2 Aspekte abgefragt	Verfahrensdokumentation Pretest
4	1. Block: Ergebnisbericht	Was meinen Sie, warum gerade diese Aspekte in den Dialyse-Einrichtungen (generell) (im Vergleich zu den Vergleichsgruppen) auffallen? →Insgesamt 6 pos./kritische Aspekte abgefragt	Kürzung	Was meinen Sie, warum gerade diese Aspekte in den Dialyse-Einrichtungen (generell) (im Vergleich zu den Vergleichsgruppen) auffallen? →max. 4 pos./kritischen Aspekte abgefragt	Verfahrensdokumentation Pretest
5	1. Block: Ergebnisbericht	–	Hinzunahme	Klassische betriebsärztliche Untersuchung	Pretest (Auswertung (induktiv))
6	1. Block: Ergebnisbericht	Ablaufprozesse von Maßnahmen (im Rahmen des QM)	Entfernung	–	Pretest
7	2. Block: Maßnahmenplanung	Förderliche/hinderliche Aspekte der Maßnahmenplanung	Entfernung, Umformulierung und Zusammenfassung mit 3. Block	Förderliche/hinderliche Aspekte der Maßnahmen (umfasst Maßnahmenplanung und -umsetzung)	Verfahrensdokumentation Pretest

5 Diskussion

Zu einem Forschungsthema können viele verschiedene Fragen entstehen, die nicht alle gleichzeitig untersucht werden können (Flick, 2009). Zum einen war es möglich den Fokus auf die Auswertung der geführten Interviews und zum anderen auf die Evaluation der Intervention, in diesem Fall der COPSQ-Mitarbeiterbefragung, zu legen. In nur wenigen Fällen der qualitativen Forschung wird die Wirksamkeit eines Messinstrumentes untersucht. Die Autorin hält die Überprüfung des Interviewleitfadens jedoch für notwendig, da der Erkenntnisgewinn auf diesem Messinstrument basiert. Es könnte zu einer Fehlinterpretation der Aussagen kommen, wenn die Fragen nicht plausibel sind oder nicht richtig verstanden wurden. Aus diesen Gründen ist es sinnvoll, die Qualität der Methode und die Anwendung des Instruments vorab zu untersuchen und zu testen.

In diesem Kapitel werden zunächst die Methode der Leitfadenentwicklung, der Datenerhebung und –auswertung und der Gütekriterien diskutiert sowie die Limitationen des Forschungsprozesses aufgezeigt. Anschließend werden die Ergebnisse dieser Untersuchung diskutiert und die daraus resultierenden Konsequenzen hinsichtlich weiterer Forschungsaspekte dargestellt.

5.1 Methodendiskussion

Entwicklung des Interviewleitfadens

Diese Arbeit befasst sich schwerpunktmäßig mit der Entwicklung von qualitativen Interviewleitfäden. Um die Vorgehensweise intersubjektiv nachvollziehbar zu gestalten, ist der Methodenteil sehr umfangreich aufgefallen. Bei dem Verfassen dieser Arbeit war es schwierig, thematisch streng bei der Leitfadenentwicklung zu bleiben und nicht die Ergebnisse der Interviews zu thematisieren. Der qualitative Ansatz bei der Leitfadenentwicklung ermöglichte es, explorativ Vorgehensweisen zu ermitteln und dabei chronologische Gegebenheiten und wichtige Randaspekte, die das offene Gespräch ergaben, nachzuvollziehen und zu erfassen. Bei der Entwicklung des Leitfadens sind zwei Varianten entstanden. Die erste Variante setzt voraus, dass nach dem Erhalt des Ergebnisses der Mitarbeiterbefragung Maßnahmen abgeleitet wurden, die andere Variante ist für den Fall vorgesehen, dass dies nicht geschieht. Da die zweite Variante nicht der Regelfall sein sollte, wird im Weiteren die erste Leitfaden-Variante besprochen. Erarbeitet wurden beide Varianten nach einer Methode von Helfferich (2005). Dieses regelgeleitete Vorgehen erwies sich als geeignet, um die vielen Aspekte auf übersichtliche

Weise in einem Leitfaden einzubeziehen und zu operationalisieren. Bei der Entwicklung dieser qualitativen Interviewleitfäden hat sich das Sammeln-prüfen-sortieren-subsumieren-Prinzip bewährt und diese wesentlich erleichtert. Auch wenn bei der Entwicklung der Leitfäden auf die chronologische Reihenfolge vom Erhalt des Ergebnisberichts bis zur Evaluation der abgeleiteten Maßnahmen geachtet wurde, ermöglicht der Aufbau des Leitfadens eine flexible zeitliche Handhabung der Fragen. Zudem kann die erste Variante bei Bedarf schnell durch die zweite ersetzt werden ausgetauscht werden. Zudem hat der Leitfaden aus Sicht des Interviewers den Vorteil einer größeren Übersichtlichkeit, die durch die Anordnung der Fragenaspekte auf vier querformatigen Seiten und in jeweils vier Spalten pro Blatt entsteht. Hilfreich ist auch die Möglichkeit die Formalitäten, wie z.B. die Angaben zum Datenschutz, die Einwilligung zur Tonbandaufnahme und das Einverständnis der Interviewteilnahme sowie Zeitpunkt des Gesprächsbeginns und -endes, Datum und Betriebscode zu notieren. Die Übergangssätze sollen den Gesprächsverlauf flüssiger gestalten. Ein Nachteil dieses Interviewleitfadens ist allerdings, dass er nicht selbsterklärend und somit nicht ohne Schulung von jedem Interviewer anzuwenden ist. Zudem eignet sich der Leitfaden nur für ein Interview, da er aufgrund der nicht immer vollständig ausformulierten Fragen nicht vom Befragten selbst ausgefüllt werden kann. Dennoch hat sich der Leitfaden in der vorliegenden Form als übersichtlich, flexibel und vollständig erwiesen. Zu beachten ist, dass der Leitfaden gezielt entwickelt wurde, um nach COPSQ-Befragungen eingesetzt zu werden. Aus diesem Grund ist er nur sehr eingeschränkt nach anderen Mitarbeiterbefragungen einsetzbar.

Stichprobe und Datenerhebung:

Ziel des Pretests war es, den Interviewleitfaden zu prüfen und daraufhin Verbesserungen abzuleiten. Dafür wurden vier Dialyse-Einrichtungen vorab mit einem Informationsschreiben über die persönlichen Interviews informiert. Diese schriftliche Information und die mündliche Aufklärung über den Datenschutz (informed consent) vor Beginn des Gesprächs erlaubte es, eine Vertrauensbasis herzustellen. Die vier Dialyse-Einrichtungen wurden über eine Zufallsstichprobe aus dem vorangegangenen Sample der Mitarbeiterbefragung zur psychosozialen Arbeitssituation in Dialyse-Einrichtungen ermittelt. Aufgrund der kleinen Stichprobe des Untersuchungsfeldes muss beachtet werden, dass die Ergebnisse nicht repräsentativ sind. Zudem erlaubt die Flexibilität der Interviewgestaltung zwar ein stärkeres Eingehen auf die Untersuchungsteilnehmer, sie reduziert allerdings die Vergleichbarkeit der gewonnenen Daten (Flick, 2009). Die Entscheidung bei der Entwicklung des Leitfadens eine qualitative Forschungsmethode zu nutzen, hat sich auch bei der Umsetzung als positiv erwiesen. Dadurch konnten die

individuellen Vorgehensweisen der Dialyse-Einrichtungen nach dem Erhalt des Ergebnisberichts der COPSOQ-Befragung erfasst werden. Aus der Sicht der Autorin hätte eine quantitative Forschungsmethode nicht zu diesen komplexen Ergebnissen geführt. Das Experteninterview hat sich dabei als nützlich erwiesen. Es ermöglichte den Befragten, einerseits die Vorgehensweisen zu rekonstruieren und dennoch konnte die Forscherin den Befragten mithilfe des Leitfadens auf das interessierende Expertentum begrenzen. Der Aufbau des Leitfadens hat bei der Anwendung überzeugt, dies gilt insbesondere für die Form der vier Blöcke und der vier Spalten. Die Leitfragen der ersten Spalte deckten oft bereits viele nachfolgende Aspekte ab. Auffällig ist, dass trotzdem häufig eine Frage-Antwort-Situation entstand, was darauf zurückzuführen ist, dass der Leitfaden aus vielen kleinen Aspekten besteht. Dies könnte die Offenheit des Gesprächsverlaufs beeinträchtigt haben. Auch fiel es der Interviewerin aufgrund mangelnder Routine schwer, das Gespräch optimal zu lenken und darauf zu achten, dass eine Leitfrage und die dazugehörigen Aspekte ausführlich erwähnt bzw. beantwortet wurden. Um bedeutsame Informationen zu bekommen, ist die Kompetenz des Interviewers von ausschlaggebender Bedeutung (Fowler, 1988 zit. nach Scholl, 2003). Oftmals wollten die Befragten stärker darauf eingehen, welche Maßnahmen die Einrichtungen generell initiiert haben und welche vorteilhaften Strukturen bereits bestehen. Dieses war jedoch nicht das Ziel der Befragung. Eine gute Gesprächsführung ist notwendig, um den Schwerpunkt der Befragung nicht aus den Augen zu verlieren. Ein Vorteil mag darin liegen, dass alle Interviews von derselben Interviewerin durchgeführt wurden. Dadurch werden Diskrepanzen in der Interviewführung und der Themenschwerpunktsetzung vermieden. Die Dauer des Gesprächs von durchschnittlich einer Stunde wurde von den Interviewbeteiligten als akzeptabel angesehen.

Es ist möglich, dass die Vorgehensweisen der Einrichtungen nach dem Erhalt des Ergebnisberichts zu der Mitarbeiterbefragung von den Interviewten zu positiv dargestellt wurden ("soziale Erwünschtheit"). Um dieses Phänomen zu relativieren, wurde versucht, dem Befragten zu vermitteln, dass alle Antworten gleichermaßen erwünscht sind¹¹ (Scholl, 2003). Auch kann es durch die Reaktion auf den Interviewer und die Abhängigkeit der Datenqualität von der Qualität des Interviewers (Interviewerverhalten) zu Interviewereffekten gekommen sein (z.B. durch das Rollenspiel im Interview sowie die Motivation und Einstellung des Interviewers zu Themen der Befragung). Durch die Reaktion auf den Auftraggeber der Studie (BGW) können ebenfalls Antwortverzerrungen aufgetreten sein (Schnell et al., 1993). Auch können durch den Erinnerungsbias wichtige

¹¹ Z.B. heißt es auf Seite eins des Leitfadens, dass es keine richtigen oder falschen Antworten gibt und dass der Einrichtung keine Nachteile aus der Befragung entstehen können.

Vorgehensweisen nach dem Erhalt des Ergebnisberichts in Vergessenheit geraten oder in abgeänderter Form wiedergegeben worden sein.

Datenauswertung

Die Auswertung des Pretests zur Überprüfung des Interviewleitfadens wurde nach der induktiven Methode der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring durchgeführt. Grundlage bildeten dafür die transkribierten Audioaufnahmen, die die Auswertung vereinfachten. Diese regelgeleitete Methode hat sich aus Sicht der Autorin dabei bewährt, die Ergebnisse übersichtlich in Kategorien einzuordnen und Defizite des Interviewleitfadens und des Interviewerverhaltens abzuleiten. Allerdings ist anzumerken, dass es bei der Auswertung zu Ergebnisverzerrungen gekommen sein kann. Durch die induktive Zuordnung von Material in Kategorien ist es möglich, dass Antworten auf gezielte Fragen eine andere Frage beantwortet haben und somit diese Antworten den richtigen Kategorien zugeordnet wurden. Diese Methode ist jedoch bei qualitativen Verfahren sinnvoll, um wichtige Informationen nicht zu vernachlässigen. Auch wurde die Auswertung nur von einer Person vorgenommen, daher ist es möglich, dass Datenmaterial falsch zugeordnet wurde oder Interpretationen nicht korrekt waren. Diese Inkonsistenz kann sich auf die Auswertung und die davon abgeleiteten Veränderungen des Leitfadens ausgewirkt haben. Eine Grenze qualitativer Inhaltsanalyse besteht somit darin, dass die notwendige Interpretation bei der Klassifikation von Material die angestrebte Eindeutigkeit des Verfahrens wieder relativiert (Flick, 2009).

Gütekriterien

Die Plausibilität der Fragenaspekte wurde mithilfe von Gütekriterien beurteilt. Die Wahl der Gütekriterien erwies sich als sehr komplex und war abgestimmt auf die Forschungsfrage, die angewandte Methode sowie auf den Untersuchungsgegenstand (Steinke, 2000). Qualitative Bewertungskriterien unterscheiden sich von den klassischen Gütekriterien der quantitativen Forschung. Oftmals wird eine Übertragung versucht. Allerdings wird diskutiert, ob eine Übertragung der Gütekriterien auf die qualitative Forschung überhaupt möglich ist oder ob eigenständige Gütekriterien für diese Forschungsrichtung entwickelt werden sollten. Es gibt eine Vielzahl von Gütekriterien, die sich teilweise auf die Inhaltsanalyse qualitativer Forschung beziehen oder aufgrund organisatorischer oder zeitlicher Ressourcen schwer anwendbar sind. Im Folgenden sollen die in Kapitel 3.5 dargestellten Gütekriterien dieser qualitativen Forschungsarbeit diskutiert werden.

Die Verfahrensdokumentation wurde dahingehend beachtet, dass die Vorgehensweise bei der Leitfadententwicklung (s. Kapitel 3.4.1), der Datenerhebung (s. Kapitel 3.4.2) und –

auswertung (s. Kapitel 3.4.3) ausführlich dargestellt wurde. Besonders das Interviewprotokoll hat wichtige Aspekte enthalten die im Leitfaden verbessert werden konnten. Die Regelgeleitetheit bezog sich hier hauptsächlich auf die Leitfadeneentwicklung nach Helfferich und auf die Auswertung, die die einzelnen Schritte der Vorgehensweise nach den Regeln der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring aufgezeigt hat. Die fehlende Interpretation der Auswertung und deren Rücküberprüfung am Ausgangsmaterial von einer zweiten Person als Gütekriterium (Intercoderreliabilität und Intracoderreliabilität), stellen eine Limitation dar. Der Pretest bewies sich als aussagekräftigstes Gütekriterium. Die Datenerhebung und deren Auswertung zeigten, welche Varianz einzelne Fragen aufweisen. Zudem konnte die Verständlichkeit der Leitfragen getestet werden. Ein weiteres Gütekriterium ist die ökologische Validierung. Sie wurde dahingehend berücksichtigt, dass die Befragten in ihrer alltäglichen Lebenswelt, dem Arbeitsplatz, interviewt wurden. Auch wurde darauf geachtet, dass der Interviewleitfaden speziell auf die Ausgangssituation der Einrichtungen zugeschnitten war. Im Gespräch konnte der Leitfaden zudem für die Einrichtungen individuell angepasst werden. Das Abstraktionsniveau und die Selektionskriterien wurden in dieser Arbeit als Grundlage für die Auswertung der Ergebnisse genutzt und als Gütekriterium angeführt, was in der Literatur bisher nicht getan wurde. Dies hat sich dennoch als sinnvoll herausgestellt, da diese Gütekriterien als entscheidende Hinweise dienten, auf welche Aspekte hin das Datenmaterial durchgearbeitet werden sollte und sie gleichzeitig zeigen, ob die erwünschten Aspekte und Ziele erreicht wurden. Die Triangulation war aus methodischen Gründen nicht sinnvoll und die kommunikative Validierung war aus organisatorischen Gründen und aufgrund von Zeitmangel nicht umsetzbar. Die kommunikative Validierung wäre allerdings für die Auswertung und der daraus resultierenden Interpretation der Daten sowie der Ableitung der Ergebnisse auf die Leitfadeneentwicklung wichtig gewesen.

5.2 Ergebnisdiskussion

Die Auswertung der Ergebnisse, insbesondere des Pretests, ergab, dass die Bedeutung der Fragen vom Befragten weitestgehend verstanden wurde und die Beantwortung keine Schwierigkeiten bereitete. Zudem zeigte sich, welche Fragen Interesse weckten, welche Fragen Varianz in den Antworten produzierten und wie sich der Fluss und die Dauer des Gesprächs entwickelten. Die Ergebnisse sind durch farbliche Markierungen der Subkategorien dargestellt, die im Wesentlichen die Leitfadeneaspekte widerspiegeln. Sie sollen die Übersichtlichkeit der „guten“ und „weniger guten“ Fragenaspekte aufzeigen. Die Darstellung der Ergebnisse in dieser Variante ist sicherlich Geschmacksache. Herausgestellt hat sich jedoch, dass die angewandten Gütekriterien eine Änderung des

Interviewleitfadens bewirkt haben. Die Modifikation des Leitfadens fiel nur gering aus. Insgesamt veränderten sich drei Fragen, zwei Aspekte sind hinzugekommen und zwei Aspekte wurden aus dem Leitfaden entfernt. Welche Änderungen entstanden sind, wurde ausführlich in den Kapiteln 4.2 und 4.3 erörtert. Für die Beantwortung der Forschungsfrage, stellten sich die Leitfadenaspekte des qualitativen Interviews als geeignet heraus. Um den Leitfaden als valide einzustufen, reicht ein Pretest in vier Dialyse-Einrichtungen allerdings nicht aus, dies erfordert weitere Befragungen. Dennoch wird davon ausgegangen, dass der Interviewleitfaden sich auch außerhalb von Dialyse-Einrichtungen nach COPSOQ-Befragungen zur Überprüfung der Wirksamkeit von Maßnahmen zum Abbau psychischer Belastungen eignet. Dafür müssen die berufsspezifischen Fragen jeweils angepasst werden. Dies bedeutet, dass die BGW als durchführendes Unternehmen gegen das jeweilige Institut ausgetauscht werden müsste. Die Frage nach der Annahme der Fremdbefragung entfällt, im Falle einer internen Durchführung. Auch müssten die Fragen zu den positiven und kritischen Aspekten in der Branche allgemein an die jeweilige Befragungseinrichtung angepasst werden. Obwohl das Vorgehen bei der Leitfadenentwicklung, dem Pretest und der Auswertung intersubjektiv nachvollziehbar ist, muss berücksichtigt werden, dass die Antworten auf die Fragen subjektiv interpretiert wurden und die Bewertung nicht über objektive Messdaten erfolgte. Das bedeutet, dass die Möglichkeit besteht, dass ein anderer zu anderen Ergebnissen kommen könnte.

6 Fazit und Ausblick

Der in dieser Arbeit entwickelte und optimierte Interviewleitfaden ist ein geeignetes Instrument, die Wirksamkeit von Vorgehensweisen nach einer Mitarbeiterbefragung mit dem COPSOQ-Instrument zu kontrollieren. Die Forschungsfrage: Erfasst der qualitative Interviewleitfaden, im Rahmen einer Wirksamkeitskontrolle nach einer Mitarbeiterbefragung mit dem COPSOQ, die Initiierung von Maßnahmen zum Abbau psychischer Belastungen und erfragt dieser Leitfaden somit das, was er erfragen soll?, wurde damit beantwortet. Nach der Beurteilung anhand der angewandten Gütekriterien zeigen die Ergebnisse, dass die Interviews zu dem erwünschten Ergebnis geführt haben und das Ziel dieser Arbeit somit erreicht wurde. Der Interviewleitfaden wird in Zukunft als Messinstrument für weitere Interviews in Dialyse-Einrichtungen in modifizierter Form zum Einsatz kommen. Es werden alle 20 Dialyse-Einrichtungen, die an der Mitarbeiterbefragung zu „psychosozialer Belastung und Beanspruchung in Dialyse-Einrichtungen“ teilgenommen haben, gebeten, sich an der Nachbefragung zu beteiligen. Außerdem gab es zwischenzeitlich eine weitere Befragung durch die BGW, die weitere 50 Dialyse-Einrichtungen hinsichtlich der psychosozialen Arbeitssituation mit dem COPSOQ untersucht hat. Eine Wirksamkeitskontrolle in diesen Einrichtungen ist wahrscheinlich. Allerdings ist zu beachten, dass der modifizierte Leitfaden keine erneute Testphase durchläuft. Es wird davon ausgegangen, dass dieser geeignet ist, da keine ausschlaggebenden Fragenaspekte verändert wurden, die die Beantwortung der Forschungsfrage gefährden könnten. Ein universeller Einsatz des Interviewleitfadens (nach der Anpassung an die jeweilige Branche) ist somit möglich. Daher ist es wichtig, dass das Erhebungsinstrument sorgfältig entwickelt und geprüft wurde. Dieses qualitätsprüfende Vorgehen ermöglicht eine wissenschaftlich korrekte Durchführung und Auswertung der Daten. Ohne ein geeignetes Instrument wäre die Analyse der Daten nicht möglich. Dieser Interviewleitfaden trägt dazu bei, die Vorgehensweisen zur Verbesserung der psychosozialen Arbeitssituation nachzuerfolgen und leistet somit neben der Qualitätssicherung einen Beitrag zur Verbesserung der psychosozialen Arbeitssituation.

Literaturverzeichnis

Allenspach, M. & Brechbühler, A., 2005. Stress am Arbeitsplatz. Theoretische Grundlagen, Ursachen, Folgen und Prävention. 1. Aufl.. Bern: Hans Huber Verlag.

ArbSchG, 2009. Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit. Online: http://www.gesetze-im-internet.de/arbSchG/__3.html [Letzter Zugriff am 08.07.2013].

Atteslander, P., 2010. Methoden der empirischen Sozialforschung. 13. Aufl.. Berlin: Erich Schmidt Verlag.

BAuA, 2012. Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Dortmund, Berlin, Dresden: BAuA. Online: http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Gd68.pdf?__blob=publicationFile&v=4 [letzter Zugriff am 08.07.2013].

Bestmann B., 2011. Qualitative und quantitative Methoden in den Gesundheitswissenschaften. Hamburg: Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG) Summer School. Online: <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/385744/Datei/3546/Bestmann-Methoden-Gesundheitswissenschaften-2011.pdf> [letzter Zugriff am 03.07.2013].

BGW, 2011. Mitarbeiterbefragung - Psychische Belastung und Beanspruchung. BGWmiab für die Pflege und den stationären Wohnbereich der Behindertenhilfe. Hamburg: BGW.

BGW, 2012. Präventions- und Rehabilitationsbericht 2011. Hamburg: BGW.

BKK Bundesverband, 2008. Wettbewerbsvorteil Gesundheit. Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen und Frühberentung in Deutschland. Essen: BKK Bundesverband. Online: http://www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/2008/BKK_Broschuer_e_arbeitsbedingteGesundheitskosten_RZ_web.pdf [letzter Zugriff am 08.07.2013].

Böhmert, M.; Kuhnert S. & Nienhaus, A., 2010. Psychische Belastung und Beanspruchung von Beschäftigten in Dialyse-Einrichtungen- ein systematisches Review. In: Nienhaus, A. (Hrsg.) Gefährdungsprofile- Unfälle und arbeitsbedingte Erkrankungen in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Landsberg/Lech, ecomed, 302-325.

Böhmert, M.; Kuhnert, S. & Nienhaus, A., 2011. Psychological stress and strain in dialysis staff. A systematic review. Journal of Renal Care 37 (4), 178-189.

Bortz, J. & Döring, N., 2006. Forschungsmethoden und Evaluation: für Human- und Sozialwissenschaftler. 4. Aufl.. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Brüsemeister, T., 2000. Qualitative Forschung. Ein Überblick. 6. Aufl.. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

DAK Forschung, 2013. DAK-Gesundheitsreport 2013. Berlin: IGES Institut Berlin. Online: [http://www.presse.dak.de/ps.nsf/Show/998583CFE0F4B967C1257B18004DA198/\\$File/Gesundheitsreport_2013_Druckfassung%2015.2.2013.pdf](http://www.presse.dak.de/ps.nsf/Show/998583CFE0F4B967C1257B18004DA198/$File/Gesundheitsreport_2013_Druckfassung%2015.2.2013.pdf) [letzter Zugriff am 08.07.2013].

Deutsches Institut für Normung e.V., 2000. Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung- Teil 1: Allgemeines und Begriffe (ISO 10075:1991). Deutsche Fassung EN ISO 10075-1:2000. DIN Deutsches Institut für Normung e.V. EN ISO 10075-1, 1-6. 2000. Berlin: Beuth Verlag.

Deutsches Institut für Normung e.V., 2011. DIN-Workshop: Psychische Belastung und Beanspruchung. Berlin: NAERG-Normenausschuss Ergonomie.

DGAUM, 2013. 53. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin. Abstracts. Stuttgart: Gentner Verlag. S. 80. Online: http://www.dgaum2013.de/media/PDF_2013/DGAUM-Jahrestagung_2013_Abstractband.pdf [letzter Zugriff am 06.07.2013].

Diekmann, A., 2009. Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. 20. Aufl.. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Ferreira, Y., 2008. Arbeitszeit, Schicht- und Nachtarbeit. In: Weber, A.; Hörmann, G. (Hrsg.), 2008. Psychosoziale Gesundheit im Beruf. Mensch-Arbeitswelt-Gesellschaft. 1. Aufl.. Stuttgart: Gentner Verlag, 343-351.

FFAS, 2013: Messung psychischer Faktoren bei der Arbeit- COPSOQ deutsche Standardversion. Online: <http://www.copsoq.de/index.htm?/download.htm> [letzter Zugriff am 08.07.2013].

Flick, U., 2007. Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Flick, U., 2009. Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Flick, U.; von Kardorff, E. & Steinke, I., 2000. Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Gläser, J. & Laudel, G., 2010. Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 4. Aufl.. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Gregersen, S.; Dulon, M.; Nienhaus, A. & Nübling, M., 2010. Psychosoziale Arbeitsbelastungen in der Pflege – Vergleich verschiedener Pflegegruppen mit anderen Berufsgruppen. In: Nienhaus, A. (Hrsg.), Gefährdungsprofile- Unfälle und arbeitsbedingte Erkrankungen in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Landsberg/Lech, ecomed, 113-128.

Helferich, C., 2005. Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 2 Aufl.. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hopf, C. & Weingarten, E., 1993. Qualitative Sozialforschung. 3. Aufl.. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

IG Metall, 2002. Gute Arbeit unter Druck!? Psychische Belastungen in der Arbeitswelt- Stand, Entwicklungen, Handlungsmöglichkeiten. IG Metall. Online: http://library.fes.de/pdf-files/netzquelle/igm/ah12_gute_arbeit_unter_druck_0015308.pdf [letzter Zugriff am 25.06.2013].

Infoline Gesundheitsförderung, 2013. Was gehört zu einem guten/funktionierenden Prozess der Ermittlung und Veränderung psychischer Belastung?. RKW Kompetenzzentrum (Hrsg.). Online: http://www.infoline-gesundheitsfoerderung.de/global/show_document.asp?id=aaaaaaaaaaaiacc [letzter Zugriff am 08.07.2013].

IZA, 2013. Neue Anforderungen durch den Wandel der Arbeitswelt. Bonn: IZA. Online: http://www.bundestag.de/bundestag/gremien/enquete/wachstum/gutachten/materialie_PG_5_14.pdf [letzter Zugriff am 29.06.2013]

Kittner, I; Wegscheider, S. & Pirkner, P., 1994. Allgemeine Psychologie. Experimentalpsychologische Grundlagen. 2. Aufl.. Wien: WUV- Universitätsverlag.

Laatz, W., 1993. Empirische Methoden. Ein Lehrbuch für Sozialwissenschaftler. Thun und Frankfurt am Main: Verlag Harri Deutsch.

Lamnek, S., 2010. Qualitative Sozialforschung. 5. Aufl.. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Legewie H., 2006. Qualitative Forschung und der Ansatz der Grounded Theory. Online: http://www.ztg.tu-berlin.de/download/legewie/Dokumente/Vorlesung_11.pdf [letzter Zugriff am 08.07.2013].

Mayer, H. O., 2006. Interview und schriftliche Befragung. 3. Aufl.. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.

Mayer, H. O., 2008. Interview und schriftliche Befragung. Entwicklung, Durchführung, Auswertung. 4. Aufl.. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.

Mayring, P., 2003. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 8. Aufl.. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Mayring, P., 2010. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. Aufl.. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Meuser, M & Nagel, U., 1991. ExpertInneninterviews- vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion, 442-471. Online: http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/2402/ssoar-1991-meuser_et_al-expertinneninterviews_-_vielfach_erprobt.pdf?sequence=1 [letzter Zugriff am 29.06.2013].

Muthny, F.A., 1989. Job strains and job satisfaction of dialysis nurses. *Psychotherapy and Psychosomatics* 51(3), 150-155.

Neuner, Dr. R., 2010. Vergleichende Darstellung und Bewertung von Methoden zur Erfassung von psychischen Arbeitsbelastungen im Schulbereich. Online: http://www.boeckler.de/pdf/v_2010_03_01_neuner.pdf [letzter Zugriff am 08.07.2013].

Nöcker, R., 2008. Multitasking/Mikromanagement. In: Weber, A.; Hörmann, G. (Hrsg), 2008. *Psychosoziale Gesundheit im Beruf. Mensch-Arbeitswelt-Gesellschaft*. 1. Aufl.. Stuttgart: Gentner Verlag, 325-329.

Nübling, M.; Stöbel, U.; Hasselhorn, H.-M.; Michaelis, M. & Hofmann, F., 2005. Methoden zur Erfassung psychischer Belastung. Erprobung eines Messinstrumente (COPSOQ). BAuA (Hrsg.) Dortmund, Berlin, Dresden: Wissenschaftsverlag NW, S. 13. Online: unter: <http://www.baua.de/cae/servlet/contentblob/693950/publicationFile/46910/Fb1058.pdf> [letzter Zugriff am 26.06.2013].

Poppelreuter, Dr. S. & Mierke, Dr. K., 2005. *Psychische Belastungen am Arbeitsplatz. Ursachen- Auswirkungen- Handlungsmöglichkeiten*. 2. Aufl.. Berlin: Erich Schmidt Verlag.

Reinders, H., 2005. *Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.

Satzer, R., 2002. *Stress und psychische Belastungen*. Frankfurt am Main: Bund- Verlag.

Schnell, R.; Hill, P.B. & Esser, E., 1993. Methoden der empirischen Sozialforschung. 4. Aufl.. München: Oldenbourg Verlag GmbH.

Scholl, A., 2003. Die Befragung. Paderborn, München: UTB.

Steinke, I., 2000. Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U.; von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 319-331. Online: http://www.geffers.info/psychologie/zus/Steinke_2000_Guetekriterien_qualitativer_Forschung.pdf [letzter Zugriff am 10.07.2013].

Weigert, J., 2010. 100 Tipps für die Qualitätssicherung in der stationären und ambulanten Pflege. 2 Aufl.. Hannover: Brigitte Kunz Verlag.

Weimann, E. & Weimann, P., 2012. High Performance im Krankenhausmanagement: Die 10 wichtigsten Schritte für eine erfolgreiche Klinik. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinn nach aus veröffentlichten oder unveröffentlichten Schriften entnommen wurden, sind als solche unter der Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Winsen (Luhe), den

.....

Lara Garbers

Anhang A: Interviewleitfäden

A1: Ursprünglicher Interviewleitfaden mit Maßnahmen

Betriebscode: _____

Datum: _____

Beginn des Interviews! _____ Uhr (Stunde, Minute)

Tonbandaufnahme ja nein
Informierte Einwilligung ja nein

Datenschutz:

- **Freiwillige** Teilnahme
- Daten entsprechend des Datenschutzes **vertraulich** behandelt und **anonym ausgewertet** werden
- Die **Ergebnisse** der Befragung werden für **wissenschaftliche Zwecke** verwendet und **ggf. veröffentlicht**
- Es können aber unter keinen Umständen **Rückschlüsse auf ihre Einrichtung oder Ihre Person** gezogen werden
- **keine richtigen oder falschen Antworten** und es können der Einrichtung **keine Nachteile** aus der Befragung entstehen
- **Verständnisfragen** können jederzeit gestellt werden
- Gespräch auf **Tonband** aufzeichnen, damit ich mich besser auf das Gespräch konzentrieren kann.
- Die **Aufnahmen** werden **nach der Auswertung gelöscht, nicht an Dritte weitergegeben und nicht veröffentlicht.**
- Sind sie mit der Verwendung der Tonbandaufnahme **einverstanden?**

Wir beginnen jetzt mit dem Interview. Es handelt sich um offene Fragen, was bedeutet, dass Sie bitte frei ohne Antwortvorgaben antworten. Das Gespräch dauert ungefähr 40 Minuten und beinhaltet insgesamt 4 Themenblöcke (*Ablaufschema hinlegen für Proband*). Haben Sie alles verstanden und stimmen dem Interview zu?

1. Aus welcher Motivation heraus haben Sie an der damaligen Befragung teilgenommen/ warum? [In welchem Stadium befand sich Ihre Einrichtung? Haben Sie bereits Handlungsbedarf gesehen oder dachten Sie alles lief gut?]
2. Wie empfanden Sie es die Ergebnisse der Fremdbefragung anzunehmen und zum Thema der eigenen Sache zu machen?

HINWEIS: Ich möchte mit Ihnen als erstes (nur) über den Ergebnisbericht sprechen, welchen Sie von uns nach der Befragung erhalten haben. Für das nachfolgende Interview ist es wichtig, dass wir möglichst genau nachvollziehen können wie Sie in ihrer Einrichtung vorgegangen sind. Daher möchte ich Sie bitten, auch kleine Schritte zu erwähnen, die Sie vorgenommen haben.

Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check- Wurde das erwähnt? (Nachfragen)	Konkrete Fragen (Inhaltliche Aspekte)	Hilfs- und Nachfassfragen
<p>I Ergebnisbericht Nachdem Sie/Ihre Einrichtung den Ergebnisbericht (EB) erhalten haben, wie sind Sie mit ihm umgegangen und wie haben Sie mit ihm gearbeitet?</p>	<p>-war der EB verständlich?</p> <p>-Wie beurteilen Sie den EB? [vlt. Skala von 1-10] Was war gut und hilfreich/was kritisch oder unverständlich? Was hätten Sie noch gebraucht oder sich gewünscht?</p> <p>-Wer hat den Ergebnisbericht gelesen?</p> <p>-Gab es einen Steuerkreis?</p> <p>Wenn ja, welche betrieblichen Akteure waren daran beteiligt?</p> <p>-Rückmeldung an die Mitarbeiter? Wenn ja, in welcher Form, wenn nein, warum nicht?</p>	<p>-Wurden die Ergebnisse in Ihrer Einrichtung diskutiert? (mit wem?) [wurde darüber gesprochen, woran es liegen kann?]</p> <p>-Nachvollziehbare Ergebnisse?</p> <p>-Was meinen Sie warum einige Ergebnisse aus der Befragung positiv und einige Ergebnisse kritisch ausgefallen sind, woran kann das liegen? [mit positiv anfangen](hier Ergebnisse bereit haben)</p> <p>[Generell sind in den Dialyse-E. insgesamt bestimmte Aspekte besonders aufgefallen]</p> <p>-Was meinen Sie, warum gerade diese Aspekte in den Dialyse-Einrichtungen (im Vergleich zu den Vergleichsgruppen) auffallen? (Vergleichsgruppen bereit haben)</p>	<p>-Waren die Ergebnisse eine Überraschung oder haben sie bereits Vermutetes bestätigt?</p> <p><u>Hinweis:</u> <u>Pos.:</u> -Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz -geringere Unsicherheit des Arbeitsplatzes</p> <p><u>Kritisch:</u> -Einfluss bei der Arbeit -Weniger Entwicklungsmöglichkeiten -Führungsqualität -Mobbing</p>

Bitte beachten Sie weiterhin, dass ich möglichst genau an den einzelnen Schritten interessiert bin.

Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check- Wurde das erwähnt? (Nachfragen)	Konkrete Fragen (Inhaltliche Aspekte)	Hilfs- und Nachfassfragen
<p><u>II Planungsphase/ Vorbereitung</u> -Nachdem Sie sich mit dem Ergebnisbericht auseinander gesetzt haben, wie haben Sie weitergearbeitet?</p>	<p>-Wurden Maßnahmen geplant? Was?, warum nicht?</p> <p>-Welche/r Aspekt/e wurde/n aus dem EB herausgearbeitet und behandelt?</p> <p>-Wie wurde priorisiert, welcher Aspekt in Angriff genommen wird? [Mit welcher Begründung fiel die Entscheidung auf dieses Thema?]</p> <p>-Wer hat es entschieden? <small>[das dieser Aspekt behandelt wird? (Steuerkreis oder auch außerhalb?)]</small></p> <p>-Wie wurde die Maßnahme ermittelt? <small>[welche Maßnahme für welches Problem?, Gab es mehrere M. zur Auswahl?]</small></p> <p>-Welches Ziel verfolgt Maßnahme?</p>	<p>-Was war förderlich bei der M.-Planung</p> <p>-Was war hinderlich bei der M.-Planung?</p> <p>-In welchem Betriebsbereich wurde die M. durchgeführt? (z.B. ganzer Betrieb, Station XY, nur Pflegekräfte...)</p> <p>-Haben Sie ein BGM?</p> <p>-Ist ein QM vorhanden? Gibt es Ablaufprozesse für eine Maßnahmenentwicklung?</p> <p>-Was ist mit den anderen Aspekten die kritisch ausgefallen sind? <small>[ggf. Maßnahmen auflisten]</small> Sind weitere Maßnahmen geplant?</p>	<p><u>Gedankenstütze:</u> <i>Erinnern Sie sich daran, eine Maßnahme <u>nach der Befragung</u> entworfen zu haben?</i></p> <p>-Wurden weitere Aspekte herausgearbeitet?</p> <p>-</p>

Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check- Wurde das erwähnt? (Nachfragen)	Konkrete Fragen (Inhaltliche Aspekte)	Hilfs- und Nachfassfragen
<p>III Maßnahmen</p> <p>-Wie ging es weiter nach der Planung? Wurden die von Ihnen genannten Maßnahmen zur Verbesserung der Situation umgesetzt?</p>	<p>-Welche Maßnahme wurde umgesetzt?</p> <p>-Wie sind Sie bei der Umsetzung vorgegangen?</p>	<p>-fördernde Faktoren für Einführung von Maßnahme?</p> <p>-Hindernisse? [Faktoren, die die Einführung der Maßnahme erschweren?]</p> <p>-Wann wurde die Maßnahme eingeführt? [nur Maßnahme nach COPSOQ Befragung gemeint]</p>	

Super, wir haben es schon fast geschafft, nun würde ich noch gerne etwas über die Situation nach der Einführung erfahren

Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check- Wurde das erwähnt? (Nachfragen)	Konkrete Fragen (Inhaltliche Aspekte)	Hilfs- und Nachfassfragen
<p><u>IV Evaluation</u> -Wie sah bzw. wie soll die Erfolgskontrolle der Maßnahme aussehen?</p>	<p>-erneute Befragung (geplant?) [Erneute Befragung mit dem gleichen Instrument (COPSOQ)?] -Aufwand – Nutzen Relation? [Wie schätzen Sie den Aufwand der Maßnahme in Bezug zum Nutzen ein?]</p>	<p>-Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit der Maßnahme gemacht? (positive/ negative?) -Hat sich aus Ihrer Sicht die damalige Studienteilnahme gelohnt? Zum Schluss: [Da bereits Erfahrungen bestehen] Angenommen Sie hätten die damalige Befragung noch nicht mitgemacht, was würden Sie sich mit heutiger Erfahrung bei einer erneuten Befragung wünschen[zeigt Schwächen und Stärken der Befragung auf]</p>	<p>-Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit der BGW? Hinweis: -Wussten Sie, dass Sie die Ergebnisse als erste Bausteine für eine Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung nutzen können?</p>
<p><u>V Sonstiges</u></p>		<p>-Haben Sie eine besondere Empfehlung für andere Einrichtungen, die diese oder vergleichbare M. durchführen wollen? -Teilnahmemotivation an diesem Interview?</p>	<p>-Gibt es noch Anmerkungen zum Interview? [Tipps für mich und zur Befragung]</p>

Damit sind wir schon mit dem Interview fertig und ich möchte mich ganz herzlich für Ihre Teilnahme bedanken. Ich wünsche Ihnen noch einen schönen Tag /Abend. Wenn Sie Rückfragen haben, können Sie sich selbstverständlich jederzeit an uns wenden.

Ende des Interviews! _____ **Uhr (Stunde, Minute)**

A2: Ursprünglicher Interviewleitfaden ohne Maßnahmen

Betriebscode:_____

Datum:_____

Beginn des Interviews! _____ Uhr (Stunde, Minute)

Tonbandaufnahme ja nein
Informierte Einwilligung ja nein

Datenschutz:

- **Freiwillige** Teilnahme
- Daten entsprechend des Datenschutzes **vertraulich** behandelt und **anonym ausgewertet** werden
- Die **Ergebnisse** der Befragung werden für **wissenschaftliche Zwecke** verwendet und **ggf. veröffentlicht**
- Es können aber unter keinen Umständen **Rückschlüsse auf ihre Einrichtung oder Ihre Person** gezogen werden
- **keine richtigen oder falschen Antworten** und es können der Einrichtung **keine Nachteile** aus der Befragung entstehen
- **Verständnisfragen** können jederzeit gestellt werden
- Gespräch auf **Tonband** aufzeichnen, damit ich mich besser auf das Gespräch konzentrieren kann.
- Die **Aufnahmen** werden **nach der Auswertung gelöscht, nicht an Dritte weitergegeben und nicht veröffentlicht.**
- Sind sie mit der Verwendung der Tonbandaufnahme **einverstanden?**

Wir beginnen jetzt mit dem Interview. Es handelt sich um offene Fragen, was bedeutet, dass Sie bitte frei ohne Antwortvorgaben antworten. Das Gespräch dauert ungefähr 40 Minuten und beinhaltet insgesamt 4 Themenblöcke (*Ablaufschema hinlegen für Proband*). Haben Sie alles verstanden und stimmen dem Interview zu?

1. Aus welcher Motivation heraus haben Sie an der damaligen Befragung teilgenommen/ warum? [In welchem Stadium befand sich Ihre Einrichtung? Haben Sie bereits Handlungsbedarf gesehen oder dachten Sie alles lief gut?]
2. Wie empfanden Sie es die Ergebnisse der Fremdbefragung anzunehmen und zum Thema der eigenen Sache zu machen?

HINWEIS: Ich möchte mit Ihnen als erstes (nur) über den Ergebnisbericht sprechen, welchen Sie von uns nach der Befragung erhalten haben. Für das nachfolgende Interview ist es wichtig, dass wir möglichst genau nachvollziehen können wie Sie in ihrer Einrichtung vorgegangen sind. Daher möchte ich Sie bitten, auch kleine Schritte zu erwähnen, die Sie vorgenommen haben.

Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check- Wurde das erwähnt? (Nachfragen)	Konkrete Fragen (Inhaltliche Aspekte)	Hilfs- und Nachfassfragen
<p>I Ergebnisbericht Nachdem Sie/Ihre Einrichtung den Ergebnisbericht (EB) erhalten haben, wie sind Sie mit ihm umgegangen und wie haben Sie mit ihm gearbeitet?</p>	<p>-war der EB verständlich?</p> <p>-Wie beurteilen Sie den EB? [vlt. Skala von 1-10] Was war gut und hilfreich/was kritisch oder unverständlich? Was hätten Sie noch gebraucht oder sich gewünscht?</p> <p>-Wer hat den Ergebnisbericht gelesen?</p> <p>-Gab es einen Steuerkreis?</p> <p>Wenn ja, welche betrieblichen Akteure waren daran beteiligt?</p> <p>-Rückmeldung an die Mitarbeiter? Wenn ja, in welcher Form, wenn nein, warum nicht?</p>	<p>-Wurden die Ergebnisse in Ihrer Einrichtung diskutiert? (mit wem?) [wurde darüber gesprochen, woran es liegen kann?]</p> <p>-Nachvollziehbare Ergebnisse?</p> <p>-Was meinen Sie warum einige Ergebnisse aus der Befragung positiv und einige Ergebnisse kritisch ausgefallen sind, woran kann das liegen? [mit positiv anfangen](hier Ergebnisse bereit haben)</p> <p>[Generell sind in den D.-E. insgesamt bestimmte Aspekte besonders aufgefallen]</p> <p>-Was meinen Sie, warum gerade diese Aspekte in den Dialyse-Einrichtungen (im Vergleich zu den Vergleichsgruppen) auffallen? (Vergleichsgruppen bereit haben)</p>	<p>-Waren die Ergebnisse eine Überraschung oder haben sie bereits Vermutetes bestätigt?</p> <p><u>Hinweis:</u> <u>Pos.:</u> -Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz -geringere Unsicherheit des Arbeitsplatzes</p> <p><u>Kritisch:</u> -Einfluss bei der Arbeit -Weniger Entwicklungsmöglichkeiten -Führungsqualität -Mobbing</p>

Bitte beachten Sie weiterhin, dass ich möglichst genau an den einzelnen Schritten interessiert bin.

Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check- Wurde das erwähnt? (Nachfragen)	Konkrete Fragen (Inhaltliche Aspekte)	Hilfs- und Nachfassfragen
<p><u>II Planungsphase/ Vorbereitung</u> -Nachdem Sie sich mit dem Ergebnisbericht auseinander gesetzt haben, wie haben Sie weitergearbeitet?</p>	<p>-Wurden Maßnahmen geplant? Was?, warum nicht?</p>	<p>-Was war hinderlich bei der M.-Planung?</p> <p>-Wenn noch keine Maßnahmen geplant sind, welche werden sich warum „gewünscht“?</p> <p>Haben Sie ein BGM?</p> <p>-Ist ein QM vorhanden? Gibt es Ablaufprozesse für eine Maßnahmenentwicklung?</p>	

Super, wir haben es schon fast geschafft, nun würde ich noch gerne etwas über die Situation nach der Einführung erfahren

Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check- Wurde das erwähnt? (Nachfragen)	Konkrete Fragen (Inhaltliche Aspekte)	Hilfs- und Nachfassfragen
<u>IV Schluss</u>	<p>-erneute Befragung (geplant?) [Erneute Befragung mit dem gleichen Instrument (COPSOQ)?]</p>	<p>-Hat sich aus Ihrer Sicht die damalige Studienteilnahme gelohnt?</p> <p>Zum Schluss: [Da bereits Erfahrungen bestehen] Angenommen Sie hätten die damalige Befragung noch nicht mitgemacht, was würden Sie sich mit heutiger Erfahrung bei einer erneuten Befragung wünschen[zeigt Schwächen und Stärken der Befragung auf]</p>	<p>-Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit der BGW?</p> <p>Hinweis: -Wussten Sie, dass Sie die <i>Ergebnisse als erste Bausteine für eine Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung nutzen können?</i></p>
<u>V Sonstiges</u>		<p>-Haben Sie eine besondere Empfehlung für andere Einrichtungen, aufgrund Ihrer Erfahrung mit der Vorgehensweise nach der COPSOQ- Befragung?</p> <p>-Teilnahmemotivation an diesem Interview?</p>	<p>-Gibt es noch Anmerkungen zum Interview? [Tipps für mich und zur Befragung]</p>

Damit sind wir schon mit dem Interview fertig und ich möchte mich ganz herzlich für Ihre Teilnahme bedanken. Ich wünsche Ihnen noch einen schönen Tag /Abend. Wenn Sie Rückfragen haben, können Sie sich selbstverständlich jederzeit an uns wenden.

Ende des Interviews! _____ **Uhr (Stunde, Minute)**

A3: Modifizierter Interviewleitfaden mit Maßnahmen

(Änderungen gelb hinterlegt)

Betriebscode: _____

Datum: _____

Beginn des Interviews! _____ Uhr (Stunde, Minute)

Tonbandaufnahme ja nein
Informierte Einwilligung ja nein

Datenschutz:

- **Freiwillige** Teilnahme
- Daten entsprechend des Datenschutzes **vertraulich** behandelt und **anonym ausgewertet** werden
- Die **Ergebnisse** der Befragung werden für **wissenschaftliche Zwecke** verwendet und **ggf. veröffentlicht**
- Es können aber unter keinen Umständen **Rückschlüsse auf ihre Einrichtung oder Ihre Person** gezogen werden
- **keine richtigen oder falschen Antworten** und es können der Einrichtung **keine Nachteile** aus der Befragung entstehen
- **Verständnisfragen** können jederzeit gestellt werden
- Gespräch auf **Tonband** aufzeichnen, damit ich mich besser auf das Gespräch konzentrieren kann.
- Die **Aufnahmen** werden **nach der Auswertung gelöscht, nicht an Dritte weitergegeben und nicht veröffentlicht.**
- Sind sie mit der Verwendung der Tonbandaufnahme **einverstanden?**

Wir beginnen jetzt mit dem Interview. Es handelt sich um offene Fragen, was bedeutet, dass Sie bitte frei ohne Antwortvorgaben antworten. Das Gespräch dauert ungefähr **60 Minuten** und beinhaltet insgesamt 4 Themenblöcke. Haben Sie alles verstanden und stimmen dem Interview zu?

1. Aus welcher Motivation heraus haben Sie an der damaligen Befragung teilgenommen/ warum? [In welchem Stadium befand sich Ihre Einrichtung? Haben Sie bereits Handlungsbedarf gesehen oder dachten Sie alles lief gut?]
2. Wie empfanden Sie es, dass die BGW bzw. ein externes Institut diese Befragung initiiert hat? Konnten Sie die Ergebnisse annehmen und zum Thema der eigenen Sache machen?

HINWEIS: Ich möchte mit Ihnen als erstes (nur) über den Ergebnisbericht sprechen, welchen Sie von uns nach der Befragung erhalten haben. Für das nachfolgende Interview ist es wichtig, dass wir möglichst genau nachvollziehen können wie Sie in ihrer Einrichtung vorgegangen sind. Daher möchte ich Sie bitten, auch kleine Schritte zu erwähnen, die Sie vorgenommen haben.

Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check- Wurde das erwähnt? (Nachfragen)	Konkrete Fragen (Inhaltliche Aspekte)	Hilfs- und Nachfassfragen
<p>I Ergebnisbericht Nachdem Sie/Ihre Einrichtung den Ergebnisbericht (EB) erhalten haben, wie sind Sie mit ihm umgegangen und wie haben Sie mit ihm gearbeitet?</p>	<p>-verständlich?</p> <p>-Wie beurteilen Sie den EB? [vlt. Skala von 1-10] Was war gut und hilfreich/was kritisch oder unverständlich? Was hätten Sie noch gebraucht oder sich gewünscht?</p> <p>-Wer hat den Ergebnisbericht gelesen?</p> <p>-Gab es einen Steuerkreis? Wenn nein, Alternativen?</p> <p>Wenn ja, welche betrieblichen Akteure waren daran beteiligt?</p> <p>-Rückmeldung an die Mitarbeiter? Wenn ja, in welcher Form, wenn nein, warum nicht?</p>	<p>-Wurden die Ergebnisse in Ihrer Einrichtung diskutiert? (mit wem?) [wurde darüber gesprochen, woran es liegen kann?]</p> <p>-Nachvollziehbare Ergebnisse?</p> <p>-Was meinen Sie warum einige Ergebnisse aus der Befragung positiv und einige Ergebnisse kritisch ausgefallen sind, woran kann das liegen? [mit positiv anfangen](hier 1-2 auffällige Aspekte aufzeigen)</p> <p>[Generell sind in den D.-E. insgesamt bestimmte Aspekte besonders aufgefallen] -Was meinen Sie, warum gerade diese Aspekte in den Dialyse-Einrichtungen (im Vergleich zu den Vergleichsgruppen) auffallen? (Vergleichsgruppen bereit haben)</p>	<p>-Waren die Ergebnisse eine Überraschung oder haben sie bereits Vermutetes bestätigt</p> <p><u>Hinweis:</u></p> <p><u>Pos.:</u> -Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz</p> <p><u>Kritisch:</u> -Einfluss bei der Arbeit -Weniger Entwicklungsmöglichkeiten</p>

Bitte beachten Sie weiterhin, dass ich möglichst genau an den einzelnen Schritten interessiert bin. **Ich möchte gerne erfahren, welche Ideen Sie hatten und wie Sie dabei vorgegangen sind.**

Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check- Wurde das erwähnt? (Nachfragen)	Konkrete Fragen (Inhaltliche Aspekte)	Hilfs- und Nachfassfragen
<p><u>II Planungsphase/ Vorbereitung</u> -Nachdem Sie sich mit dem Ergebnisbericht auseinander gesetzt haben, wie haben Sie weitergearbeitet?</p>	<p>-Wurden Maßnahmen geplant? Was?, warum nicht?</p> <p>-Welche/r Aspekt/e wurde/n aus dem EB herausgearbeitet und behandelt? -Warum?</p> <p>-Wie wurde priorisiert, welcher Aspekt in Angriff genommen wird? [Mit welcher Begründung fiel die Entscheidung auf dieses Thema?]</p> <p>-Wer hat es entschieden? [das dieser Aspekt behandelt wird? (Steuerkreis oder auch außerhalb?)]</p> <p>-Wie wurde die Maßnahme ermittelt? [welche Maßnahme für welches Problem?, Gab es mehrere M. zur Auswahl?]</p> <p>-Welches Ziel verfolgt Maßnahme?</p>	<p>-In welchem Betriebsbereich wurde die M. durchgeführt? (z.B. ganzer Betrieb, Station XY, nur Pflegekräfte...)</p> <p>-Haben Sie ein BGM? Wenn nein, Alternative Strukturen?</p> <p>-Ist ein QM vorhanden?</p> <p>-Was ist mit den anderen Aspekten die kritisch ausgefallen sind? [ggf. Maßnahmen auflisten] Sind weitere Maßnahmen geplant?</p>	<p><u>Gedankenstütze:</u> <i>Erinnern Sie sich daran, eine Maßnahme nach der Befragung entworfen zu haben?</i></p> <p>-Wurden weitere Aspekte herausgearbeitet?</p>

Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check- Wurde das erwähnt? (Nachfragen)	Konkrete Fragen (Inhaltliche Aspekte)	Hilfs- und Nachfassfragen
<p>III Maßnahmen</p> <p>-Wie ging es weiter nach der Planung? Wurden die von Ihnen genannten Maßnahmen zur Verbesserung der Situation umgesetzt?</p>	<p>-Welche Maßnahme wurde umgesetzt?</p> <p>-Wie sind Sie bei der Umsetzung vorgegangen?</p> <p>-fördernde Faktoren für die Maßnahmenplanung und -einführung</p> <p>-Hindernisse? [Faktoren, die die Planung und Einführung der Maßnahme erschweren?]</p>	<p>-Wann wurde die Maßnahme eingeführt? [nur Maßnahme nach COPSOQ Befr. gemeint, soll Vorbereitung auf Evaluationsfrage sein]</p> <p>-Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit der Maßnahme gemacht? (positive/ negative?)</p>	

Super, wir haben es schon fast geschafft, nun würde ich noch gerne etwas über die Situation nach der Einführung erfahren

Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check- Wurde das erwähnt? (Nachfragen)	Konkrete Fragen (Inhaltliche Aspekte)	Hilfs- und Nachfassfragen
<p><u>IV Evaluation</u> -Wie sah bzw. wie soll die Erfolgskontrolle der Maßnahme aussehen?</p>	<p>-Aufwand – Nutzen Relation? [Wie schätzen Sie den Aufwand der Maßnahme in Bezug zum Nutzen ein?]</p> <p>-erneute Befragung (geplant?) [Erneute Befragung mit dem gleichen Instrument (COPSOQ)?]</p>	<p>-Hat sich aus Ihrer Sicht die damalige Studienteilnahme gelohnt? [vllt. gut für Selbstdarstellung z.B. auf Homepage Befragung angeben]</p> <p>Zum Schluss: [Da bereits Erfahrungen bestehen] Angenommen Sie hätten die damalige Befragung noch nicht mitgemacht, was würden Sie sich mit heutiger Erfahrung bei einer erneuten Befragung wünschen[zeigt Schwächen und Stärken der Befragung auf]</p>	<p>-Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit der BGW?</p> <p>Hinweis: -Wussten Sie, dass Sie die <i>Ergebnisse als erste Bausteine für eine Gefährdungsbeurteilung psych. Bel. nutzen können?</i></p>
<p><u>VI Sonstiges</u></p>		<p>-Haben Sie eine besondere Empfehlung für andere Einrichtungen, die diese oder vergleichbare M. durchführen wollen?</p> <p>-Teilnahmemotivation an meinem Interview?</p>	<p>-Gibt es noch Anmerkungen zum Interview? [Tipps für mich und zur Befragung]</p>

Damit sind wir schon mit dem Interview fertig und ich möchte mich ganz herzlich für Ihre Teilnahme bedanken. Ich wünsche Ihnen noch einen schönen Tag /Abend. Wenn Sie Rückfragen haben, können Sie sich selbstverständlich jederzeit an uns wenden.

Ende des Interviews! _____ **Uhr (Stunde, Minute)**

A4: Modifizierter Interviewleitfaden ohne Maßnahmen

(Änderungen gelb hinterlegt)

Betriebscode: _____

Datum: _____

Beginn des Interviews! _____ Uhr (Stunde, Minute)

Tonbandaufnahme ja nein
Informierte Einwilligung ja nein

Datenschutz:

- **Freiwillige** Teilnahme
- Daten entsprechend des Datenschutzes **vertraulich** behandelt und **anonym ausgewertet** werden
- Die **Ergebnisse** der Befragung werden für **wissenschaftliche Zwecke** verwendet und **ggf. veröffentlicht**
- Es können aber unter keinen Umständen **Rückschlüsse auf ihre Einrichtung oder Ihre Person** gezogen werden
- **keine richtigen oder falschen Antworten** und es können der Einrichtung **keine Nachteile** aus der Befragung entstehen
- **Verständnisfragen** können jederzeit gestellt werden
- Gespräch auf **Tonband** aufzeichnen, damit ich mich besser auf das Gespräch konzentrieren kann.
- Die **Aufnahmen** werden **nach der Auswertung gelöscht, nicht an Dritte weitergegeben und nicht veröffentlicht.**
- Sind sie mit der Verwendung der Tonbandaufnahme **einverstanden?**

Wir beginnen jetzt mit dem Interview. Es handelt sich um offene Fragen, was bedeutet, dass Sie bitte frei ohne Antwortvorgaben antworten. Das Gespräch dauert ungefähr **60 Minuten** und beinhaltet insgesamt 4 Themenblöcke. Haben Sie alles verstanden und stimmen dem Interview zu?

1. Aus welcher Motivation heraus haben Sie an der damaligen Befragung teilgenommen/ warum? [In welchem Stadium befand sich Ihre Einrichtung? Haben Sie bereits Handlungsbedarf gesehen oder dachten Sie alles lief gut?]
2. Wie empfanden Sie es, dass die BGW bzw. ein externes Institut diese Befragung initiiert hat? Konnten Sie die Ergebnisse annehmen und zum Thema der eigenen Sache machen?

HINWEIS: Ich möchte mit Ihnen als erstes (nur) über den Ergebnisbericht sprechen, welchen Sie von uns nach der Befragung erhalten haben. Für das nachfolgende Interview ist es wichtig, dass wir möglichst genau nachvollziehen können wie Sie in ihrer Einrichtung vorgegangen sind. Daher möchte ich Sie bitten, auch kleine Schritte zu erwähnen, die Sie vorgenommen haben.

Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check- Wurde das erwähnt? (Nachfragen)	Konkrete Fragen (Inhaltliche Aspekte)	Hilfs- und Nachfassfragen
I Ergebnisbericht Nachdem Sie/Ihre Einrichtung den Ergebnisbericht (EB) erhalten haben, wie sind Sie mit ihm umgegangen und wie haben Sie mit ihm gearbeitet ?	-verständlich? -Wie beurteilen Sie den EB? [vlt. Skala von 1-10] Was war gut und hilfreich/was kritisch oder unverständlich? Was hätten Sie noch gebraucht oder sich gewünscht? -Wer hat den Ergebnisbericht gelesen ? -Gab es einen Steuerkreis ? Wenn nein, Alternativen? Wenn ja, welche betrieblichen Akteure waren daran beteiligt? -Rückmeldung an die Mitarbeiter? Wenn ja, in welcher Form, wenn nein, warum nicht?	-Wurden die Ergebnisse in Ihrer Einrichtung diskutiert ? (mit wem?) [wurde darüber gesprochen, woran es liegen kann?] -Nachvollziehbare Ergebnisse? -Was meinen Sie warum einige Ergebnisse aus der Befragung positiv und einige Ergebnisse kritisch ausgefallen sind, woran kann das liegen? [mit positiv anfangen][hier 1-2 auffällige Aspekte aufzeigen] [Generell sind in den D.-E. insgesamt bestimmte Aspekte besonders aufgefallen] -Was meinen Sie, warum gerade diese Aspekte in den Dialyse-Einrichtungen (im Vergleich zu den Vergleichsgruppen) auffallen? (Vergleichsgruppen bereit haben)	-Waren die Ergebnisse eine Überraschung oder haben sie bereits Vermutetes bestätigt? <u>Hinweis:</u> <u>Pos.:</u> -Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz <u>Kritisch:</u> -Einfluss bei der Arbeit -Weniger Entwicklungsmöglichkeiten

Bitte beachten Sie weiterhin, dass ich möglichst genau an den einzelnen Schritten interessiert bin. Ich möchte gerne erfahren, welche Ideen Sie alles hatten und wie Sie dabei vorgegangen sind.

Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check- Wurde das erwähnt? (Nachfragen)	Konkrete Fragen (Inhaltliche Aspekte)	Hilfs- und Nachfassfragen
<p><u>II Planungsphase/ Vorbereitung</u> -Nachdem Sie sich mit dem Ergebnisbericht auseinander gesetzt haben, wie haben Sie weitergearbeitet?</p>	<p>-Wurden Maßnahmen geplant? Was?, warum nicht?</p> <p>-Was war hinderlich bei der M.-Planung?</p>	<p>Wenn noch keine Maßnahmen geplant sind, welche werden sich warum „gewünscht“?</p> <p>-Haben Sie ein BGM? Wenn nein, Alternative Strukturen?</p> <p>-Ist ein QM vorhanden?</p>	<p><u>Gedankenstütze:</u> <i>Erinnern Sie sich daran, eine Maßnahme nach der Befragung entworfen zu haben?</i></p>

Super, wir haben es schon fast geschafft, nun würde ich noch gerne etwas über die Situation nach der Einführung erfahren

Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check- Wurde das erwähnt? (Nachfragen)	Konkrete Fragen (Inhaltliche Aspekte)	Hilfs- und Nachfassfragen
<u>IV Schluss</u>	<p>-erneute Befragung (geplant?) [Erneute Befragung mit dem gleichen Instrument (COPSOQ)?]</p>	<p>-Hat sich aus Ihrer Sicht die damalige Studienteilnahme gelohnt? [vllt. gut für Selbstdarstellung z.B. auf Homepage Befragung angeben]</p> <p>Zum Schluss: [Da bereits Erfahrungen bestehen] Angenommen Sie hätten die damalige Befragung noch nicht mitgemacht, was würden Sie sich mit heutiger Erfahrung bei einer erneuten Befragung wünschen[zeigt Schwächen und Stärken der Befragung auf]</p>	<p>-Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit der BGW?</p> <p>Hinweis: -Wussten Sie, dass Sie die <i>Ergebnisse als erste Bausteine für eine Gefährdungsbeurteilung psych. Bel. nutzen können?</i></p>
<u>VI Sonstiges</u>		<p>-Haben Sie eine besondere Empfehlung für andere Einrichtungen, aufgrund Ihrer Erfahrung mit der Vorgehensweise nach dem Erhalt des EB nach der COPSOQ- Befragung?</p> <p>-Teilnahmemotivation an meinem Interview?</p>	<p>-Gibt es noch Anmerkungen zum Interview? [Tipps für mich und zur Befragung]</p>

Damit sind wir schon mit dem Interview fertig und ich möchte mich ganz herzlich für Ihre Teilnahme bedanken. Ich wünsche Ihnen noch einen schönen Tag /Abend. Wenn Sie Rückfragen haben, können Sie sich selbstverständlich jederzeit an uns wenden.

Ende des Interviews! _____ **Uhr (Stunde, Minute)**

Anhang B: Abstraktionsniveau und Selektionskriterien

Hinweis: Es sollen jeweils allgemeine sowie fallspezifische Aussagen herausgearbeitet werden

Selektionskriterium und Abstraktionsniveau 1

1. Aus welcher Motivation heraus haben die Einrichtungen an der damaligen Befragung teilgenommen?

Hier soll in Erfahrung gebracht werden, in welchem Stadium sich die Einrichtung zum Befragungszeitpunkt befanden. Selektiert werden sollen Argumente, die Aussagen darüber liefern, ob die Einrichtungen bereits Handlungsbedarf gesehen haben oder nicht.

Selektionskriterium und Abstraktionsniveau 2

2. Wie wurde es von den Einrichtungen empfunden, die Ergebnisse der Fremdbefragung anzunehmen und zum Thema der eigenen Sache zu machen?

Es soll ein Abbild darüber entstehen, ob die Einrichtungen Probleme bzw. Vorteile dabei gesehen haben, dass die Ergebnisse „fremdproduziert“ (von der BGW) wurden. Alle Aussagen, die dafür und dagegen sprechen mit den fertigen Ergebnissen zu arbeiten, sollen selektiert werden.

Selektionskriterium und Abstraktionsniveau 3

3. Wie sind die Einrichtungen mit dem Ergebnisbericht (EB) umgegangen, nach dem sie ihn erhalten haben?

Da der Ergebnisbericht die Grundlage für weitere Vorgehensweisen bildet, soll ein allgemeines und fallspezifisches Bild darüber entstehen, wie die Einrichtungen mit dem Ergebnisbericht gearbeitet haben. Hier soll die sukzessive Vorgehensweise mit dem Umgang des EB erfasst werden. Informationen u.a. über folgende Aussagen werden selektiert: War der EB verständlich? (incl. was war besonders hilfreich/kritisch); Beurteilung des EB; Umgang mit dem EB; wer hat den EB gelesen; Steuerkreis (incl. betriebliche Akteure, Alternativen zum Steuerkreis); Aussagen zur MA- Rückmeldung (incl. der Form der Rückmeldung); Diskussion der Ergebnisse (incl. mit wem wurde diskutiert?) und waren die Ergebnisse nachvollziehbar?

Selektionskriterium und Abstraktionsniveau 4

4. Was glauben die Einrichtungen, warum die jeweiligen Aspekte ihrer Ergebnisse aus der Mitarbeiterbefragung positiv ausgefallen sind.

Hier soll ein allgemeines sowie fallspezifisches Bild darüber entstehen, ob die Einrichtungen sich unter den Ergebnissen etwas vorstellen können und ggf. sogar eine Begründung für das jeweilige Ergebnis haben. Es sollen Erkenntnisse darüber gewonnen und extrahiert werden, welche Begründungen für das jeweilige positive Ergebnis sprechen können.

Selektionskriterium und Abstraktionsniveau 5

5. Was glauben die Einrichtungen, warum die jeweiligen Aspekte ihrer Ergebnisse aus der Mitarbeiterbefragung kritisch ausgefallen sind.

Hier soll ein allgemeines sowie fallspezifisches Bild darüber entstehen, ob die Einrichtungen sich unter den Ergebnissen etwas vorstellen können und ggf. sogar eine Begründung für das jeweilige Ergebnis haben. Es sollen Erkenntnisse darüber gewonnen und extrahiert werden, welche Begründungen für das jeweilige kritische Ergebnis sprechen können.

Selektionskriterium und Abstraktionsniveau 6

6. Was glauben die Einrichtungen, warum die sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz und die geringere Unsicherheit des Arbeitsplatzes bei der Mitarbeiterbefragung in Dialyse-Einrichtungen generell positiv ausgefallen sind.

Es soll dabei ein allgemeines Meinungsbild erfasst werden, was die Einrichtungen meinen, warum gerade die genannten Punkte in der Dialyse-Einrichtung eher positiv ausfallen. Hier sollen Argumente extrahiert werden, die die Ursache bzw. Begründung dafür liefern, warum die jeweiligen Aspekte in der Dialyse-Einrichtung positiv auffallen.

Selektionskriterium und Abstraktionsniveau 7

7. Was glauben die Einrichtungen, warum Einfluss bei der Arbeit, weniger Entwicklungsmöglichkeiten, Führungsqualität und Mobbing bei der Mitarbeiterbefragung in der Dialyse-Einrichtung generell kritisch ausgefallen sind.

Es soll dabei ein allgemeines Meinungsbild erfasst werden, was die Einrichtungen meinen, warum gerade die genannten Punkte in der Dialyse-Einrichtung eher kritisch

ausfallen. Hier sollen Argumente extrahiert werden, die die Ursache bzw. Begründung dafür liefern, warum die jeweiligen Aspekte in der Dialyse-Einrichtung kritisch auffallen.

Selektionskriterium und Abstraktionsniveau 8

8. Wie war die Vorgehensweise der Maßnahmenplanung in den Einrichtungen?

Es sollen allgemein und fallspezifisch die sukzessiven Vorgehensweisen bezüglich der Maßnahmenplanung erfasst werden. Hier sind eingeschlossen die Person/en die an der Ideenfindung beteiligt waren, sowie der Prozess der Entscheidung bis hin zur fertigen Planung. (Konkreter: wie wurden die Maßnahmen ermittelt, welcher Aspekt wurde herausgearbeitet + warum dieser und kein anderer?; wer trifft die Entscheidungen). Zudem sollen nur Maßnahmen herausgearbeitet werden, die aufgrund des Resultates des EB eingeordnet wurden.

Selektionskriterium und Abstraktionsniveau 9

9. Sind weitere Maßnahmen in den Einrichtungen geplant, da noch andere Aspekte kritisch auffallen?

Es soll dargestellt werden ob die Einrichtungen versuchen, alle kritischen Aspekte abzudecken bzw. zu bedenken. Aussagen, die belegen, dass weitere Maßnahmen folgen, sowie Belege die aussagen, dass keine weiteren Maßnahmen folgen, sollen den Transkriptionen entnommen werden. Aussagen, die die jeweilige Antwort begründen, werden hier ebenfalls extrahiert.

Selektionskriterium und Abstraktionsniveau 10

10. Welche Faktoren waren besonders förderlich bei der Maßnahmenplanung?

Dabei sollten die geäußerten förderlichen Faktoren der Einrichtungen zur Maßnahmenplanung erfasst werden. Es sollen alle genannten Faktoren die bei der Maßnahmenplanung geholfen haben erfasst werden.

Selektionskriterium und Abstraktionsniveau 11

11. Welche Faktoren waren besonders hinderlich bei der Maßnahmenplanung?

Dabei sollten die geäußerten Faktoren der Einrichtungen erfasst werden, die hinderlich bei der Maßnahmenplanung waren.

Selektionskriterium und Abstraktionsniveau 12

12. Verfügen die Einrichtungen über ein BGM, QM oder Gefährdungsbeurteilung?

Es soll erfasst werden, ob die Einrichtungen über Strukturen verfügen, die die Mitarbeitergesundheit organisieren. Hier kann auch ergänzend zu dem BGM bzw. zum QM erfasst werden, wie die betrieblichen Alternativen dafür aussehen bzw. welche Strukturen stattdessen vorhanden sind. Zudem, wenn Ablaufprozesse für eine Maßnahmenentwicklung vorhanden sind, werden diese Aussagen ebenfalls extrahiert. Angaben zur Gefährdungsbeurteilung zur psychischen Belastung werden an dieser Stelle ebenfalls herausgezogen.

Selektionskriterium und Abstraktionsniveau 13

13. Welcher Rahmen wird durch die Maßnahmenumsetzung definiert? Welche Ziele sollen/wurden konkret für die Maßnahmen formuliert und in welchen Betriebsbereich greifen diese Maßnahmen?

Hier soll aus dem Material extrahiert werden, was die Einrichtungen angegeben haben, welche Ziele sie konkret durch die Maßnahmen verfolgen. Auch soll herausgearbeitet werden in welchem Betriebsbereich die Maßnahmen greifen/greifen sollen. Auch Aussagen zu dem Zeitpunkt der Maßnahmenumsetzung werden herausgefiltert.

Selektionskriterium und Abstraktionsniveau 14

14. Welche Faktoren waren besonders förderlich bei der Maßnahmenumsetzung?

Dabei sollten die geäußerten förderlichen Faktoren der Einrichtungen zur Einführung der Maßnahmen erfasst werden. Es sollen alle genannten Faktoren die bei der Maßnahmenumsetzung geholfen haben erfasst werden.

Selektionskriterium und Abstraktionsniveau 15

15. Welche Faktoren waren besonders hinderlich bei der Maßnahmenumsetzung?

Dabei sollten die geäußerten hinderlichen Faktoren der Einrichtungen bei der Einführung der Maßnahmen erfasst werden.

Selektionskriterium und Abstraktionsniveau 16

16. Wie sah oder wie sieht die Evaluation der Maßnahmen aus?

Es sollten praxistaugliche Vorstellungen und Ideen extrahiert werden, wie die Wirksamkeit bzw. Nachhaltigkeit der Maßnahmen gewährleistet werden können/könnten. Auch Angaben dazu, ob eine erneute Befragung mit dem COPSOQ bzw. mit einem anderen Instrument zur Erfolgskontrolle geplant/gewünscht ist werden selektiert.

Selektionskriterium und Abstraktionsniveau 17

17. Wie wird der Aufwand in Relation zum Nutzen der Maßnahmen eingeschätzt?

Informationen über die Aufwand-Nutzen-Relation der Maßnahmen sollen erfasst werden.

Selektionskriterium und Abstraktionsniveau 18

18. Wie sind die bisherigen Erfahrungen mit den Maßnahmen?

Hier soll erfasst werden, welche Erfahrungen die Einrichtungen bisher mit den Maßnahmen gemacht haben. Erlebnisse, positive und negative Erfahrungen sollen aus dem Material herausgearbeitet werden.

Selektionskriterium und Abstraktionsniveau 19

19. Was hätten sich die Einrichtungen aus jetziger Erfahrung gewünscht, was bei der Mitarbeiterbefragung hätte anders laufen sollen?

Hier soll erfasst werden, welche Punkte bei der nächsten Befragung verbessert werden können. Genannte Vorschläge oder Aussagen zu der Befragung werden extrahiert. Anmerkungen zur COPSOQ-Befragung in jeder Hinsicht werden aus den Transkripten herausgefiltert.

Selektionskriterium und Abstraktionsniveau 20

20. Welche Empfehlungen geben die Einrichtungen anderen Einrichtungen die ähnliche Maßnahmen umsetzen möchten?

Es sollten hier Empfehlungen herausgearbeitet werden, die eine Botschaft für andere Einrichtungen erhalten. Z.B. worauf man achten sollte, wenn sich andere Einrichtungen selber an vergleichbare Maßnahmenumsetzungen machen. Auch Tipps und eigene Erfahrungen der Einrichtungen was besonders vorteilhaft/nachteilig ist sollen selektiert werden.

Selektionskriterium und Abstraktionsniveau 21

21. Welche Informationen erhalten wir über die BGW Kooperation?

An dieser Stelle sollen Aussagen darüber gesammelt werden, ob die Einrichtungen der Meinung sind, dass sich die Studienteilnahme bei der BGW gelohnt hat. Zudem sollen Aussagen über die Zusammenarbeit mit der BGW, ob positive oder negative Bewertungen, extrahiert werden. Zudem werden auch Informationen herausgearbeitet, mit welcher Teilnahmemotivation die Einrichtungen an einer Nachbefragung (Interview) teilgenommen haben.

Anhang C: Interviewprotokolle

C1: Protokoll Interview 1

Interviewprotokollbogen

Hinweis: Bitte nach dem Interview durchführen

Einrichtungsnummer: 1

Interviewer: Lara Garbers

Datum 12.12.2012 Dauer 60 Min.

Ort/Räumlichkeit: abgetrenntes Büro

Interviewatmosphäre:

entspannt, ruhig, ungestört, offen, freundlich mit Tee und Keksen

Interaktion im Interview:

Nach dem stellen der erzählgenerierenden Leitfrage wurde bereits viel berichtet und dadurch wurden viele Aspekte von alleine angesprochen

Schwierige Passagen:

Maßnahmenumsetzung: Fragen nach hinderlichen und hilfreichen Aspekten haben sich im dritten Block wiederholt

Sonstiges:

Interviewprotokollbogen

Hinweis: Bitte nach dem Interview durchführen

Einrichtungsnummer: 2

Interviewer: Lara Garbers

Datum 12.12.2012

Dauer 69 Min.

Ort/Räumlichkeit: abgetrenntes Büro

Interviewatmosphäre:

entspannt, ruhig, offen, freundlich mit Tee, 1x Unterbrechung durch Telefon

Interaktion im Interview:

Nach dem stellen der erzählgenerierenden Leitfrage wurde bereits viel berichtet und dadurch wurden viele Aspekte von alleine angesprochen

Schwierige Passagen:

Maßnahmen; Frage zwei nach der Annahme der Fremdbefragung wurde vermutlich nicht richtig verstanden

Sonstiges:

Interviewprotokollbogen

Hinweis: Bitte nach dem Interview durchführen

Einrichtungsnummer: 3

Interviewer: Lara Garbers

Datum 12.12.2012

Dauer 69 Min.

Ort/Räumlichkeit: abgetrenntes Büro

Interviewatmosphäre:

offen, freundlich mit Tee und Keksen, mehrere Unterbrechung durch das Telefon/
Kollegen, Gespräch war von vorneherein zeitlich begrenzt, was etwas Unruhe ins
Gespräch gebracht hat

Interaktion im Interview:

Nach dem stellen der erzählgenerierenden Leitfrage wurde bereits viel berichtet und
dadurch wurden viele Aspekte von alleine angesprochen

Schwierige Passagen:

pos. und neg. Aspekte aus dem Ergebnisbericht haben viel Zeit gekostet und die
Maßnahmenableitung hatte daher zu wenig Zeit; Maßnahmenumsetzung: Fragen nach
hinderlichen und hilfreichen Aspekten haben sich im dritten Block wiederholt; Frage zwei
nach der Annahme der Fremdbefragung wurde vermutlich nicht richtig verstanden

Sonstiges:

Interviewprotokollbogen

Hinweis: Bitte nach dem Interview durchführen

Einrichtungsnummer: 4

Interviewer: Lara Garbers

Datum 12.12.2012

Dauer 57 Min.

Ort/Räumlichkeit: abgetrenntes Büro

Interviewatmosphäre:

entspannt, ruhig, ungestört, offen, freundlich mit Tee

Interaktion im Interview:

Nach dem stellen der erzählgenerierenden Leitfrage wurde bereits viel berichtet und dadurch wurden viele Aspekte von alleine angesprochen

Schwierige Passagen:

pos. und neg. Aspekte aus dem Ergebnisbericht haben viel Zeit gekostet und die Maßnahmenableitung hatte daher zu wenig Zeit. Maßnahmenumsetzung: Fragen nach hinderlichen und hilfreichen Aspekten haben sich im dritten Block wiederholt

Sonstiges:

CD-Anhang

SPSS-Prinzip der Leitfadententwicklung

Anschreiben/Infoschreiben Dialyse-Einrichtung

Probandenübersicht Themenblöcke

Dialyse- Musterergebnisbericht der COPSOQ- Befragung

Stellungnahme zum Datenschutz

Interviewprotokoll Vorlage

Transkription der Interviews 1-4

Vollständiges Kategoriensystem

Nicht nachsenden. Bei Umzug bitte mit neuer Anschrift zurück.
BGW · Hauptverwaltung · Postfach 76 02 24 · 22052 Hamburg

Anschrift

Ansprechpartner Maren Kersten
Tel.-Durchwahl 040 20 20 7-3236
E-Mail maren.kersten@bgw-online.de

TT.MM.JJJJ

„Erfassung von Vorgehensweisen zur Verbesserung der psychosozialen Arbeitssituation in Dialyse-Einrichtungen“ - eine qualitative Studie

Sehr geehrter Herr Mustermann,

im Rahmen meiner Bachelorarbeit führe ich freiwillige qualitative Interviews für eine Nachbefragung in Dialyse-Einrichtungen durch. Dabei soll erfasst werden, wie Dialyse-Einrichtungen mit dem Ergebnisbericht aus der „Mitarbeiterbefragung zu psychosozialen Belastungen in Dialyse-Einrichtungen“ weitergearbeitet haben und ob bzw. welche Maßnahmen daraus abgeleitet wurden.

Im beiliegenden Informationsschreiben erhalten Sie nähere Auskünfte zu dieser Studie.

Ich werde Sie in den kommenden Tagen telefonisch kontaktieren, um bestehende Fragen Ihrerseits zu klären und gegebenenfalls einen Gesprächstermin zu vereinbaren.

Über Ihre Teilnahme und Unterstützung würde ich mich sehr freuen!

Mit freundlichen Grüßen

Lara Garbers

**„Erfassung von Vorgehensweisen zur Verbesserung der psychosozialen Arbeitssituation in Dialyse-Einrichtungen“
- eine qualitative Studie**

Sehr geehrter _____,

im Frühjahr 2011 beteiligte sich Ihre Einrichtung an einer „Mitarbeiterbefragung zu psychosozialen Belastungen in Dialyse-Einrichtungen“. Im Anschluss an die Befragung erhielten Sie einen umfangreichen Ergebnisbericht. Nun ist bereits einige Zeit vergangen und es interessiert uns sehr, wie Ihre Einrichtung mit den Ergebnissen weitergearbeitet hat.

Wir bitten alle an der damaligen Studie beteiligten Dialyse-Einrichtungen um ihre Mitarbeit!

In den nächsten Tagen wird Sie unsere Mitarbeiterin der BGW, Frau Lara Garbers, anrufen, um gegebenenfalls einen Termin für ein persönliches Interview mit Ihnen zu vereinbaren.

Wir bitten Sie um Ihre Teilnahme, um daraus Erkenntnisse für unsere weitere Arbeit zu gewinnen und Dialyse-Einrichtungen gezielt unterstützen zu können.

Der Schwerpunkt des Interviews liegt dabei auf dem Umgang mit dem Ergebnisbericht und der Ableitung von möglichen Maßnahmen. Das Ziel ist es, die Informationen später in eine Handlungshilfe einfließen zu lassen und diese allen interessierten Dialyse-Einrichtungen zur Verfügung zu stellen.

Selbstverständlich werden Ihre Daten entsprechend der Vorgaben des Datenschutzes vertraulich behandelt und anonym ausgewertet.

Wir danken Ihnen sehr, wenn Sie sich einige Minuten Zeit für das persönliche Interview nehmen würden.

Haben Sie noch Fragen? Bitte melden Sie sich bei uns.

Maren Kersten
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Telefon: (040) 202 07-32 36
E-Mail: maren.kersten@bgw-online.de

Mitarbeiterbefragung zu psychosozialen Belastungen in Dialyse-Einrichtungen

Dialysezentrum XY

ERGEBNISBERICHT



Grundlagen der Prävention und Rehabilitation
Maren Böhmert
Pappelallee 33/35/37
22089 Hamburg



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Inhalt

1. Einleitung	S. 3-4
2. Der COPSOQ	S. 5-7
3. Ergebnisse Ihrer Betriebsstätte	S. 8-28
4. Ausblick	S. 29

Anhang:

- deskriptive Statistik
- Literaturverzeichnis

1. Einleitung

Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse der im Frühjahr 2011 durchgeführten Befragung zur psychosozialen Belastung der Beschäftigten in Dialyse-Einrichtungen vorgestellt. Diese Befragung fand im Rahmen eines Forschungsprojektes der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) statt.

Um ein Bild von den psychischen Anforderungen in der Dialysetätigkeit zu erhalten, wurden der Befragung zwei mehrtägige Hospitationen voran gestellt und eine Literaturrecherche in internationalen Zeitschriften zum Thema „psychische Belastungen und Beanspruchung von Beschäftigten in Dialyse-Einrichtungen“ durchgeführt.

Über die Situation in Dialyse-Einrichtungen entsprechend dieser Literaturübersicht wird im nächsten Abschnitt kurz berichtet:

Die Arbeitssituation im Dialyse-Sektor wird aktuell durch mehrere Entwicklungen beeinflusst: Die Anzahl der Dialysepatienten nimmt stetig zu (Frei & Schober-Halstenberg, 2008, Nakahara et al., 2004). Dieser Anstieg erklärt sich durch die steigende Lebenserwartung von Dialysepatienten (Jassal et al., 2007) und das Altern der Allgemeinbevölkerung (Statistisches Bundesamt, 2006, Brommer, 2002). Mit zunehmendem Alter steigt die Inzidenz von Nierenerkrankungen. Daraus ergeben sich Konsequenzen für die Arbeitssituation in Dialyse-Einrichtungen: Mit dem steigendem Lebensalter der Patienten erhöht sich auch die Zahl der multimorbiden Patienten, was das Dialyse-Personal vor neue berufliche und psychische Herausforderungen stellt. Zudem wächst mit zunehmenden Patientenzahlen der Bedarf an kompetenten Mitarbeitern (Perumal et al., 2003), sodass aufgrund des gleichzeitig zu erwartenden Nachwuchsmangels Mitarbeiter möglichst lange gesund bleiben und in ihrem Beruf gehalten werden müssen.

Die Arbeit in Dialyse-Einrichtungen ist durch unterschiedliche Einflussgrößen gekennzeichnet: Durch einen intensiven und langfristigen Kontakt zu häufig frustrierten oder depressiven Patienten, die Konfrontation mit Leid und Tod, Personalkürzungen und den Umgang mit hochmodernen Technologien (Anderson et

al., 1999, Bogatz et al., 2005, Brokalaki, 2001, Kotzabassaki & Parissopoulos, 2003, Muthny, 1989, Richmond, 1986, Lewis et al., 1992). Unter Berücksichtigung dieses besonderen Hintergrunds können die Studienergebnisse zu berufsbedingter psychischer Belastung und Beanspruchung anderer Beschäftigter im Gesundheitswesen, z.B. in Krankenhäusern oder in der Altenpflege, nicht vorbehaltlos auf die Situation der Dialyse-Mitarbeiter übertragen werden (Hasselhorn et al., 2005, Glaser et al. 2008, Nübling et al. 2010).

Bisher haben nur wenige Studien die Arbeitsbedingungen Beschäftigter in Dialyse-Einrichtungen untersucht (Kapucu et al. 2009, Ridley et al. 2009, Ross et al., 2009,). (Der Gesamtartikel ist in dem Buch „*Gefährdungsprofile“ Unfälle und arbeitsbedingter Erkrankungen in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege* erschienen (Hrsg. Prof. Dr. med. A. Nienhaus) dieses Buch wird Ihrer Einrichtung kostenlos zugesandt.)

Die letzte deutsche Studie zu psychischen Belastungen von Beschäftigten in Dialyse-Einrichtungen wurde vor mehr als 20 Jahren veröffentlicht (Muthny, FA: Job strains and job satisfaction of dialysis nurses. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1989; 51:150-155). Die BGW hat in Kooperation mit dem UKE den Mangel an neueren Erkenntnissen zum Anlass genommen, diese Berufsgruppe stärker in den Fokus zu nehmen und ggf. geeignete Interventionen zu entwickeln.

Das Ziel der Studie ist es, ein aktuelles Bild der psychischen Belastungen von Beschäftigten in Dialyse-Einrichtungen im norddeutschen Raum zu erhalten. Mithilfe der Befragung mit dem COPSQ-Fragebogen kann im zweiten Schritt auch ein branchenübergreifender Vergleich durchgeführt werden.

Bei der mit Beteiligung Ihrer Einrichtung durchgeführten Studie handelt es sich im Kern um eine cluster-randomisierte Studie. Mittels des BGW-Strukturschlüssels wurden die teilnehmenden Dialyse-Einrichtungen per Zufall gezogen. Additiv wurde eine Stichprobe von sechs Betriebsstätten des KfH bei der Befragung eingeschlossen, die durch dessen Steuerkreis ausgewählt wurden (Teilstichprobe).

2. Der COPSOQ

Zur Erfassung der psychosozialen Belastung wurde der Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) eingesetzt. Der COPSOQ-Fragebogen ist ein Screening-Instrument zur Erfassung der psychischen Belastungen und Beanspruchungen bei der Arbeit.

Dieser Fragebogen basiert auf unterschiedlichen Theorien. Er versucht die Unbestimmtheit des Konstrukts „psychische Belastung“ zu operationalisieren. Dazu wird ein mehrdimensionales Verfahren eingesetzt, um mit einem großen Fragenspektrum den zu erhebenden Aspekten gerecht zu werden (Belastung, Beanspruchung und Beschwerden).

Im Ursprung handelt es sich um einen dänischen Fragebogen, der von Kristensen und Borg am National Institut for Occupational Health in Kopenhagen entwickelt und validiert wurde. Der dänische Fragebogen wurde in einer Erprobungsstudie unter Leitung der Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin (FFAS) im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Projektbericht unter www.copsoq.de) als deutsche Version nutzbar gemacht.

Das Herzstück des COPSOQ - Fragebogens ist der Teil B, die Erhebung von psychosozialen Belastungen und Beanspruchungen sowie der Belastungsfolgen. Der COPSOQ-Fragebogen enthält 87 Einzelfragen. Für dieses Forschungsvorhaben sind noch sieben dialysespezifische Fragen hinzugekommen. Die Inhalte des Fragebogens (Skalen) sind in der folgenden Grafik dargestellt. Z.B. bilden die Fragen B1.1 – B1.4 die Skala *quantitative Anforderungen* ab.



Abb. 1: Inhalt Fragebogen (COPSOQ + Zusatzskalen)

Für die Beantwortung der Fragen wurde jeweils eine mehrstufige Antwortskala vorgegeben (sog. Likert-Skala), wobei die erste Kategorie immer den Maximalwert (immer, in sehr hohem Maß, stimme voll zu, etc.), die letzte immer den Minimalwert (nie, in sehr geringem Maß, stimme nicht zu, etc.) darstellte. Diesen Kategorien wurden Punktwerte zugeordnet (max=100, min=0). Da in der Regel mehrere Einzelfragen zusammen gehören und eine Skala bilden, wird aus dem Durchschnitt dieser Einzelfragen der Skalenmittelwert (Skalenwert) berechnet. Der Skalenwert gibt dann bspw. den Durchschnitt der vier Einzelaspekte der *quantitativen Anforderungen* an – der Skalenwert eignet sich also besonders für einen ersten Überblick und Vergleich von Belastungen und Beanspruchungen. Dieser Skalenmittelwert ist kein Prozentwert, sondern ein Punktwert. 50 Punkte bedeuten z.B. dass die Befragten im Durchschnitt die mittlere Kategorie angekreuzt haben, dass also die Abweichungen nach oben und unten von der Mitte aus sich die Waage halten.

Für die Befragung in der Dialyse wurden zusätzliche Fragen in den Standard-COPSOQ aufgenommen, die die spezifische Situation in der Dialyse betreffen: z.B. Fragen zum Umgang mit Tod und Sterben und Fragen zu spezifischen psychischen Belastungen in der Dialysearbeit (B9a).

Als externe Vergleichswerte sind vor allem die Werte für die ambulante Pflege, die stationäre Altenpflege und die stationäre Krankenpflege sowie der Mittelwert aller Branchen, die mittels des COPSOQs befragt wurden von Interesse. Eingeflossen in den von uns berichteten COPSOQ–Mittelwert sind folgende Branchen: Fertigung; technische Berufe: Ingenieure; technische Berufe: Techniker; Verwaltung/ Führung; Verwaltung/ andere; Ordnung/ Sicherheit; Schriftsteller/ Künstler; Ärzte; Betriebsärzte; Anästhesisten; Rettungsdienst; Physiotherapeuten; Gesundheit/Rest; Sozialarbeiter/Sozialpädagoge; Lehrkräfte; Priester; Pfarrer; Erziehung/ Rest; Dienstleistung/ Rest; ambulante Pflege; stationäre Altenpflege; stationäre Krankenpflege. Die vorstehende Einteilung der Berufe ist nach der Berufssystematik des Statistischen Bundesamtes (Klassifikation der Berufe 1992, KbB92) vorgenommen worden.

3. Ergebnisse aus Ihrer Betriebsstätte

Ihre Einrichtung ist per Zufallsstichprobe aus der BGW Datenbank gezogen worden und um die Teilnahme an der Befragung gebeten worden.

Von [] Beschäftigten Ihrer Einrichtung haben [] Personen an der Befragung teilgenommen. Die Teilnehmerquote liegt bei []%. Teilnehmerquoten von 50% sind als gut zu bewerten, Beteiligungen unter 33% sollten mit Vorsicht betrachtet werden, da starke Verzerrungen auftreten können. So kann man bei einer geringen Teilnehmerquote nicht sicher sein, dass die ermittelten Ergebnisse tatsächlich die betriebliche Realität abbilden. Möglicherweise liegen besonders gute oder besonders kritische Ergebnisse deshalb vor, weil nur wenige (besonders zufriedene oder unzufriedene) Personen teilgenommen haben.

Von den teilnehmenden Personen Ihrer Einrichtung arbeiten [] Personen in der Pflege und [] Beschäftigte werden der Kategorie „Sonstige“ zugeordnet und aus Datenschutzgründen nicht näher beschrieben.

Eine Kurzbeschreibung der vierzehn in der Stichprobe enthaltenen Einrichtungen zeigt: Die Größe der 14 Einrichtungen variiert von Betriebsstätten mit 13 Beschäftigten bis zu Betriebsstätten mit 55 Mitarbeiter/innen. Die Teilnehmerquote lag in den 14 Einrichtungen zwischen 22% und 69%. Im Mittel betrug die Teilnehmerquote 53%.

In Dialyse gesamt sind noch sechs weitere Einrichtungen aus dem Pretest einbezogen, so dass wir auf eine Gesamtanzahl von 20 Einrichtungen kommen.

Deskriptive Statistik

In den Tabellen 1-10 im Anhang finden Sie die Rahmendaten, die Auswertung der Skalen und der Einzelfragen sowie die Freitextantworten.

Die Tabellen zeigen die soziodemografischen Angaben – soweit es der Datenschutz zulässt – nach Geschlecht, Altersgruppe, Umfang der Arbeitszeit, speziellen Diensten und dialysespezifischen Fragen.

Kurzinterpretation der Grafiken

Interessanter als die absoluten Zahlen sind allerdings Vergleiche von Werten in verschiedenen Gruppen, also die Relation von Werten – dies hilft bei der Einordnung der rohen Zahlen: „Ist der erreichte absolut hohe oder niedrige Wert „normal“?“

Angegeben sind in diesen Tabellen die gültige Fallzahl (N, ohne „keine Angaben“), die Mittelwerte, die Standardfehler der Mittelwerte als ein Maß für die Messgenauigkeit und ganz rechts die Standardabweichungen als Maß für die Streubreite. Bitte beachten Sie, dass hohe Werte immer „viel“ bedeuten. Ob das positiv oder negativ zu bewerten ist, hängt vom Inhalt der Skala ab (z.B. ist „viel“ Burnout schlecht, aber „viel“ Rollenklarheit gut).

Danach folgt eine analoge Darstellung für jede der Einzelfragen des Teils B für alle Befragten, am Ende folgen die Zusatzfragen für die Dialysemitarbeiter/innen.

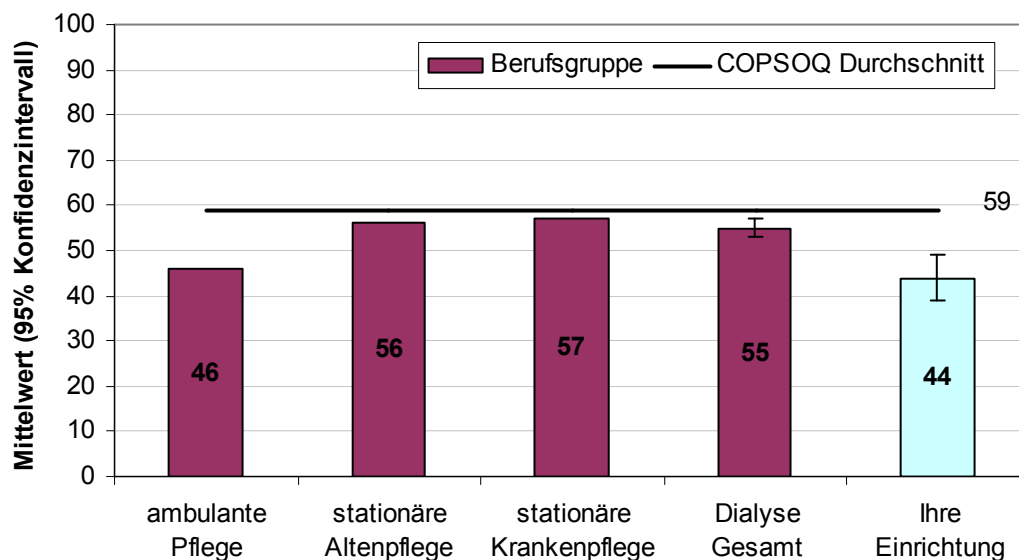
Als Balken angegeben ist jeweils der Mittelwert (möglicher Wertebereich ist immer 0-100) und als senkrechter Strich das 95%-Konfidenzintervall, das zur Einschätzung der Sicherheit des Mittelwertes für Ihre Einrichtung eingezeichnet ist. Die waagerechte Linie gibt den Mittelwert aller Befragten in allen Berufen in der COPSOQ-Datenbank an, in den Grafiken wird der Wert zusätzlich noch als Zahl angegeben.

Ohne dem internen Bewertungsprozess vorgreifen zu wollen, werden einige der Ergebnisse stichwortartig beschreibend kommentiert. Eine Differenz von mindestens fünf Punkten wird für die Kommentare als relevanter Unterschied definiert (Nübling M. et al. 2010). Eine Abweichung von zehn oder mehr Punkten wird als deutliche Abweichung gewertet. Ein statistisch signifikanter Unterschied wird mithilfe des Standardfehlers ermittelt (Signifikanzniveau: 5 %). Die Vergleichsbranchen sind wie bereits oben ausgeführt die ambulante Pflege, die stationäre Altenpflege, die stationäre Krankenpflege sowie der Gesamtdurchschnitt aller Befragten mit dem COPSOQ. **Eine Information vorweg: Die ambulante Pflege erzielt in fast allen Skalen bessere Werte als die stationären Pflegebranchen (Nübling M. et al. 2010).**

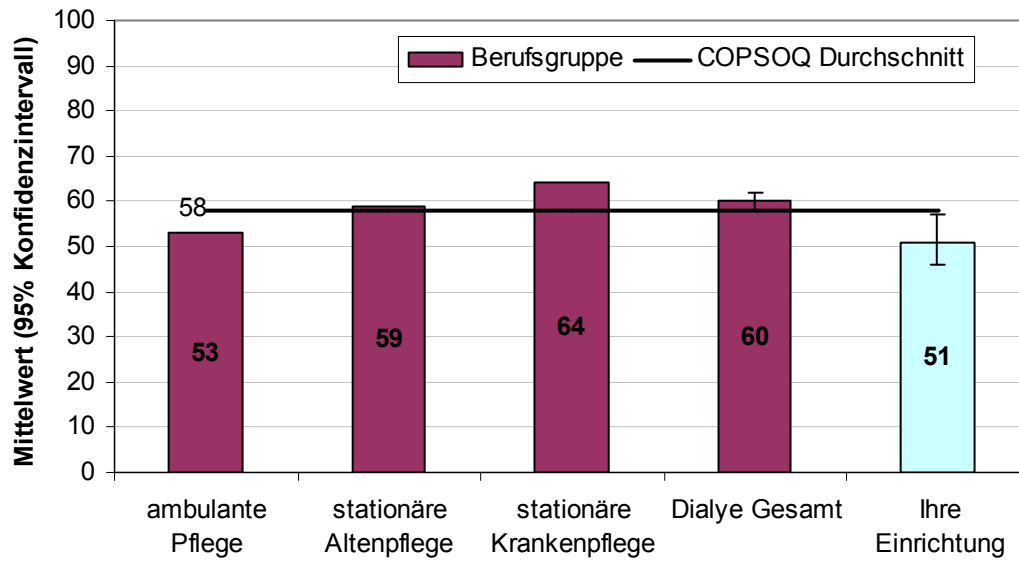
Anforderungen (4 Skalen):

Die *quantitativen Anforderungen* und der *work-privacy conflict* sind in Ihrer Einrichtung als signifikant geringer bewertet worden als in der Dialyse gesamt, dem COPSOQ Durchschnitt und im Vergleich mit den stationären Pflegeberufen. Die *emotionalen Anforderungen* sind als relevant geringer eingeschätzt worden als in der Dialyse, dem COPSOQ Durchschnitt und den stationären Pflegeberufen. Die *Anforderungen Emotionen zu verbergen* sind relevant geringer in Ihrer Einrichtung eingestuft worden als in der Dialyse gesamt und in der stationären Krankenpflege und etwas geringer als in der stationären Altenpflege und im COPSOQ Durchschnitt.

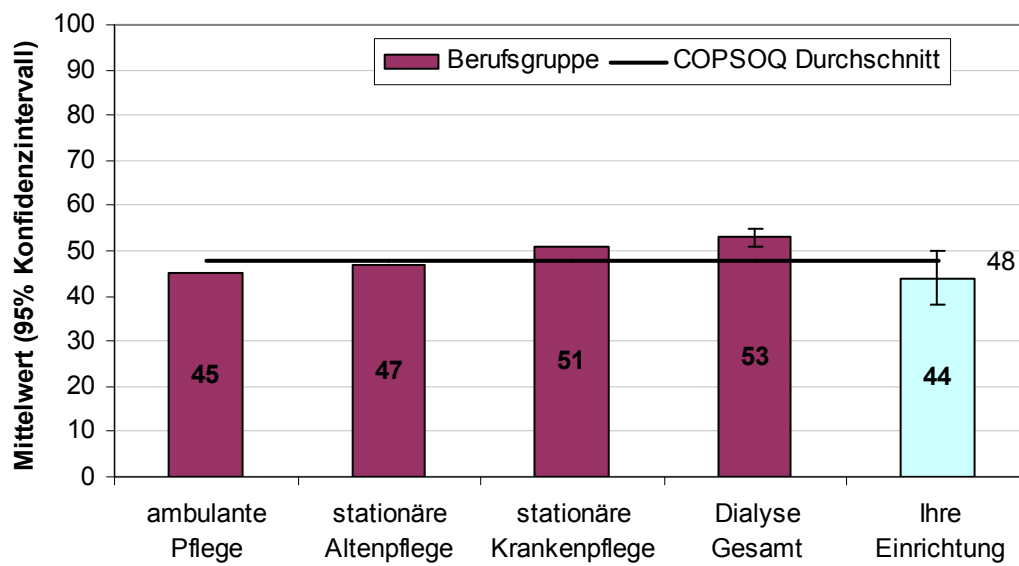
Quantitative Anforderungen



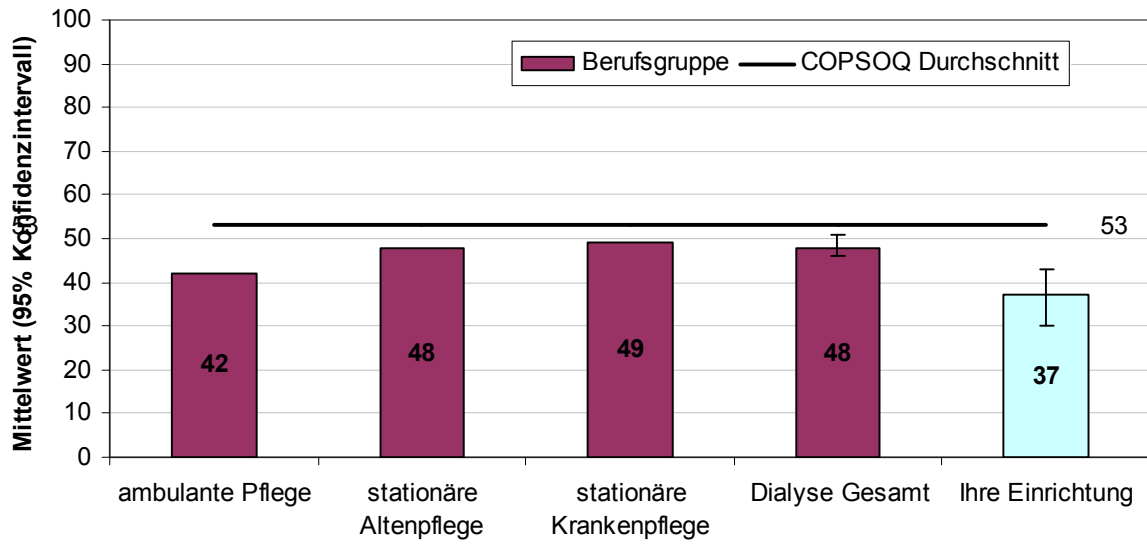
Emotionale Anforderungen



Anforderungen, Emotionen zu verbergen



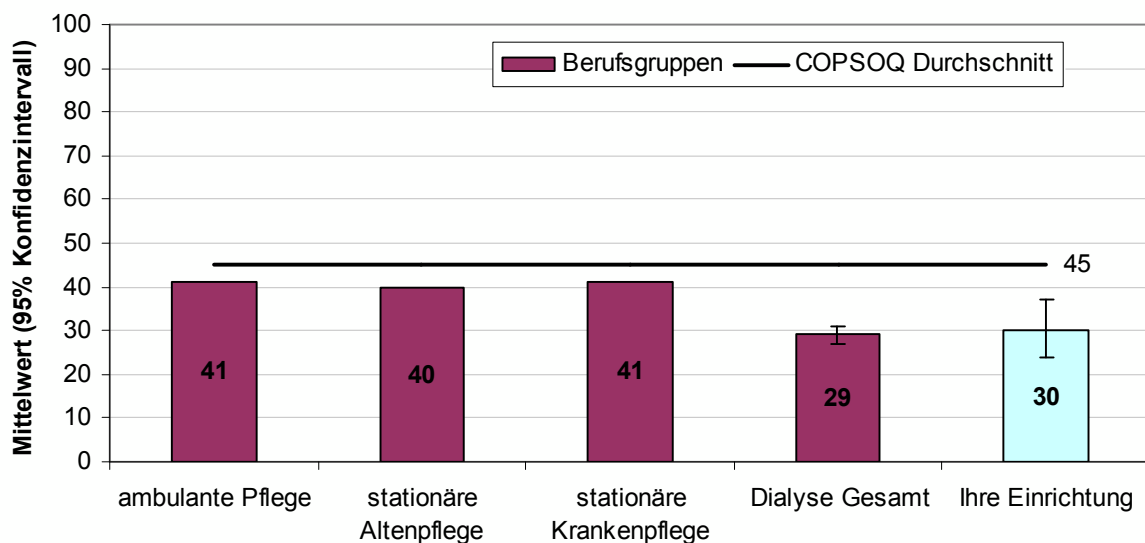
Work-privacy conflict



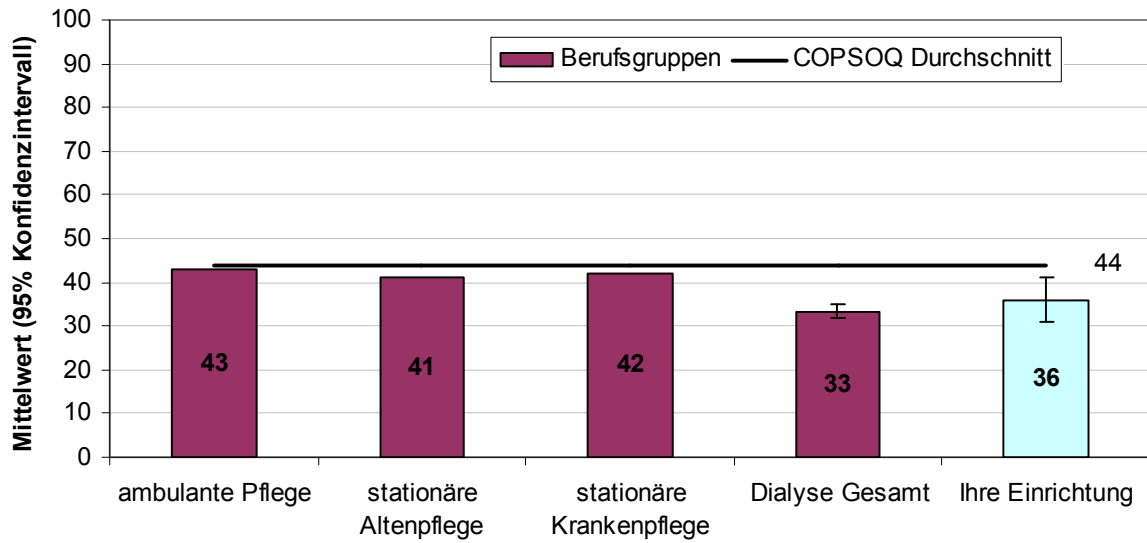
Einfluss- und Entwicklungsmöglichkeiten (5 Skalen):

Der *Einfluss bei der Arbeit* ist ähnlich bewertet worden wie in der Dialyse gesamt und signifikant schlechter als im COPSOQ Durchschnitt und den drei Vergleichsbranchen. Der *Entscheidungsspielraum* ist als etwas höher als in der Dialyse gesamt bewertet worden und relevant geringer als im COPSOQ Durchschnitt und den anderen drei Pflegeberufen. Die *Entwicklungsmöglichkeiten* sind genauso eingeschätzt worden wie in der Dialyse gesamt, relevant schlechter als in der stationären Altenpflege und deutlich schlechter als in der stationären Krankenpflege. Die *Bedeutung der Arbeit* ist leicht besser bewertet worden als in der Dialyse gesamt und dem COPSOQ Durchschnitt und etwas schlechter als in den stationären Pflegeberufen. Die *Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz* wurde als signifikant geringer als in der Dialyse gesamt und dem COPSOQ Durchschnitt bewertet.

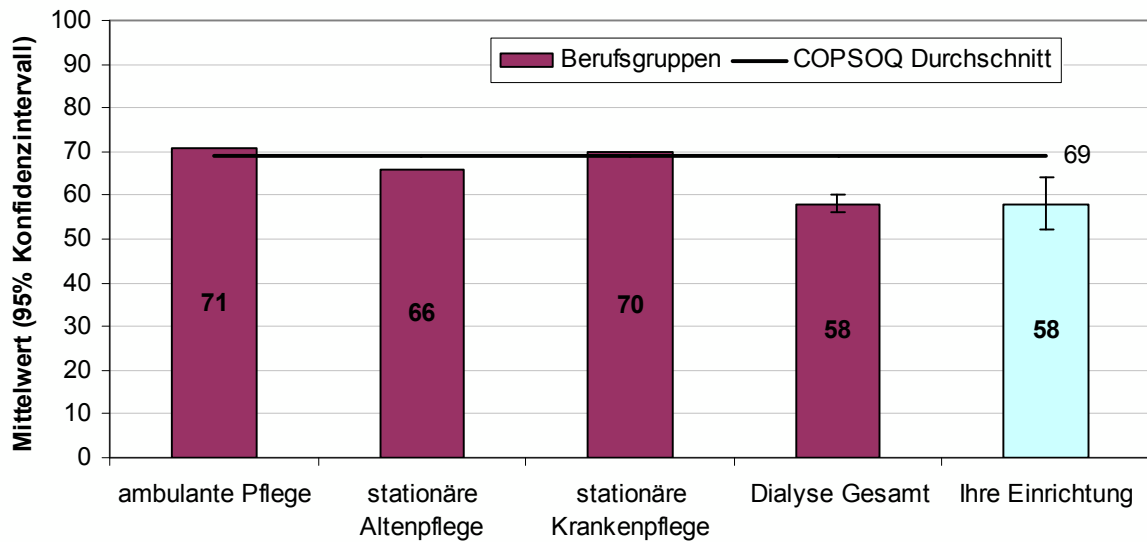
Einfluss bei der Arbeit



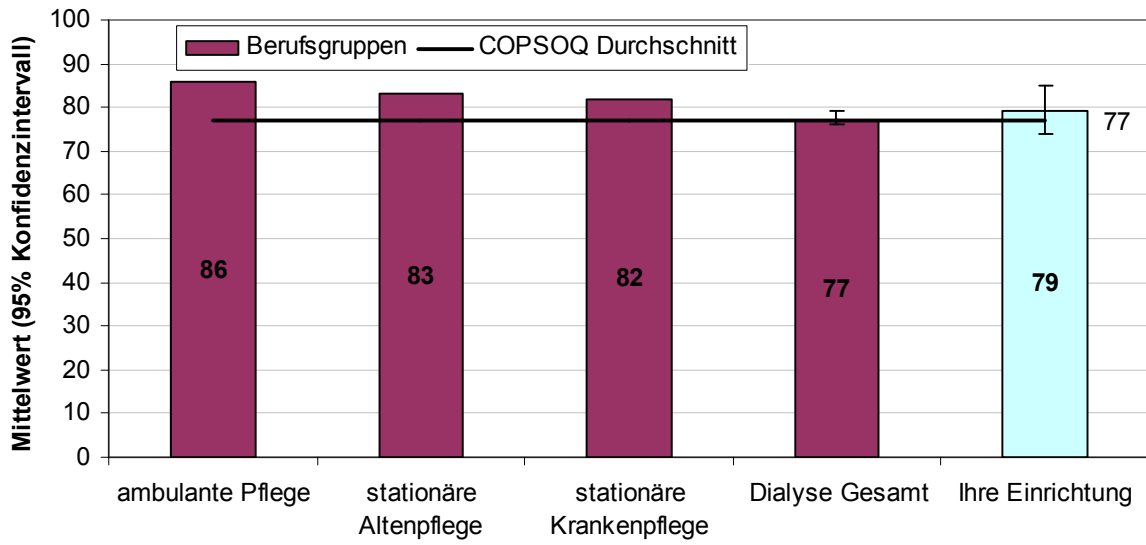
Entscheidungsspielraum



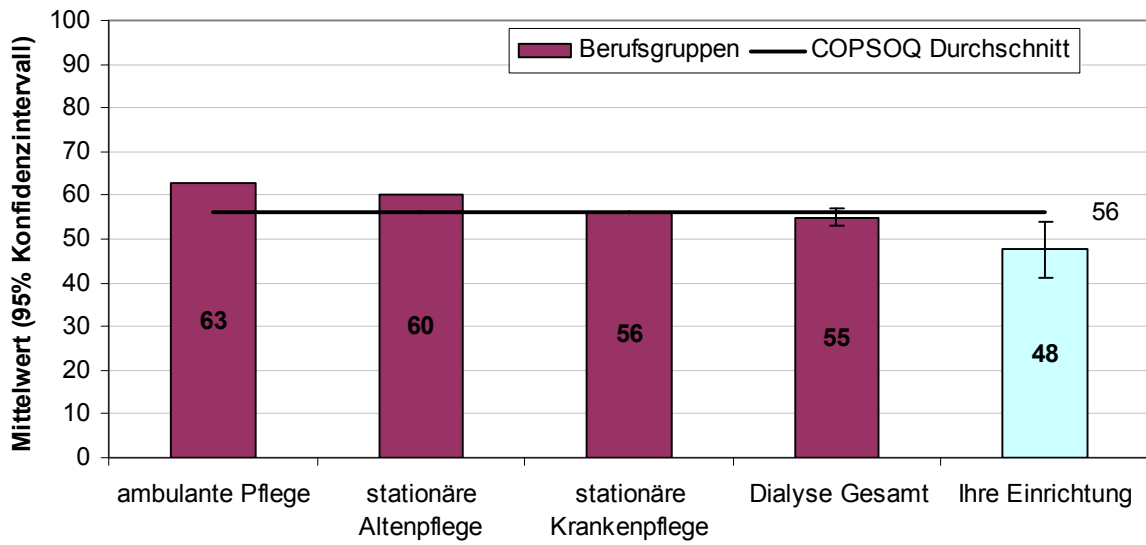
Entwicklungsmöglichkeiten



Bedeutung der Arbeit



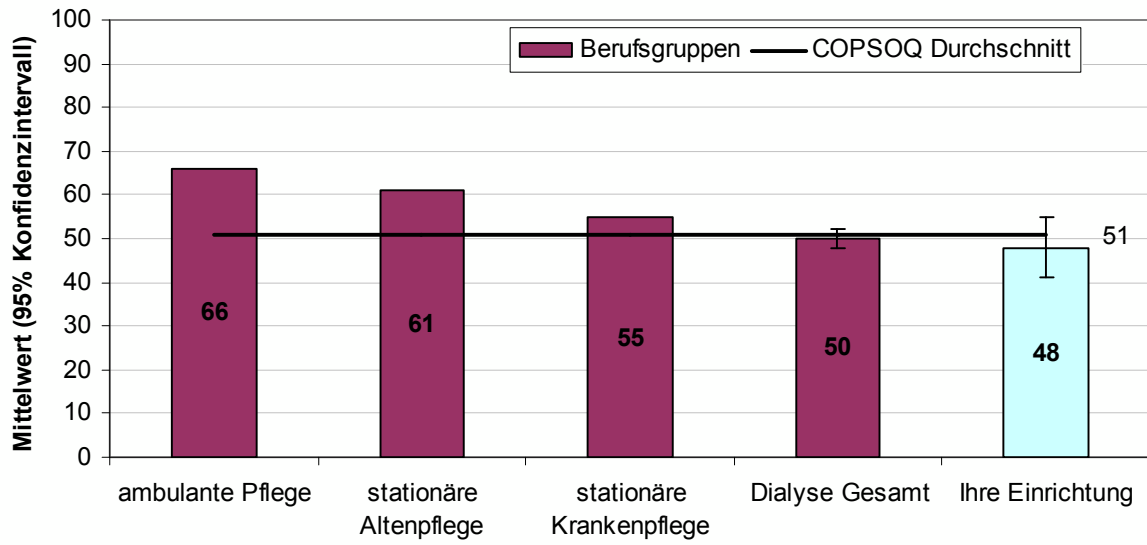
Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz



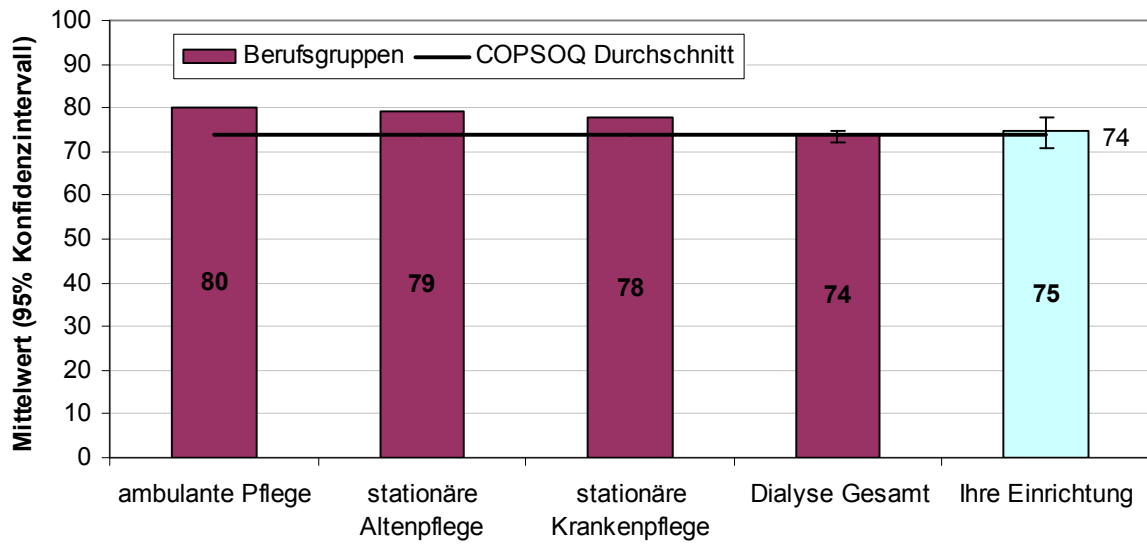
Soziale Beziehungen und Führung (8 Skalen + 1 Einzelfrage):

Die *Vorhersehbarkeit der Arbeit* ist als leicht schlechter bewertet worden als in der Dialyse gesamt und dem COPSOQ Durchschnitt, als relevant schlechter als in der stationären Krankenpflege und als signifikant schlechter als in der stationären Altenpflege. Die *Rollenklarheit* ist ähnlich eingeschätzt worden wie in der Dialyse gesamt und dem COPSOQ Durchschnitt. Die *Rollenkonflikte* sind als signifikant geringer als in der Dialyse gesamt, dem COPSOQ Durchschnitt und im Vergleich mit den stationären Pflegeberufen bewertet worden. Die *Führungsqualität* ist relevant besser als in der Dialyse gesamt und im COPSOQ Durchschnitt eingestuft worden sowie als leicht geringer als in der stationären Altenpflege und relevant geringer als in der stationären Krankenpflege. Der Aspekt *soziale Unterstützung* ist in Ihrer Einrichtung als relevant besser eingestuft worden als in der Dialyse gesamt und signifikant besser als im COPSOQ Durchschnitt. *Feedback/Rückmeldung* ist als relevant geringer als in der Dialyse gesamt und dem COPSOQ Durchschnitt sowie deutlich geringer im Vergleich mit den drei anderen Pflegeberufen angegeben worden. Die *sozialen Beziehungen* sind signifikant besser als in der Dialyse gesamt und zu allen anderen Vergleichswerten. Das *Gemeinschaftsgefühl* ist als relevant besser als in der Dialyse gesamt und etwas besser als im COPSOQ Durchschnitt und den stationären Pflegeberufen bewertet worden. Der Aspekt *Mobbing* ist in Ihrer Einrichtung relevant geringer bewertet worden als in der Dialyse gesamt und gleich zum COPSOQ Durchschnitt.

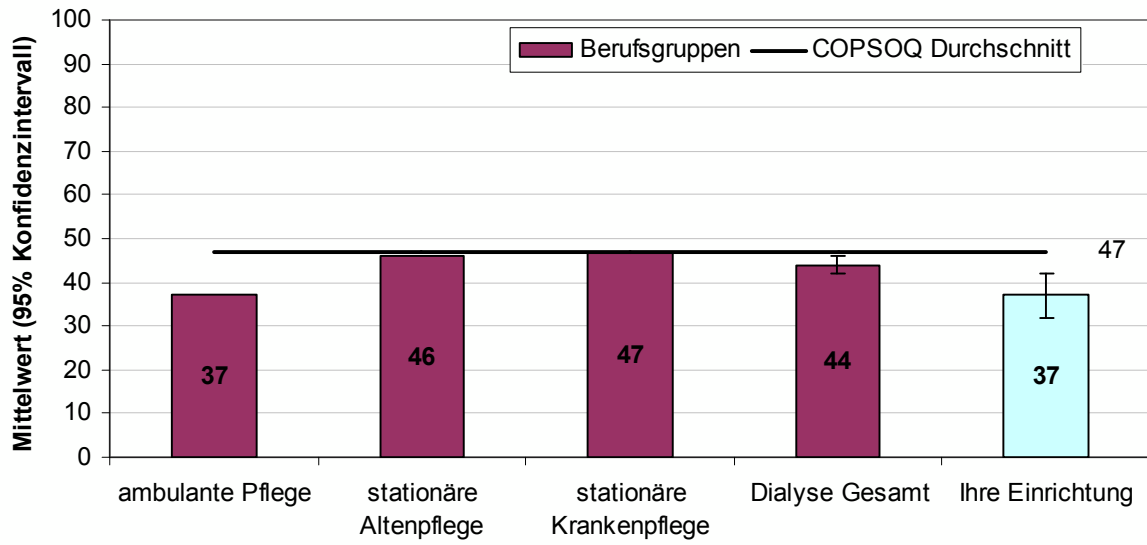
Vorhersehbarkeit



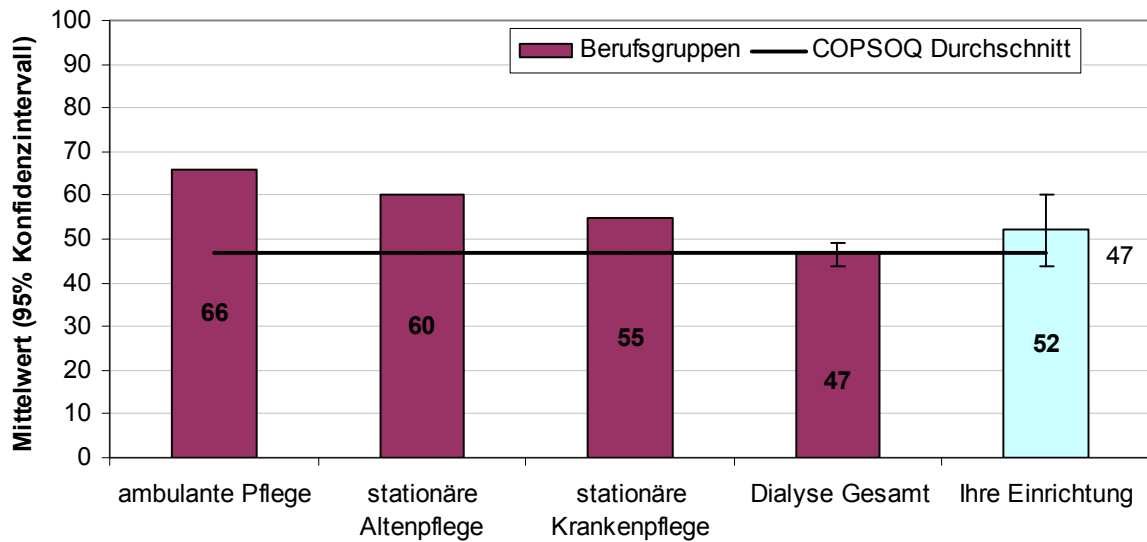
Rollenklarheit



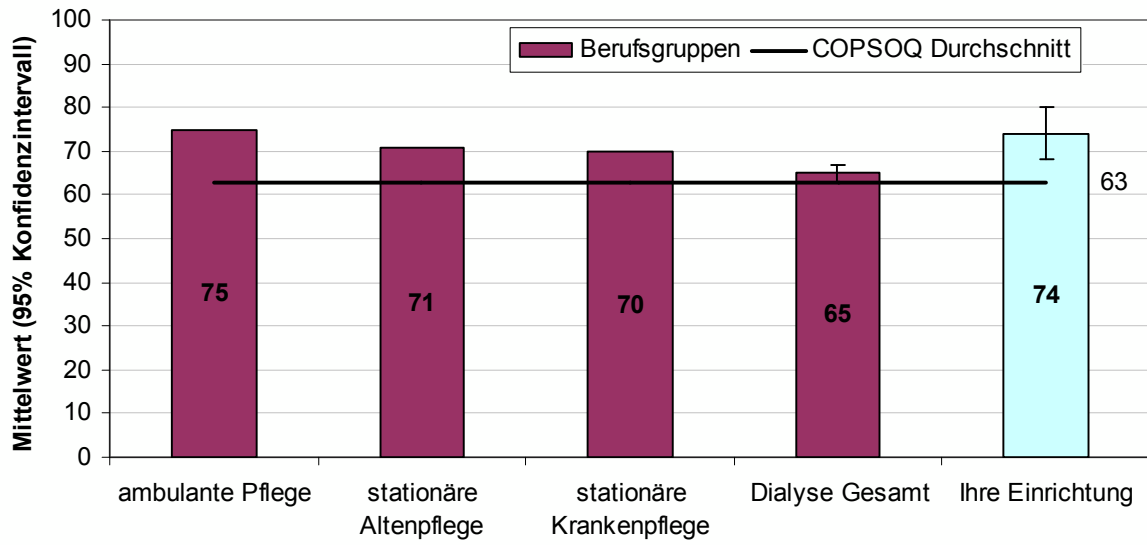
Rollenkonflikte



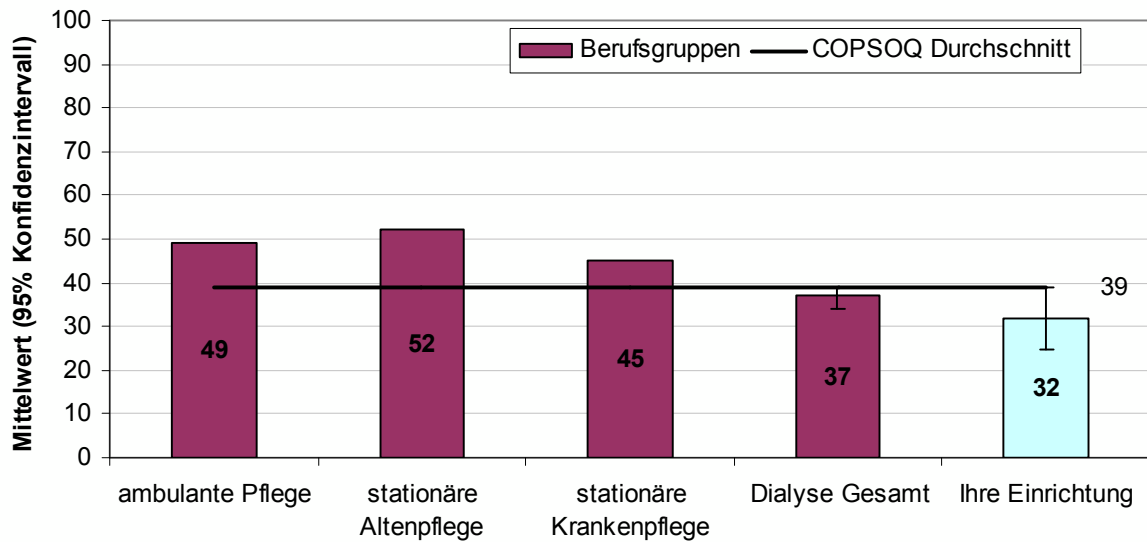
Führungsqualität



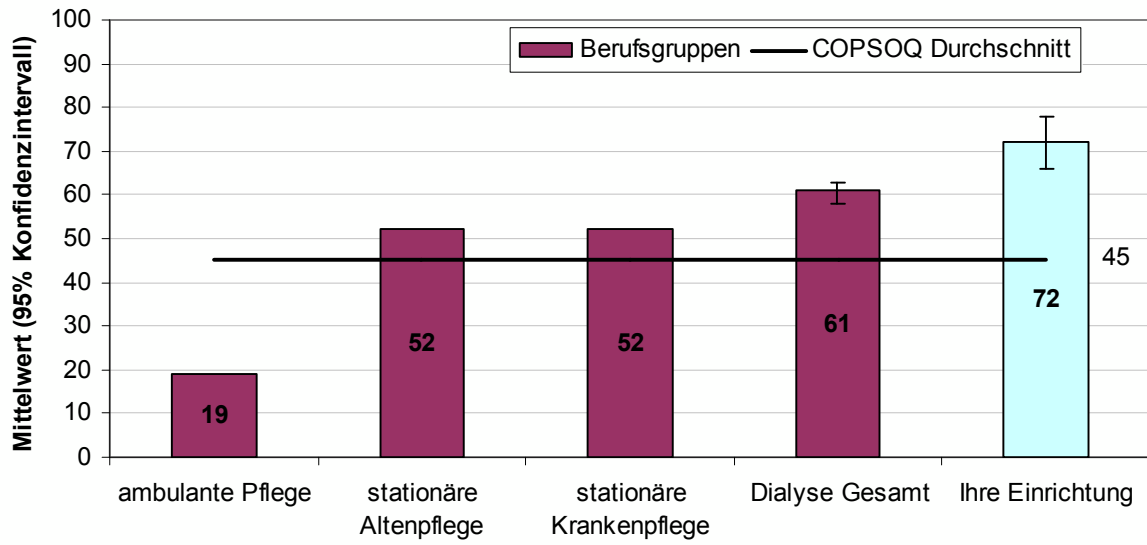
Soziale Unterstützung



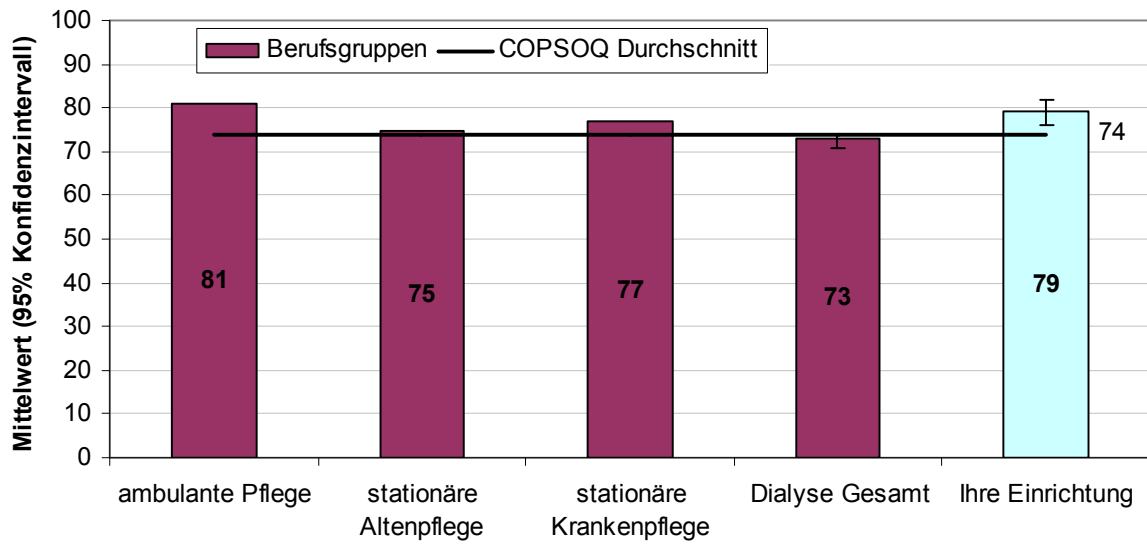
Feedback



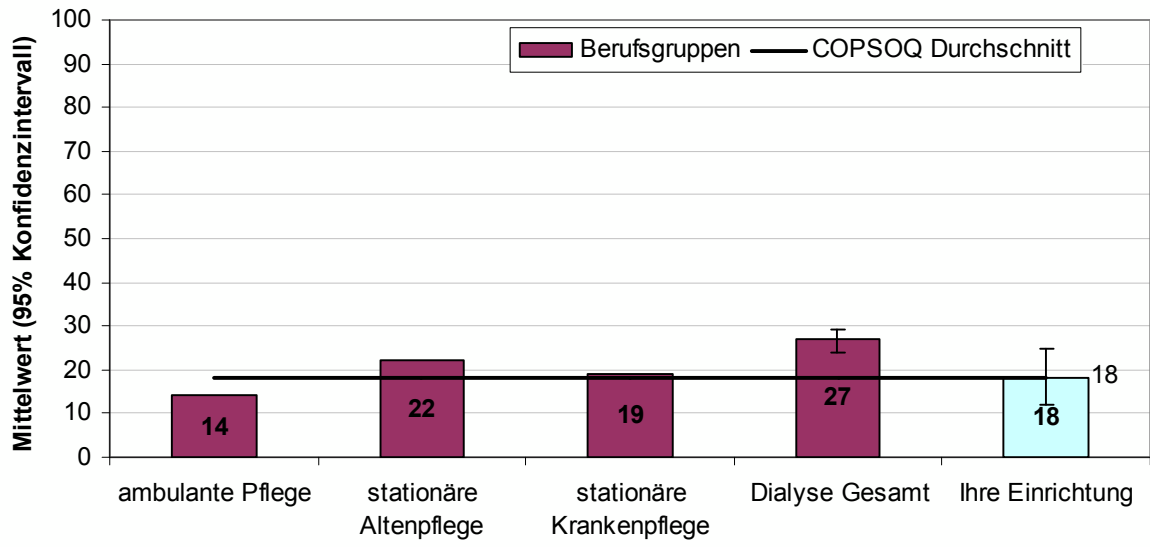
Soziale Beziehungen



Gemeinschaftsgefühl

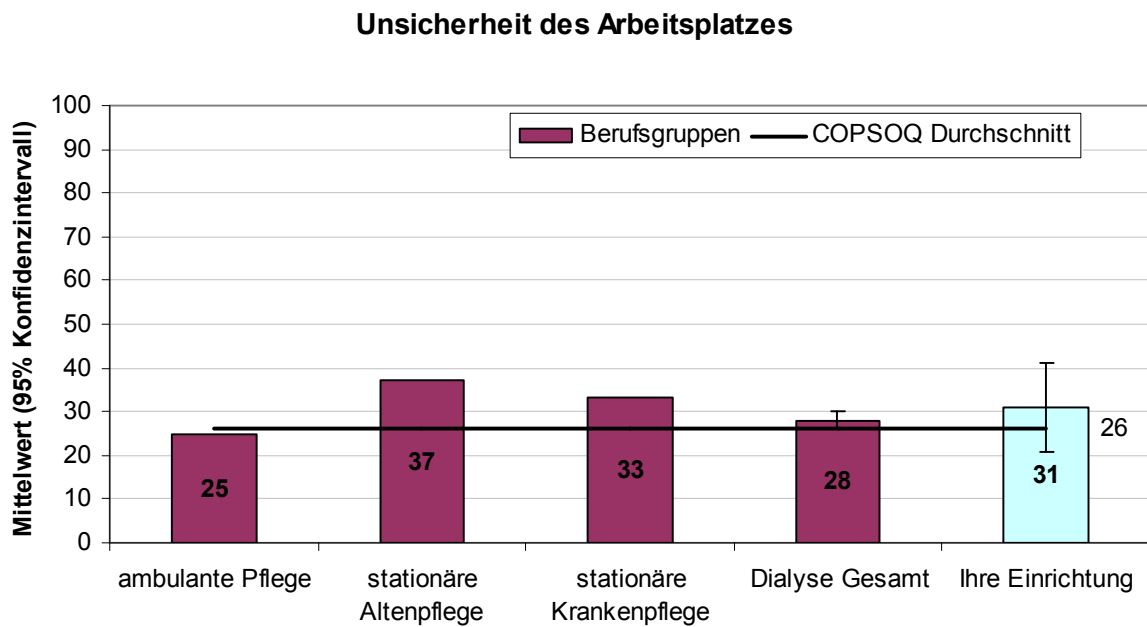


Mobbing



Arbeitsplatzunsicherheit (1 Skala):

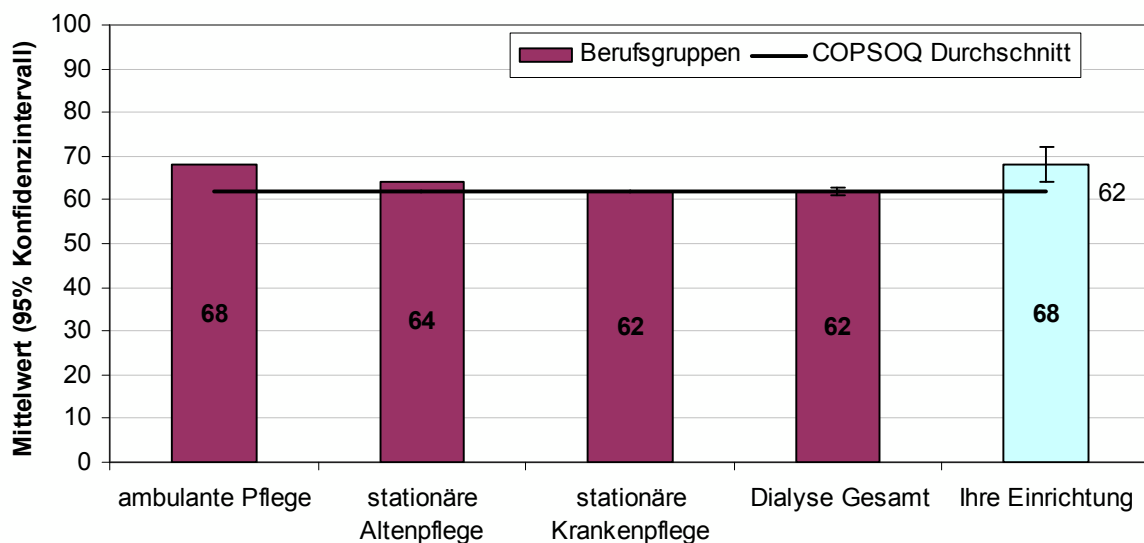
Die *Unsicherheit des Arbeitsplatzes* wird in Ihrer Einrichtung leicht über der Dialyse gesamt eingeschätzt und relevant über dem COPSOQ Durchschnitt.



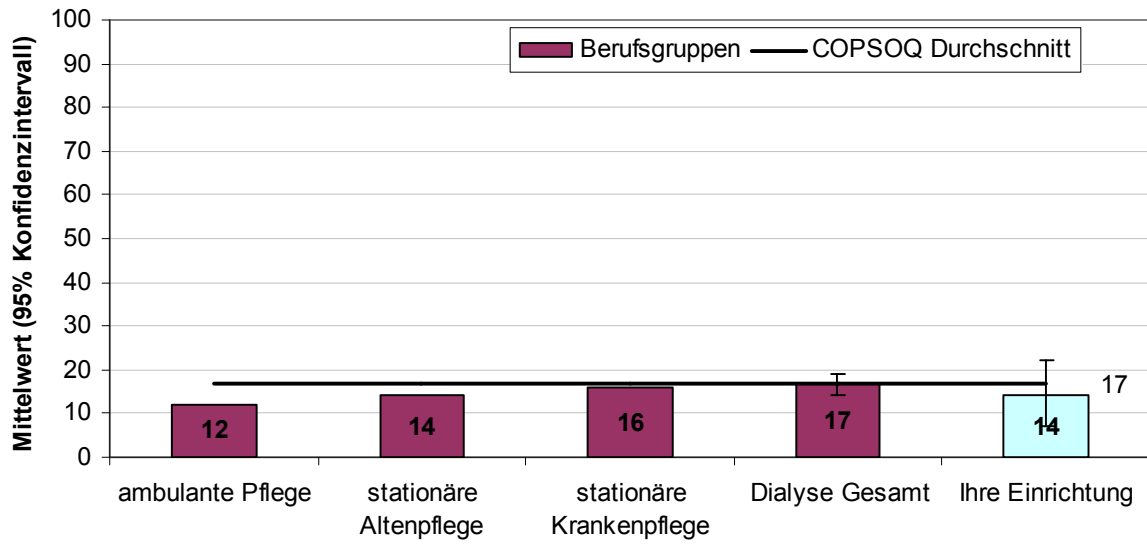
Belastungsfolgen (3 Skalen + 2 Einzelfragen):

Die *Arbeitszufriedenheit* ist relevant höher bewertet worden als in der Dialyse gesamt und dem COPSOQ Durchschnitt. Der *Gedanke an eine Berufsaufgabe* ist etwas niedriger eingestuft worden als in der Dialyse gesamt und dem COPSOQ Durchschnitt und genauso wie in der stationären Altenpflege. Der *allgemeine Gesundheitszustand* ist als etwas höher als in der Dialyse gesamt und genauso wie im COPSOQ Durchschnitt und der stationären Krankenpflege bewertet worden. *Burnout* ist als relevant geringer als in der Dialyse gesamt und genauso wie im COPSOQ Durchschnitt bewertet worden. Die *kognitiven Stresssymptome* sind in Ihrer Einrichtung als relevant geringer als in der Dialyse gesamt eingeschätzt worden und als leicht geringer im Vergleich zu den anderen Branchen. Die *Lebenszufriedenheit* wurde als relevant geringer als in der Dialyse gesamt und der stationären Krankenpflege bewertet und liegt leicht unter dem COPSOQ Durchschnitt.

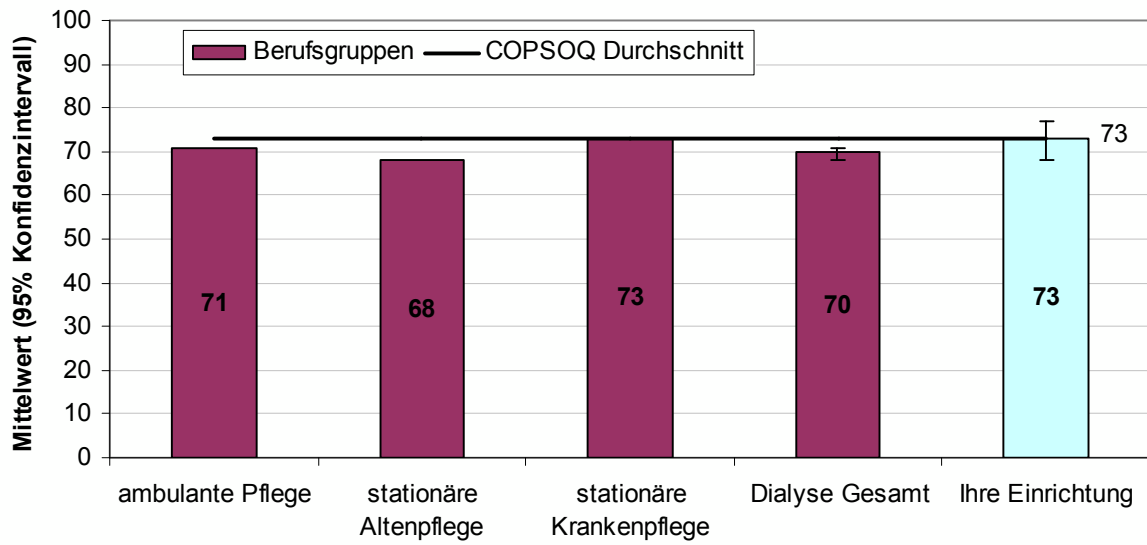
Arbeitszufriedenheit



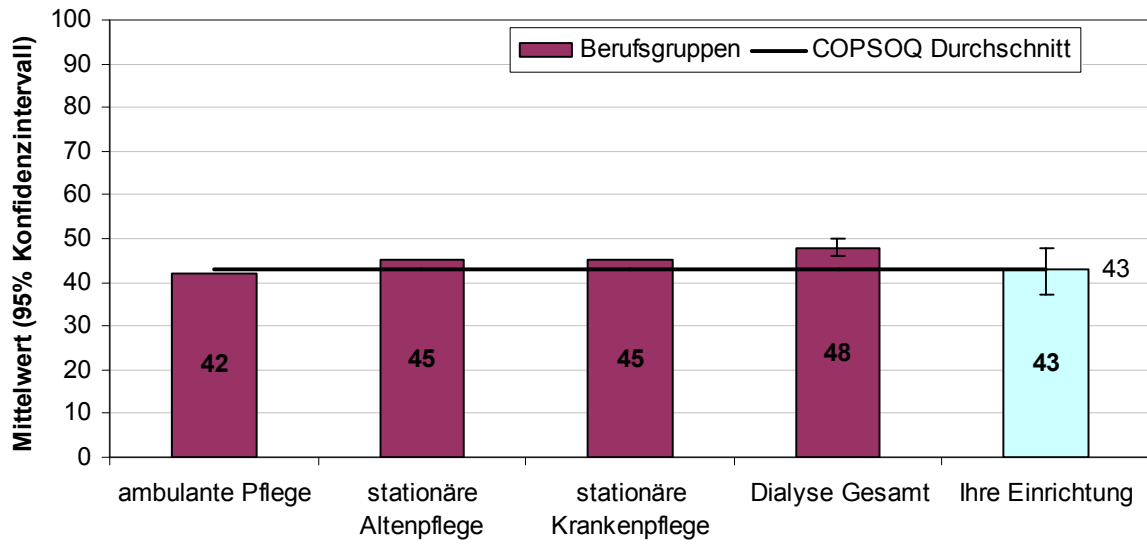
Gedanke an Berufsaufgabe



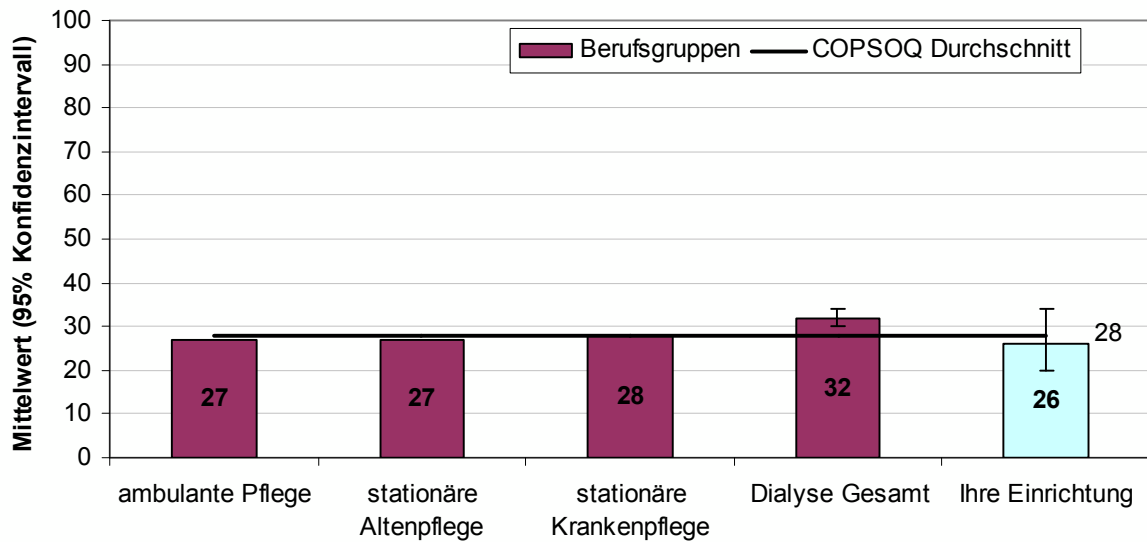
Allgemeiner Gesundheitszustand



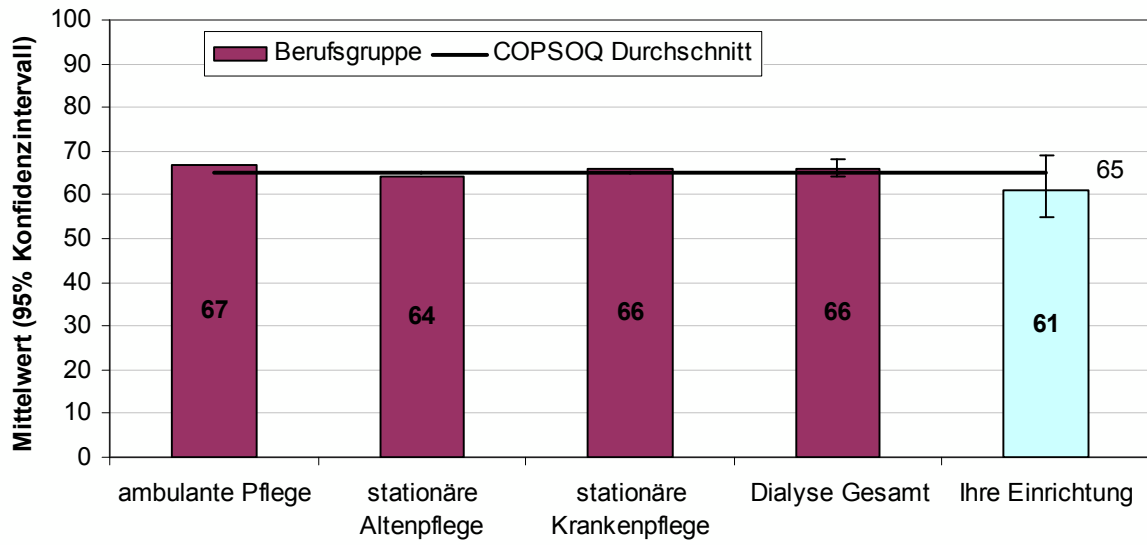
Copenhagen Burnout Inventory



Kognitive Stresssymptome



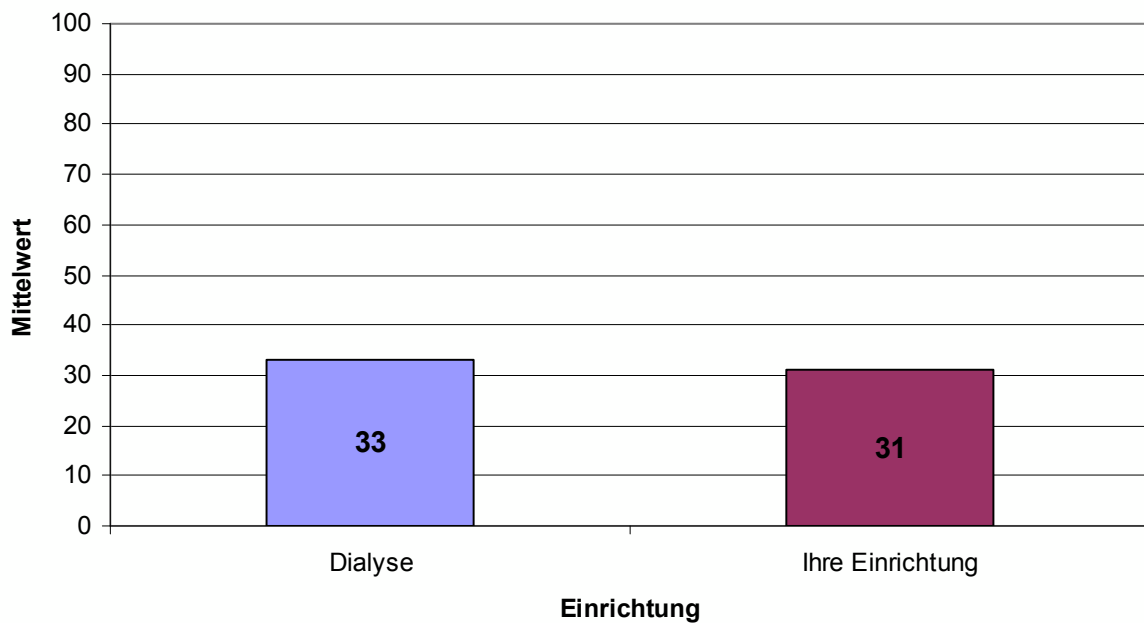
Lebenszufriedenheit



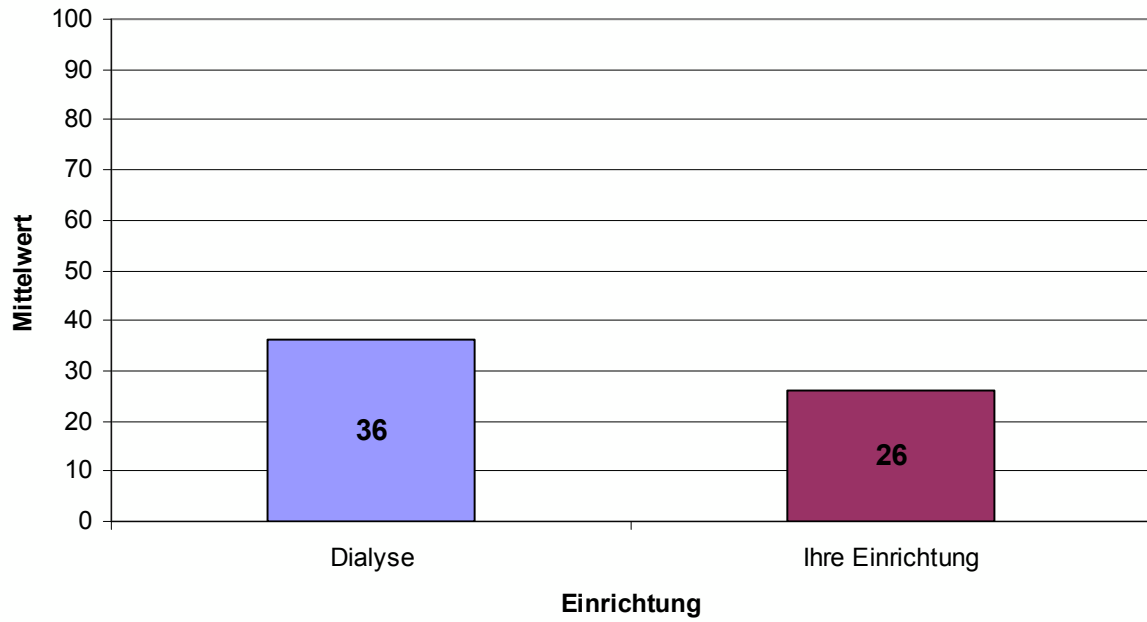
Dialysespezifische Fragen (7 Einzelfragen)

In dieser Rubrik, sind die Ergebnisse der dialysespezifischen Fragen enthalten. Diese Fragen sind speziell für die Dialysetätigkeit entwickelt worden und können derzeit zu den Mittelwerten der anderen untersuchten Einrichtungen in Beziehung gesetzt werden. Der Aspekt *Angst vor Ansteckung mit blutübertragbaren Krankheiten* ist in Ihre Einrichtung leicht geringer als in der Dialyse gesamt bewertet worden. *Belastung durch körperliche/verbale Aggressionen* sind in Ihrer Betriebsstätte als deutlich geringer eingeschätzt worden. Die Aspekte *patientenferne Tätigkeiten* und *Umgang mit dem Tod des Patienten* werden als relevant geringer belastend erlebt als in der Dialyse gesamt.

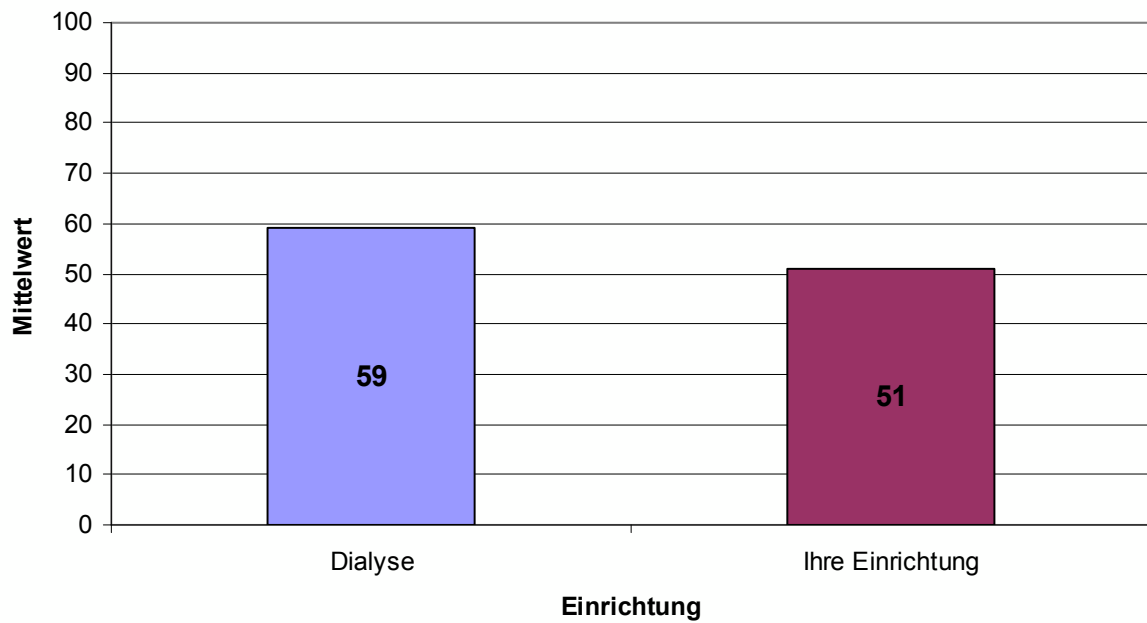
Angst vor Ansteckung mit blutübertragbaren Erkrankungen



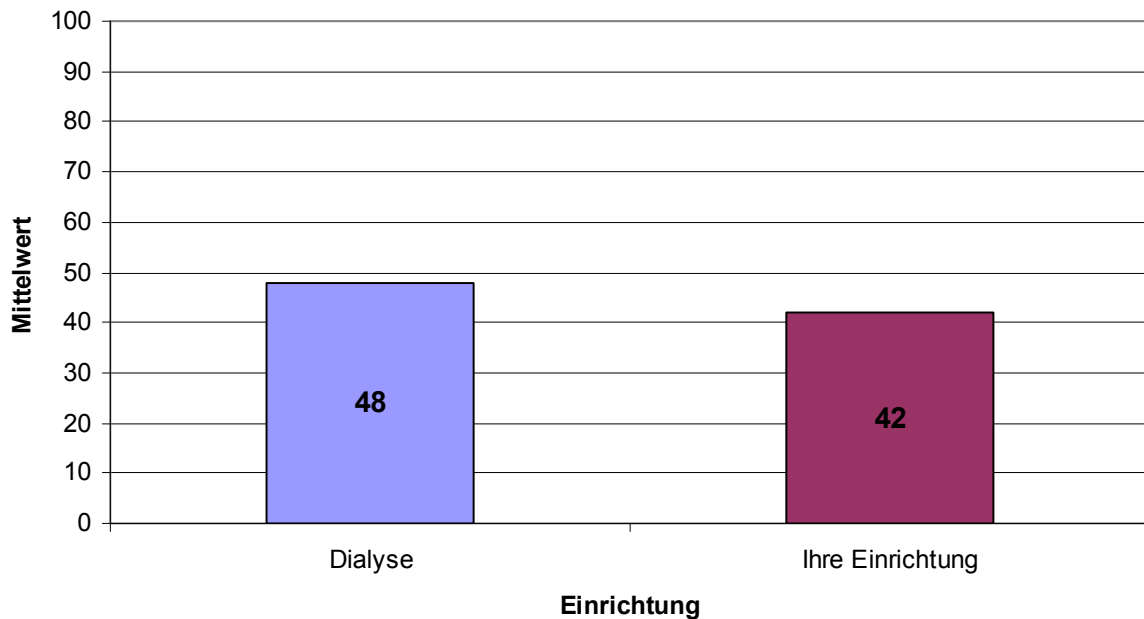
Belastung durch körperliche/verbale Aggression



Patientenferne Arbeiten (z.B. Organisation, Dokumentation)



Umgang mit Tod des Patienten



Insgesamt

Positiv fällt unter anderem die *geringeren quantitativen Anforderungen*, die *geringeren emotionalen Anforderungen* und die *geringeren Anforderungen Emotionen zu verbergen*, die *Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben*, die *geringeren Rollenkonflikte*, *Führungsqualität*, *soziale Unterstützung*, *soziale Beziehungen*, *Gemeinschaftsgefühl* und *Arbeitszufriedenheit* auf. Keine nennenswerten Unterschiede gibt es beim *Einfluss bei der Arbeit*, der *Bedeutung der Arbeit* und der *Rollenklarheit*. Kritisch zu betrachten sind z.B. die *Entwicklungsmöglichkeiten*, die *Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz*, *Feedback* und eventuell die *Arbeitsplatzunsicherheit*.

4. Ausblick

Wichtig ist es, die Ergebnisse in einer innerbetrieblichen Projektgruppe (Steuerkreis) eventuell unter Einbezug von Experten zu diskutieren und in einem transparenten Verfahren abzuwägen, wo unter Einsatz welcher finanziellen wie personellen Ressourcen, die maximal günstigsten Effekte zu erwarten sind. Es geht bei der Auswahl der Maßnahmen also neben den erzielten Punktergebnissen in der Befragung um:

- erwartete Wirksamkeit,
- Machbarkeit,
- Aufwand und erwarteter Nutzen,
- Akzeptanz und
- den Anspruch (Leitbild) des Unternehmens.

Aus unserer Sicht bleibt zu hoffen, dass die Resultate dieser ersten Analyse eine fruchtbare Basis für einen innerbetrieblichen Diskussionsprozess bilden, damit am Ende sinnvolle Verbesserungsmaßnahmen daraus entstehen können.

Um den Erfolg der eingeleiteten Maßnahmen zu überprüfen, ist es sinnvoll eine weitere Befragung mit demselben Instrument im Abstand von 1-2 Jahren zu wiederholen. So kann geprüft werden, ob die getroffenen Maßnahmen zu einer Verbesserung im Erleben der Beschäftigten geführt haben.

Bitte bedenken Sie bei der Vorstellung der Ergebnisse auch, dass die Beschäftigten möglichst zeitnahe über die Ergebnisse dieser Befragung informiert werden sollten.

Anhang

a1 A.1. Welche der folgenden Kategorien trifft auf Sie zu?

	Häufigkeit	Prozent
Pflegekraft / Krankenpfleger		
Sonstigen		
Gesamt		100,0

Altersklassen

	Häufigkeit	Prozent
unter 30 bis 39 Jahre		
40 bis 49 Jahre		
50 Jahre und älter		
Keine Angabe		
Gesamt		100,0

A4 A.4. In welchem Umfang sind Sie zur Zeit erwerbstätig

	Häufigkeit	Prozent
Vollzeit		
Teilzeit		
Gesamt		100,0






Bereitschaftsdienst

	Häufigkeit	Prozent
nie oder keine Angabe		
1-5 Mal pro Monat und mehr		
Gesamt		100,0

Nachtdienst

	Häufigkeit	Prozent
nie oder keine Angabe		
1-5 Mal pro Monat und mehr		
Gesamt		100,0

Wechsel Dienst

	Häufigkeit	Prozent
Nie bis 5 Mal pro Monat		
mehr als 5 Mal pro Monat		
Gesamt		100,0

Deskriptive Statistik

	N	Mittelwert		Standardabweichung
	Statistik	Statistik	Standardfehler	Statistik
Quantitative Anforderungen				
B1_1 - Müssen Sie sehr schnell arbeiten?				
B1_2 - Ist Ihre Arbeit ungleich verteilt, so dass sie sich auftrümt?				
B1_3 - Wie oft kommt es vor, dass Sie nicht genügend Zeit haben, alle Aufgaben zu erledigen?				
B1_4 - Müssen Sie Überstunden machen?				
Emotionale Anforderungen				
B1_5 - Bringt Ihre Arbeit Sie in emotional belastende Situationen?				
B1_6 - Fühlen Sie sich bei Ihrer Arbeit emotional eingebunden?				
B1_7 - Ist Ihre Arbeit emotional fordernd?				
Anforderungen, Emotionen zu verbergen				
B1_8 - Verlangt Ihre Arbeit von Ihnen, dass Sie Ihre Gefühle verbergen?				
B1_9 - Verlangt Ihre Arbeit von Ihnen, sich mit Ihrer Meinung zurück zu halten?				
Work-privacy conflict				
B2_1 - Die Anforderungen meiner Arbeit stören mein Privat- und Familienleben				
B2_2 - Der Zeitaufwand meiner Arbeit macht es schwierig für mich, meinen privaten Pflichten nachzukommen				
B2_3 - Dinge, die ich zu Hause machen möchte, bleiben wegen der Anforderungen meiner Arbeit liegen				
B2_4 - Meine Arbeit erzeugt Stress, der es schwierig macht, privaten Verpflichtungen nachzukommen				
B2_5 - Wegen beruflicher Verpflichtungen muss ich Pläne für private Aktivitäten ändern				
Einfluss bei der Arbeit				
B3_1 - Haben Sie großen Einfluss auf Ihre Arbeit?				
B3_2 - Haben Sie Einfluss darauf, mit wem Sie arbeiten?				

B3_3 - Haben Sie Einfluss auf die Menge der Arbeit, die Ihnen übertragen wird?			
B3_4 - Haben Sie Einfluss darauf, was Sie bei Ihrer Arbeit tun?			
Entscheidungsspielraum			
B3_5 - Können Sie selbst bestimmen, wann Sie eine Pause machen?			
B3_6 - Können Sie mehr oder weniger frei entscheiden, wann Sie Urlaub machen?			
B3_7 - Können Sie Ihre Arbeit unterbrechen, um sich mit Kollegen zu unterhalten?			
B3_8 - Wenn Sie private Dinge erledigen müssen, können Sie Ihren Arbeitsplatz ohne Erlaubnis verlassen?			
Entwicklungsmöglichkeiten			
B4_1 - Ist Ihre Arbeit abwechslungsreich?			
B5_1 - Verlangt es Ihre Arbeit, dass Sie die Initiative ergreifen?			
B5_2 - Haben Sie die Möglichkeit durch Ihre Arbeit neue Dinge zu erlernen?			
B5_3 - Können Sie Ihre Fertigkeiten oder Ihr Fachwissen bei der Arbeit anwenden?			
Bedeutung der Arbeit			
B5_4 - Ist Ihre Arbeit sinnvoll?			
B5_5 - Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Arbeit wichtig ist?			
B5_6 - Fühlen Sie sich motiviert und eingebunden in Ihre Arbeit?			
Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz			
B5_7 - Sind Sie stolz dieser Einrichtung anzugehören?			
B5_8 - Erzählen Sie anderen gerne über Ihren Arbeitsplatz?			
B5_9 - Erleben Sie Probleme Ihrer Arbeitsstelle als Ihre eigenen?			
B5_10 - Hat Ihre Arbeitsstelle große persönliche Bedeutung für Sie?			
Vorhersehbarkeit			
B6_1 - Werden Sie rechtzeitig im Voraus über Veränderungen an Ihrem Arbeitsplatz informiert?			

B6_2 - Erhalten Sie alle Informationen, die Sie brauchen, um Ihre Arbeit gut zu erledigen?			
Rollenklarheit			
B6_3 - Wissen Sie genau, wie weit Ihre Befugnisse bei der Arbeit reichen?			
B6_4 - Gibt es klare Ziele für Ihre Arbeit?			
B6_5 - Wissen Sie genau, welche Dinge in Ihren Verantwortungsbereich fallen?			
B6_6 - Wissen Sie genau, was von Ihnen bei der Arbeit erwartet wird?			
Rollenkonflikte			
B6_7 - Machen Sie Dinge auf Arbeit, die von einigen Leuten akzeptiert werden, von anderen aber nicht?			
B6_8 - Werden bei Ihrer Arbeit widersprüchliche Anforderungen gestellt?			
B6_9 - Müssen Sie manchmal Dinge tun, die eigentlich auf andere Weise getan werden sollten?			
B6_10 - Müssen Sie manchmal Dinge tun, die Ihnen unnötig erscheinen?			
Führungsqualität			
B7_1 - ... für gute Entwicklungsmöglichkeiten der einzelnen Mitarbeiter sorgt?			
B7_2 - ... der Arbeitszufriedenheit einen hohen Stellenwert beimisst?			
B7_3 - ... die Arbeit gut plant?			
B7_4 - ... Konflikte gut löst?			
Soziale Unterstützung			
B8_1 - Wie oft erhalten Sie Hilfe und Unterstützung von Ihren Kollegen?			
B8_2 - Wie oft sind Ihre Kollegen bereit, sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören?			
B8_3 - Wie oft erhalten Sie Hilfe und Unterstützung von Ihrem unmittelbaren Vorgesetzten?			
B8_4 - Wie oft ist Ihr unmittelbarer Vorgesetzter bereit, sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören?			
Feedback / Rückmeldung			
B8_5 - Wie oft spricht Ihr Vorgesetzter mit Ihnen über die Qualität Ihrer Arbeit?			

B8_6 - Wie oft sprechen Ihre Kollegen mit Ihnen über die Qualität Ihrer Arbeit?			
Soziale Beziehungen			
B8_7 - Arbeiten Sie getrennt von Ihren Kollegen?			
B8_8 - Können Sie sich mit Kollegen unterhalten, während Sie arbeiten?			
Gemeinschaftsgefühl			
B8_9 - Ist die Atmosphäre zwischen Ihnen und Ihren Arbeitskollegen gut?			
B8_10 - Ist die Zusammenarbeit zwischen den Arbeitskollegen gut?			
B8_11 - Fühlen Sie sich an Ihrer Arbeitsstelle als Teil einer Gemeinschaft?			
Mobbing			
B8_12 - Wie oft fühlen Sie sich durch Kollegen und Vorgesetzte zu unrecht kritisiert, schikaniert oder bloßgestellt?			
Unsicherheit des Arbeitsplatzes			
B9_1 - Machen Sie sich sorgen, dass Sie arbeitslos werden?			
B9_2 - Machen Sie sich sorgen, dass neue Technologien sie überflüssig machen?			
B9_3 - Machen Sie sich sorgen, dass es schwierig für Sie wäre, eine neue Arbeit zu finden, wenn Sie arbeitslos würden?			
B9_4 - Machen Sie sich sorgen, dass man Sie gegen Ihren Willen auf eine andere Arbeitsstelle versetzen könnte?			
Dialysespezifische Fragen			
Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Nadelstichverletzung?			
Haben Sie in den letzten 12 Monaten körperliche Aggressionen durch Patienten erlebt?			
Haben Sie in den letzten 12 Monaten verbale Aggressionen durch Patienten erlebt?			
B9a_4 - Haben Sie bei Ihrer Arbeit Angst sich mit einer blutübertragbaren Erkrankung anzustecken?			
B9a_5 - Fühlen Sie sich durch verbale/körperliche Aggressionen von Patienten oder von ihren Angehörigen belastet?			

B9a_6 - Werden von Ihnen viele patientenferne Aufgaben verlangt (z.B. Organisation, Dokumentation)?			
B9a_7 - Belastet Sie der Umgang mit Tod und Leid der Patienten?			
Gedanke an Berufsaufgabe			
B10 - Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten daran gedacht, Ihren Beruf aufzugeben?			
Arbeitszufriedenheit			
B11_1 - Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Berufsperspektiven?			
B11_2 - Wie zufrieden sind Sie mit den Leuten mit denen Sie arbeiten?			
B11_3 - Wie zufrieden sind Sie mit den körperlichen Arbeitsbedingungen?			
B11_4 - Wie zufrieden sind Sie mit der Art und Weise wie Ihre Abteilung geführt wird?			
B11_5 - Wie zufrieden sind Sie mit der Art und Weise wie Ihre Fähigkeiten genutzt werden?			
B11_6 - Wie zufrieden sind Sie mit den Herausforderungen und Fertigkeiten, die Ihre Arbeit beinhaltet?			
B11_7 - Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit insgesamt, unter Berücksichtigung aller Umstände?			
Allgemeiner Gesundheitszustand			
B12 - derzeitiger bester Gesundheitszustand			
Copenhagen Burnout Inventory			
B13_1 - Wie häufig fühlen Sie sich müde?			
B13_2 - Wie häufig sind Sie körperlich erschöpft?			
B13_3 - Wie häufig sind Sie emotional erschöpft?			
B13_4 - Wie häufig denken Sie "Ich kann nicht mehr!"?			
B13_5 - Wie häufig fühlen Sie sich ausgelaugt?			
B13_6 - Wie häufig fühlen Sie sich schwach und Krankheitsanfällig?			
Kognitive Stresssymptome			
B14_1 - Wie oft hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen Konzentrationsprobleme?			

<p>B14_2 - Wie oft hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen?</p>				
<p>B14_3 - Wie oft hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen Schwierigkeiten, sich zu erinnern?</p>				
<p>B14_4 - Wie oft hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen Schwierigkeiten, klar zu denken?</p>				
<p>Lebenszufriedenheit</p>				
<p>B15_1 - In den meisten Bereichen entspricht mein Leben meinen Idealvorstellungen.</p>				
<p>B15_2 - Meine Lebensbedingungen sind ausgezeichnet.</p>				
<p>B15_3 - Ich bin mit meinem Leben zufrieden.</p>				
<p>B15_4 - Bisher habe ich die wesentlichen Dinge erreicht, die ich mir für mein Leben wünsche.</p>				
<p>B15_5 - Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich kaum etwas ändern.</p>				

**C1. Haben Sie Vorschläge/Wünsche zur Verbesserung Ihrer psychosozialen Arbeitssituation?
(Modifikation aus Datenschutzgründen)**

[Redacted text block containing multiple lines of blacked-out content]

Literatur

Anderson, J.E., Torres, J.R., Bitter, D.C., Anderson, S.C. & Briefel, G.R. (1999). Role of physician assistants in dialysis units and nephrology. *American Journal of Kidney Diseases*, 33(4), 647-651

Bogatz, S., Colasanto, R. & Sweeney, L. (2005). Defining the impact of high patient/staff ratios on dialysis social workers. *Nephrology News & Issues*, 19 (2), 55-60

Bommer, J. Prevalence and socio-economic aspects of chronic kidney disease. *Nephrology Dialysis Transplantation* (2002), 17 (Suppl 11), 8-12

Brokalaki, H., Matziou, V., Thanou, J., Ziropiannis, P., Dafni, U. & Papadatou, D. (2001). Job-related stress among nursing personnel in Greek dialysis units. *EDTNA/ERCA Journal*, 27(4), 181-186

Frei, U. & Schober-Halstenberg, H.-J. (2008). *Nierenersatztherapie in Deutschland – Bericht über Dialysebehandlung und Nierentransplantation in Deutschland*. Berlin: QuaSi-Niere gGmbH.

Glaser, J., Lampert, B. & Weigl, M. (2008). *Arbeit in der stationären Altenpflege – Analyse und Förderung von Arbeitsbedingungen, Interaktion, Gesundheit und Qualität*. Dortmund: INQA

Hasselhorn, H.-M., Müller, B.H. & Tackenberg, P. (2005). *NEXT Scientific Report July 2005*. Wuppertal: University of Wuppertal.

Jassal, S.V., Trpeski, L., Zhu, N., Fenton, S. & Hemmelgarn, B. (2007). Changes in survival among elderly patients initiating dialysis from 1990 to 1999. *Canadian Medical Association Journal*, 177(9), 1033-1038

Kapucu, S.S., Akuus, Y., Akdemir, N. & Karacan, Y. (2009). The burnout and exhaustion levels of nurses working in haemodialysis units. *Journal of Renal Care*, 35(3), 134-140

Kotzabassaki, S. & Parissopoulos, S. (2003). Burnout in renal care professionals. *EDTNA, ERCA Journal*, 29(4), 209-213

Lewis, S.L., Campbell, M.A., Beckett, P.J., Cooper, C.L., Bonner, P.N. & Hunt, W.C. (1992). Work stress, burnout, and sense of coherence among dialysis nurses. *ANNA Journal*, 19(6), 545-553

Muthny, F.A. (1989). Job strains and job satisfaction of dialysis nurses. *Psychother Psychosom*, 51(3), 150-155

Nakahara, N., Morita, N., Uchida, M., Kishimoto, T. & Miura, K. (2004). Nursing care for dialysis patients in Japan. *EDTNA, ERCA-Journal*, 30(4), 217-229

Nübling, M., Stößel U., Hasselhorn, M., Michaelis M., Hofmann F. (2005). Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen. Schriftenreihe der BAuA Dortmund/Berlin/Dresden

Nübling, N., Vomstein, M., Schmidt, S.G., Gregersen, S., Dulon, M. & Nienhaus, A. (2010). Psychosocial work load and stress in the geriatric care.

Perumal, A. & Segal, A.R. (2003). Job satisfaction and patient care practices of hemodialysis nurses and technicians. *Nephrology Nursing Journal*, 30(5), 523-528

Richmond, I.J. (1986). Dialysis nurses coping with stress through a peer support group. *Journal of Nephrology Nursing*, 3(2), 52-54

Ridley, J., Wilson, B., Harwood, L & Laschinger, H.K. (2009). Work environment, health outcomes and magnet hospitals traits in the Canadian nephrology nursing scene. *The CANNT Journal*, 19(1),28-35

Ross, J., Jones, J., Callaghan, P., Eales, S. & Ashman, N. (2009). A survey of stress, job satisfaction and burnout among haemodialysis staff. *Journal of Renal Care*, 35(3), 127-133

Statistisches Bundesamt (2006). Bevölkerung in Deutschland bis 2050. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Interviewprotokollbogen

Hinweis: Bitte nach dem Interview durchführen

Einrichtungsnummer: _____

Interviewer: _____

Datum _____ Dauer _____ Min. _____

Ort/Räumlichkeit: _____

Interviewatmosphäre:

Interaktion im Interview:

Schwierige Passagen:

Sonstiges:

Ergebnisbericht	Planung der Maßnahme	Umsetzung der Maßnahmen	Evaluation
<ul style="list-style-type: none"> -Umgang mit Ergebnisbericht -Verständlichkeit -Beurteilung Ergebnisbericht -Wer hat ihn gelesen -Steuerkreis/Akteure -Rückmeldung an die Mitarbeiter -Ergebnisse 	<ul style="list-style-type: none"> -geplante Maßnahmen -förderliche/hinderliche Aspekte -Ermittlung des Themas -Schwerpunkte -Wer entscheidet -Maßnahmenermittlung -Ziel der Maßnahme -Einsatzort der Maßnahme -Qualitätsmanagement/BGM -weitere Maßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> -Umgesetzte Maßnahmen -Vorgehensweise -förderliche/ hinderliche Aspekte -Wann eingeführt 	<ul style="list-style-type: none"> -Aufwand – Nutzen Relation -erneute Befragung -Erfahrungen -Zusammenarbeit -Gefährdungsbeurteilung -Unterstützung -Empfehlungen -Anmerkungen -Teilnahmemotivation

Sammeln

- War das Erkennen von Schwächen und Stärken in Ihrer Einrichtung nützlich?
- War der Ergebnisbericht für Sie verständlich?
- Haben Sie den Ergebnisbericht gelesen?
- Wie sind Sie weiter vorgegangen, nachdem Sie den Ergebnisbericht erhalten und gelesen haben?
- Wer hat den Ergebnisbericht gelesen?
- Welcher Arbeitskreis war an der Besprechung der Ergebnisse beteiligt?
- Gab es eine Rückmeldung der Ergebnisse an die Mitarbeiter?
 - Wenn ja, in welcher Form?
 - Wenn nein, warum nicht?
- Wurden aufgrund des Ergebnisberichtes Maßnahmen geplant?
- Was wurde in Ihrer Einrichtung in diesem Zusammenhang geplant?
- Warum nicht?
- Wie sind Sie von den Ergebnissen, zur Planung von Maßnahmen übergegangen?
Überschneidung mit Frage nach Eisbrecherfrage?
- Wer wurde bei der Vorbereitung eingebunden?
- Wie haben Sie die Schwerpunkte gesetzt, bei der Überlegung, welches Thema behandelt werden soll?
- Wer hat entschieden, welches Thema behandelt werden soll
- Wie wurde entschieden welches Problem/Thema behandelt werden soll? (z.B. Abstimmung,
- Wurden aus den Ergebnissen Maßnahmen zur Verbesserung der aktuellen Situation abgeleitet? ----Was wurde in Ihrer Einrichtung in diesem Zusammenhang getan?
- Welche Personen oder Personengruppen haben sich mit der Umsetzung von den Maßnahmen beschäftigt?
 - Wie wurde die Maßnahme ermittelt? (z.B. Brainstorming, good practice aus anderen Einrichtungen; Recherche; Gruppendiskussion, Fragebogen,)
 - Wie wurde die Maßnahme umgesetzt, welche Schritte wurden eingeleitet (z.B.)
 - Welche fördernden Faktoren haben Ihnen während der Maßnahmenumsetzung geholfen?
oder
 - Wie wurde die Einführung gefördert?(Informationen, Unterstützung von...)
 - Welche hemmenden Faktoren haben Ihnen während der Maßnahmenumsetzung Probleme bereitet? oder
- Gab es Behinderungen (welche) ?
- Welche Erfahrungen haben Sie bisher gemacht?
- Die Erfahrungen die Sie mit den Maßnahmen gemacht haben sind eher...
- welches Ziel verfolgt die Maßnahme?

- Auf einer Skala von 1-6 (Schulnoten). Wie bewerten Sie die Maßnahme als Verbesserung im Vergleich zu vorher
- Haben Sie bereits eine Gefährdungsbeurteilung in Ihrer Einrichtung zum Thema psychische Belastung durchgeführt?
- Wussten Sie, dass die Ergebnisse der Befragung ein Teil der Gefährdungsbeurteilung zum Thema psychische Belastungen sind?
- Haben sie die Maßnahme bereits auf Ihre Wirksamkeit hin überprüft? (z.B. erneute COPSOQ-Befragung)
- Planen Sie eine Wiederholung der COPSOQ Befragung in Ihrer Einrichtung?

- Brauchen Sie Unterstützung von Außen für (weitere) Verbesserungsmaßnahmen?
- In Bezug auf den Umgang mit den Ergebnissen und der anschließenden Maßnahmenentwicklung und -durchführung: Haben Sie einen besonderen Rat für andere Einrichtungen?
- Gibt es noch Anmerkungen zum Interview?

Prüfen

1. -Nachdem Sie den Ergebnisbericht erhalten haben, wie sind Sie mit ihm umgegangen?--> was wollen wir hören? Nur was wir schon wissen!!?
2. -Wer hat den Ergebnisbericht gelesen? → verständlich ?
3. -Welcher Arbeitskreis war an der Besprechung der Ergebnisse beteiligt? (war dieser Arbeitskreis durchgehend, also bis zur Maßnahmenumsetzung an dem Prozess beteiligt?)
4. -Gab es eine Rückmeldung der Ergebnisse an die Mitarbeiter? (wie bzw. warum nicht?)
5. -Nachdem Sie sich mit dem Ergebnisbericht beschäftigt haben, wie ging es weiter, was haben Sie/ wurde daraufhin geplant?
6. -Wer wurde bei der Vorbereitung eingebunden?
7. -Wie haben Sie die Schwerpunkte gesetzt, bei der Überlegung, welches Thema behandelt werden soll?
8. -Wer hat entschieden, welches Thema behandelt werden soll
9. -Wie wurde entschieden welches Thema behandelt werden soll? (z.B. Abstimmung
10. Wurde darüber abgestimmt → wenn ja, wer war stimmberechtigt
11. -Welche Maßnahmen zur Verbesserung der aktuellen Situation wurde aus dem Ergebnisbericht abgeleitet?
12. -(Welche Personen oder Personengruppen haben sich mit der Umsetzung von den Maßnahmen beschäftigt?
13. -Wie wurde die Maßnahme ermittelt?
14. -welches Ziel verfolgt die Maßnahme konkret?

15. -Wie wurde die Maßnahme umgesetzt, welche Schritte wurden eingeleitet
16. -Welche unterstützenden Faktoren haben die Einführung gefördert?
17. -Welche Behinderungen die Ihnen während der Maßnahmenumsetzung Probleme bereitet haben gab es? → direkt nach welche Fragen damit offen?
18. -Welche Erfahrungen haben Sie bisher gemacht? (positive oder negative?)
19. -Auf einer Skala von 1-10 (10 das beste). Wie bewerten Sie die Maßnahme als Verbesserung im Vergleich zu vorher
20. -Haben Sie bereits eine Gefährdungsbeurteilung in Ihrer Einrichtung zum Thema psychische Belastung durchgeführt?
21. -Wussten Sie, dass die Ergebnisse der Befragung ein Teil der Gefährdungsbeurteilung zum Thema psychische Belastungen sind?
22. -Haben Sie die Maßnahme bereits auf Ihre Wirksamkeit hin überprüft? (z.B. erneute COPSOQ-Befragung (geplant?))
23. -Brauchen Sie Unterstützung von Außen für (weitere) Verbesserungsmaßnahmen?
24. -In Bezug auf den Umgang mit den Ergebnissen und der anschließenden Maßnahmenentwicklung und -durchführung: Haben Sie einen besonderen Rat für andere Einrichtungen?
25. -Gibt es noch Anmerkungen zum Interview?

Sortieren

Einführung

- War das Erkennen von Schwächen und Stärken in Ihrer Einrichtung nützlich?
- War der Ergebnisbericht für Sie verständlich?
- Haben Sie den Ergebnisbericht gelesen?
- Wie sind Sie weiter vorgegangen, nachdem Sie den Ergebnisbericht erhalten und gelesen haben?
- Wer hat den Ergebnisbericht gelesen?
- Welcher Arbeitskreis war an der Besprechung der Ergebnisse beteiligt?
- Gab es eine Rückmeldung der Ergebnisse an die Mitarbeiter?
 - Wenn ja, in welcher Form?
 - Wenn nein, warum nicht?

Planungsphase/ Vorbereitung

- Wurden aufgrund des Ergebnisberichtes Maßnahmen geplant?
 - Was wurde in Ihrer Einrichtung in diesem Zusammenhang geplant?
 - Warum nicht?
- Wie sind Sie von den Ergebnissen, zur Planung von Maßnahmen übergegangen?
Überschneidung mit Frage nach Eisbrecherfrage?
- Wer wurde bei der Vorbereitung eingebunden?
- Wie haben Sie die Schwerpunkte gesetzt, bei der Überlegung, welches Thema behandelt werden soll?
- Wer hat entschieden, welches Thema behandelt werden soll
- Wie wurde entschieden welches Problem/Thema behandelt werden soll? (z.B. Abstimmung, Wurde darüber abgestimmt → wenn ja, wer war stimmberechtigt

Maßnahmen

- Wurden aus den Ergebnissen Maßnahmen zur Verbesserung der aktuellen Situation abgeleitet? ----Was wurde in Ihrer Einrichtung in diesem Zusammenhang getan?
- Welche Personen oder Personengruppen haben sich mit der Umsetzung von den Maßnahmen beschäftigt?
- Wie wurde die Maßnahme ermittelt? (z.B. Brainstorming, good practice aus anderen Einrichtungen; Recherche; Gruppendiskussion, Fragebogen,)
- Wie wurde die Maßnahme umgesetzt, welche Schritte wurden eingeleitet (z.B.)
- Welche fördernden Faktoren haben Ihnen während der Maßnahmenumsetzung geholfen?
oder

- Wie wurde die Einführung gefördert?(Informationen, Unterstützung von...)
- Welche hemmenden Faktoren haben Ihnen während der Maßnahmenumsetzung Probleme bereitet? oder
- Gab es Behinderungen (welche) ?
- Welche Erfahrungen haben Sie bisher gemacht?
- Die Erfahrungen die Sie mit den Maßnahmen gemacht haben sind eher...
- welches Ziel verfolgt die Maßnahme?

Situation im Betrieb nach Einführung Mayer

- Auf einer Skala von 1-6 (Schulnoten). Wie bewerten Sie die Maßnahme als Verbesserung im Vergleich zu vorher
- Haben Sie bereits eine Gefährdungsbeurteilung in Ihrer Einrichtung zum Thema psychische Belastung durchgeführt?
- Wussten Sie, dass die Ergebnisse der Befragung ein Teil der Gefährdungsbeurteilung zum Thema psychische Belastungen sind?

Evaluation

- Haben sie die Maßnahme bereits auf Ihre Wirksamkeit hin überprüft? (z.B. erneute COPSOQ-Befragung)
- Planen Sie eine Wiederholung der COPSOQ Befragung in Ihrer Einrichtung?

Unterstützung

- Brauchen Sie Unterstützung von Außen für (weitere) Verbesserungsmaßnahmen?
- In Bezug auf den Umgang mit den Ergebnissen und der anschließenden Maßnahmenentwicklung und -durchführung: Haben Sie einen besonderen Rat für andere Einrichtungen?

Soziodemographische Fragen

Sonstiges

- Gibt es noch Anmerkungen zum Interview?

Subsumieren

Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check- Wurde das erwähnt? (Nachfragen)	Konkrete Fragen (Inhaltliche Aspekte)	Hilfs- und Nachfassfragen
<p>I Ergebnisbericht</p> <p>Nachdem Sie/Ihre Einrichtung den Ergebnisbericht (EB) erhalten haben, wie sind Sie mit Ihm umgegangen und wie haben Sie mit ihm gearbeitet?</p>	<p>-war der EB verständlich?</p> <p>-Wie beurteilen Sie den EB? [vlt. Skala von 1-10]</p> <p>Was war gut und hilfreich/was kritisch oder unverständlich?</p> <p>Was hätten Sie noch gebraucht oder sich gewünscht?</p> <p>-Wer hat den Ergebnisbericht gelesen?</p> <p>-Gab es einen Steuerkreis?</p> <p>Wenn ja, welche betrieblichen Akteure waren daran beteiligt?</p> <p>-Rückmeldung an die Mitarbeiter?</p> <p>Wenn ja, in welcher Form, wenn nein, warum nicht?</p>	<p>-Wurden die Ergebnisse in Ihrer Einrichtung diskutiert? (mit wem?)</p> <p>-Nachvollziehbare Ergebnisse? →</p> <p>-Was meinen Sie warum einige Ergebnisse aus der Befragung positiv und einige Ergebnisse kritisch ausgefallen sind, woran kann das liegen?</p> <p>-Was meinen Sie, warum gerade diese Aspekte in den Dialyse-Einrichtungen (Im Vergleich zu den Vergleichsgruppen) auffallen?</p>	<p>-Waren die Ergebnisse eine Überraschung oder haben Sie bereits Vermutetes bestätigt?</p>

Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check- Wurde das erwähnt? (Nachfragen)	Konkrete Fragen (Inhaltliche Aspekte)	Hilfs- und Nachfassfragen
<p><u>II Planungsphase/ Vorbereitung</u> -Nachdem Sie sich mit dem Ergebnisbericht auseinander gesetzt haben, wie haben Sie weitergearbeitet?</p>	<p>-Wurden Maßnahmen geplant? Was?, warum nicht?</p> <p>-Welcher Aspekt(e) wurde aus dem EB herausgearbeitet und behandelt?</p> <p>-Wie wurde priorisiert, welcher Aspekt angegangen wird?</p> <p>-Wer hat es entschieden?</p> <p>-Wie wurde die Maßnahme ermittelt?</p> <p>-Welches Ziel verfolgt Maßnahme?</p>	<p>-Was war förderlich bei der M.-Planung</p> <p>-Was war hinderlich bei der M.-Planung?</p> <p>-In welchem Betriebsbereich wurde die M. durchgeführt?</p> <p>Haben Sie ein BGM?</p> <p>-Ist ein QM vorhanden? Gibt es Ablaufprozesse für eine Maßnahmenentwicklung?</p> <p>-Was ist mit den anderen Aspekten die kritisch ausgefallen sind? Sind weitere Maßnahmen geplant?</p>	<p>-Wurden weitere Aspekte herausgearbeitet?</p> <p>-</p>

Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check- Wurde das erwähnt? (Nachfragen)	Konkrete Fragen (Inhaltliche Aspekte)	Hilfs- und Nachfassfragen
<p><u>III Maßnahmen</u></p> <p>-Wie ging es weiter nach der Planung? Wurden die von Ihnen genannten Maßnahmen zur Verbesserung der Situation umgesetzt?</p>	<p>-Welche Maßnahme wurde umgesetzt?</p> <p>-Wie sind Sie bei der Umsetzung vorgegangen?</p>	<p>-fördernde Faktoren für Einführung von Maßnahme?</p> <p>-Hindernisse?</p> <p>-Wann wurde die Maßnahme eingeführt?</p>	

Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check- Wurde das erwähnt? (Nachfragen)	Konkrete Fragen (Inhaltliche Aspekte)	Hilfs- und Nachfassfragen
<u>IV Evaluation</u> -Wie sah bzw. wie soll die Erfolgskontrolle der Maßnahme aussehen?	-erneute Befragung (geplant?) -Aufwand – Nutzen Relation?	-Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit der Maßnahme gemacht? (positive/ negative?) -Hat sich aus Ihrer Sicht die damalige Studienteilnahme gelohnt? -Angenommen Sie hätten die damalige Befragung noch nicht mitgemacht, was würden Sie sich mit heutiger Erfahrung bei einer erneuten Befragung wünschen	-Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit der BGW?
<u>V Sonstiges</u>		-Haben Sie eine besondere Empfehlung für andere Einrichtungen, die diese oder vergleichbare M. durchführen wollen? -Gibt es noch Anmerkungen zum Interview? -Teilnahmemotivation an diesem Interview?	

Hamburg, 05.11.2012

Datenerhebung bei Mitgliedsbetrieben (Dialyseeinrichtungen) im Rahmen einer Bachelorarbeit

Fr. Garbers (Praktikantin GPR)

1. Sachverhalt

Fr. Garbers ist Bachelorstudentin und absolviert derzeit ein Praktikum im Bereich GPR. Im Rahmen dieses Praktikums wird Fr. Garbers Vor-Ort-Interviews bei Dialyseeinrichtungen (=Mitgliedsbetriebe der BGW) durchführen, die an der bereits abgeschlossenen BGW-Studie „Erhebung psychischer Belastungen bei Mitarbeitern von Dialyseeinrichtungen“ teilgenommen haben. Die Einrichtungen werden befragt, wie sie mit den Ergebnissen der Studie weitergearbeitet haben und ob sie aufgrund des Ergebnisberichts Maßnahmen zur Verbesserung der Situation im Betrieb abgeleitet haben. Die Ergebnisse der Befragung wird Frau Garbers für ihre Bachelorarbeit auswerten und aufbereiten. Darüber hinaus ist von Seiten der BGW geplant, diese Informationen zu nutzen und in einer Handlungshilfe mit Praxisbeispielen für interessierte Dialyseeinrichtungen zu verfassen und zu veröffentlichen.

Fr. Garbers bittet um Prüfung, ob sie für die geplante Befragung eine Einwilligungserklärung der Betriebe benötigt oder ob ein Informationsschreiben den datenschutzrechtlichen Anforderungen genügt.

2. Stellungnahme

a) Zulässigkeit der Datenerhebung

Die Erhebung von Sozialdaten ist zulässig, wenn ihre Kenntnis zur Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe der BGW nach dem SGB erforderlich ist. Dies gilt auch für besondere Arten personenbezogener Daten (§ 67a Abs. 1 S. 1 und S. 2 SGB X).

Zu den Aufgaben der BGW zählt gemäß § 199 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB X die Erforschung von Risiken und Gesundheitsgefahren für die Versicherten. Vorliegend soll mittels einer Befragung ermittelt werden, ob die Dialyseeinrichtungen, die an der Dialyse-Studie der BGW teilgenommen haben, auf Grundlage des Ergebnisberichts der Studie Verbesserungsmaßnahmen für sich abgeleitet haben. Da dieses Vorhaben eng mit der durchgeführten Dialyse-Studie verknüpft ist und letztlich in eine Handlungshilfe für die Praxis münden soll, gehört es noch zur Erforschung von Gesundheitsgefahren für eine Gruppe von BGW-Versicherten (Dialysemitarbeiter), womit die BGW eine ihrer Aufgaben wahrnimmt.

Die Kenntnis der Angaben der Dialyseeinrichtungen ist zur Erfüllung dieser Aufgabe auch erforderlich. Die Erhebung der Daten ist das geeignete Mittel, um herauszufinden, welche Schlussfolgerungen die Einrichtungen nach Teilnahme an der Dialysestudie für sich gezogen haben.

Die Erhebung findet gemäß § 67a Abs. 2 S. 1 SGB X beim Betroffenen, der jeweiligen Dialyseeinrichtung, statt. Es gelten somit die Vorgaben des § 67a Abs. 3 SGB X. Danach ist der Betroffene über die Zweckbestimmung der Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung und die Identität der verantwortlichen Stelle zu unterrichten (§ 67a Abs. 1 S. 1 SGB X). Da es vorliegend keine gesetzliche

Verpflichtung zur Auskunft gibt, ist der Betroffene gemäß § 67 a Abs. 3 S. 3 SGB X zudem auf die Freiwilligkeit seiner Angaben hinzuweisen.

Die Zweckbestimmung müsste demnach (z.B. in einem Informationsschreiben) ausreichend erläutert werden. Es muss den zu befragenden Mitgliedsbetrieben deutlich gemacht werden, dass die Daten zunächst von Fr. Garbers für ihre Bachelorarbeit erhoben und ausgewertet werden und darüber hinaus gespeichert werden, um zu einem späteren Zeitpunkt in die geplante Handlungshilfe mit Praxisbeispielen für interessierte Dialyseeinrichtungen einzufließen. In jedem Fall müsste das Informationsschreiben eindeutig auf die Freiwilligkeit der Angaben hinweisen. Die Betriebe müssen darüber aufgeklärt werden, was mit ihren Angaben geschieht, so dass sie freiwillig entscheiden können, ob sie an der Befragung teilnehmen wollen oder nicht.

b) Zulässigkeit der Verarbeitung und Nutzung der Daten

Die Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten ist gemäß § 67b Abs. 1 S. 1 SGB X zulässig, wenn eine Vorschrift des SGB dies anordnet oder zulässt oder soweit eine Einwilligung des Betroffenen vorliegt. Eine solche Vorschrift ist § 67c Abs. 1 SGB X, wonach das Speichern, Verändern und Nutzen von Sozialdaten zulässig ist, wenn es zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der BGW gemäß SGB erforderlich ist und es für die Zwecke erfolgt, für die die Daten erhoben worden sind.

Die gesetzliche Aufgabe besteht hier in der Erforschung von Risiken und Gesundheitsgefahren für die Berufsgruppe der Dialyse-Mitarbeiter (s.o.). Um diese Aufgabe erfüllen zu können, sind die Daten auszuwerten und aufzubereiten, so dass z.B. entsprechende Rückschlüsse im Hinblick auf die Prävention von Gesundheitsgefahren aber auch auf konkrete Verbesserungsmaßnahmen in den Betrieben gezogen werden können. Darüber hinaus erfolgt die Speicherung und Verwendung der Sozialdaten für die Zwecke, für die sie zuvor erhoben worden sind (s.o.), so dass die Zweckbindung gewährleistet ist. Solange also die Daten nur für die Zwecke gespeichert und genutzt werden, über die das Informationsschreiben unterrichtet, ist dies zulässig gemäß § 67 c Abs. 1 SGB X.

3. Fazit

Wenn zu Beginn der Befragung eine Unterrichtung mit obigem Inhalt erfolgt ist, ist die Auswertung der erhobenen Daten für die Bachelorarbeit von Fr. Garbers ebenso zulässig wie die anschließende Weiterverwendung der Daten bzw. Ergebnisse durch die BGW für die geplante Handlungshilfe. Eine darüber hinaus reichende Nutzung der Daten für andere Zwecke ist nur unter den Voraussetzungen des § 67c Abs. 2 SGB X gestattet.

gez. Hömke

Dem Datenschutzbeauftragten der BGW, Herrn Ristig, m. d. B. um Zustimmung vorgelegt

einverstanden

nicht einverstanden

Hamburg, 07.11.12

.....
Ristig

Thema des Interviews: Erfassung von Vorgehensweisen zur Verbesserung der psychosozialen Arbeitssituation in Dialyse-Einrichtungen

Datum des Interviews: 10.12.2012

Dauer des Interviews: 61 Min.

Interview 1

- 1 I: Aus welcher Motivation heraus haben Sie an der damaligen Befragung
2 teilgenommen?
- 3 B: Wir haben erst etwas verspätet teilgenommen, die anderen waren vor uns
4 schon dran. Ich habe dann Kontakt zu der Projektmitarbeiterin von der BGW
5 aufgenommen und sie gefragt ob das noch geht. Was zunächst dazu geführt
6 hatte, dass wir erst nicht teilgenommen haben, weiß ich nicht mehr. Vielleicht
7 hatten wir es nicht richtig verstanden. Interne Qualitätsmessungen haben wir
8 in der Vergangenheit schon gemacht und fanden es auch immer wichtig.
9 Deswegen habe ich Kontakt zu der Projektmitarbeiterin von der BGW
10 aufgenommen, das passte da gut rein. Anfang 2011 haben wir dann
11 teilgenommen.
- 12 I: Kann man sagen in welchem Stadium sich Ihre Einrichtung da befand? War es
13 gerade so, dass man sagte es müsste jetzt was passieren?
- 14 B: Nein, das war es nicht. Es ist immer eine ganz stätige Entwicklung bei uns.
15 Wie überall gibt es mal Konflikte, aber da war nichts Besonderes. Es war so,
16 dass wir sagten, im Rahmen des Qualitätsmanagements wäre so etwas mal
17 wieder fällig.
- 18 I: Wie fanden Sie es die Ergebnisse der Fremdbefragung, die Befragung der
19 BGW, anzunehmen und zum Thema der eigenen Sache zu machen?
- 20 B: Das war okay da die Fragen gut formuliert waren.
- 21 I: Damit gab es keine Probleme?

22 B: Nein, im Gegenteil. Im Unterschied zu anderen Befragungen war es sogar
23 besser angepasst auf Dialyseverhältnisse.

24 I: Dann kommen wir zum ersten Themenblock. Als erstes möchte ich nur mit
25 Ihnen über den Ergebnisbericht sprechen, den Sie bekommen haben.

26 War der Ergebnisbericht für Sie verständlich?

27 B: Ja, da gab es keine Schwierigkeiten.

28 I: Wenn Sie den bewerten, auf einer Skala von 1 bis 10, wo 10 das Beste ist, wie
29 würden Sie das einordnen?

30 B: Mit 10 tut man sich immer schwer, da fehlt ja auch der Vergleich. Es war doch
31 sehr gut und sehr hilfreich.

32 I: Können Sie hilfreich genauer definieren? Was war besonders gut? Was war
33 nicht so gut?

34 B: Man hat ja immer eine gewisse Selbstwahrnehmung und guckt ob das passt
35 oder ob das nicht passt. Zudem guckt man ob der Bericht das reflektiert, was
36 man auch selber fühlt, wo die Probleme sind oder wo man weniger Probleme
37 hat. Das konnte der Bericht ganz gut abbilden. Deswegen ist das auch eine
38 Hilfe wenn man endlich ein Instrument hat in der Diskussion, womit man
39 zeigen kann: Da stehen wir etwa. Manches was man äußert gilt sonst immer
40 nur als Meinung.

41 I: Heißt es dass die Ergebnisse für Sie nachvollziehbar waren?

42 B: Ja, absolut! Es war keine Überraschung was dabei heraus gekommen ist.

43 I: Wer hat den Ergebnisbericht alles gelesen?

44 B: Ich, alle ärztlichen Kollegen und die Pflegedienstleitung.

45 I: Gab es einen Steuerkreis der sich damit beschäftigt hat?

46 B: Es ist so, dass wir uns regelmäßig im Team treffen. Dabei ist die
47 Pflegedienstleitung unserer verschiedenen Orte. Dazu gehört ein
48 Krankenpfleger, die Pflegedienstleitung das sind zwei und dann noch jemand
49 aus dem [REDACTED]

50 I: Und das ist der Steuerkreis der sich gebildet hat?

51 B: Naja, wir treffen uns permanent jeden Monat, am ersten [REDACTED] des Monats.
52 Danach treffen sich die Ärzte, so dass wir direkt das was vorher war auch
53 aufnehmen können und entsprechend entscheiden können.

54 I: In diesem Rahmen wurde also auch der Ergebnisbericht besprochen?

55 B: Genau, es gab keinen extra Arbeitskreis, da die Strukturen vorhanden sind um
56 so etwas zu bearbeiten.

57 I: Wurden die Mitarbeiter über die Ergebnisse informiert? Wenn ja, in welcher
58 Form fand das statt?

59 B: Ja, in einer internen Mitarbeiterfortbildung habe ich die Ergebnisse vorgestellt.

60 I: Sie haben es also in einer Präsentation zusammengefasst und so vorgestellt?

61 B: Ja, das kann ich Ihnen gleich zeigen, das war die Teambesprechung am 17.
62 Januar diesen Jahres. (zeigt es...). Das ist schon etwas zeitliche Verzögerung,
63 von dem Zeitpunkt an dem wir den Ergebnisbericht erhalten haben. Das wurde
64 in einer Fortbildung mit den Mitarbeitern vorgestellt. Damit alle wussten worum
65 es geht.

66 Der Fragebogen wurde erläutert. Dann habe ich die Ergebnisse einzeln
67 vorgestellt, denn sonst können die Mitarbeiter nicht sehr viel damit anfangen.
68 So ist es sehr nachvollziehbar. Es ist sehr interessant wie groß die
69 emotionalen Anforderungen sind. Man muss es ja hauptsächlich mit der
70 Dialyse vergleichen, andere Bereiche sind ja anders. Unsere Mitarbeiter
71 werden natürlich gefordert, weil es eine extrem anstrengende Arbeit ist. Aber
72 Sie haben eben auch viel Unterstützung und sind nicht so gestresst wie in
73 vielen anderen Dialysen, weil wir darauf achten dass wir gut besetzt sind und
74 nicht so viele Patienten versorgen müssen. Die gegenseitige Hilfe ist sehr
75 ausgeprägt. Die Mitarbeiter treffen sich auch privat und unternehmen
76 zusammen was. Das Klima ist ganz gut und das liegt hier auch daran, dass wir
77 Arbeitsbedingungen haben die eben besser sind als im Durchschnitt. Work-
78 privacy-conflict, da sieht man das zum Beispiel auch.

79 I: Haben Sie die Ergebnisse auch in der Einrichtung diskutiert, haben Sie
80 darüber gesprochen wieso die Ergebnisse positiv bzw. kritisch ausgefallen
81 sind?

82 B: Da kommen wir noch zu (zeigt weiter die Präsentation). Vieles ist hier ganz
83 ähnlich. Interessant ist die Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz. Es wird am
84 Ende auch immer diskutiert, da sind wir schlechter als die Dialysen gesamt.
85 Da werden Sie sich wahrscheinlich gefragt haben warum das so ist: Wir haben
86 ja mehrere verschiedene Standorte und die Mitarbeiter ziehen es vor immer
87 nur am selben Standort zu arbeiten. Das ist ihr Arbeitsplatz. Das geht aber
88 nicht, da die Vorgaben zum Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz,
89 Arbeitszeitregelungen usw. so sind, dass wir nicht immer die Mitarbeiter am
90 selben Ort einsetzen können. Das wäre vollkommen unwirtschaftlich und
91 würde einfach nicht funktionieren. Das geht nicht. Deswegen müssen sie halt
92 rotieren, sie müssen also auch an den anderen Arbeitsplätzen wo mit anderen
93 Geräten gearbeitet wird, mit anderen räumlichen Bedingungen, mit
94 verschiedenen Intensivstationen. Sie müssen sich also immer wieder
95 umstellen. Die Mitarbeiter rotieren. Es gibt zwar auch in Folge der Diskussion
96 und weil es der Wunsch der Mitarbeiter ist, so Kernteams an den
97 verschiedenen Orten. Wir sehen zu, dass die Mitarbeiter nach Möglichkeit
98 auch konstant eingesetzt werden können, doch wir können es halt nicht für
99 alle ständig verwirklichen. Wir haben also auch diskutiert wie es zu dieser
100 Bewertung kommt, bei der Verbundenheit mit den Arbeitsplätzen. Das liegt
101 also genau daran, dass sie sich nicht so verbunden und auch nicht so
102 verantwortlich fühlen, wenn sie wo anders sind.

103 I: Es wurde also auch mit den Mitarbeitern diskutiert?

104 B: Das ist das was wir in der Mitarbeiterfortbildung diskutiert haben.

105 Die Vorhersehbarkeit der Arbeit ist derselbe Punkt. Durch die Situation, dass
106 sich der Dienstplan schon mal ändert ist es eben manchmal nicht so
107 vorhersehbar.

108 Rollenklarheit ist schon gegeben. Rollenkonflikte sind hier geringer als wo
109 anders.

110 Qualität der Führung das ist ja so ganz schön, aber da kann man weiter
111 differenzieren. Da ist immer die Frage wie weit man es im Fragebogen
112 machen will, denn es gibt natürlich Unterschiede zwischen uns. Wir sind [REDACTED]
113 Ärzte, [REDACTED]Gesellschafter, wir sind sicherlich ganz unterschiedliche
114 Charaktere, wir haben eine Pflegedienstleitung die sicher sehr stark ist
115 berufsmäßig und auch sehr viele Dinge durchsetzt, die die Mitarbeiter erst mal
116 nicht gut finden, die sie jedoch durchsetzen muss damit es für alle erträglich
117 ist.

118 Bei der sozialen Unterstützung haben wir einen recht guten Wert.

119 Feedback, das hatte ich im Moment nicht verstanden wie das gemeint war.

120 I: Damit war u.a. gemeint dass z.B. Vorgesetzte ihren Mitarbeitern auch mal ein
121 Feedback geben.

122 B: „Wir werden zu wenig gelobt“, sagen die Mitarbeiter zum Beispiel! Da kommt
123 dann von Mitarbeitern gerne mal „wir möchten mehr gelobt werden“. Ich
124 persönlich finde das schade. Das ist sehr global. Es wäre natürlich ein gutes
125 Instrument, wenn man das noch individualisieren könnte, wenn jeder der eine
126 Leitungsfunktion hat eine Bewertung für sich kriegen würde. Das müsste man
127 denen dann aber auch anonymisiert vorlegen. Dann wäre dem einen oder
128 anderem klar, dass da Handlungsbedarf besteht. Es gibt meinerwegen einen
129 Kollegen, da sagen die Schwestern, dass er nicht wertschätzend ist. Wenn der
130 hier hin kommt spricht er uns nicht an und wenn sucht er einen männlichen
131 Kollegen um es mit dem zu klären. Spricht er mit Patienten, schneidet er ihnen
132 das Wort ab, als sei sowieso alles klar. Das ist schwierig es dem Kollegen bei
133 zu bringen, da er das so richtig findet. Bekommt er kein Feedback von
134 Patienten oder Mitarbeitern, so dass ihm das persönlich gesagt wird, dass
135 Patienten ihn auch gar nicht mehr sehen wollen, das ist sehr schwierig. Das
136 spiegelt sich in solchen Dingen wieder, da müssen wir gucken, wie wir als
137 Führung damit umgehen.

138 Soziale Beziehungen, ja das sieht natürlich schön aus, wobei wir jetzt nicht so
139 furchtbar viel machen. Wir machen einmal im Jahr eine Weihnachtsfeier oder
140 was ähnliches, manchmal im Sommer ein Grillfest oder eine Fahrradtour.

141 I: Da spielt auch mit rein, ob die Kollegen untereinander auch die Zeit haben mal
142 ein Wort zu wechseln.

143 B: Also die Zeit hat man eigentlich, man muss sich die Zeit nehmen. Man muss
144 das für wichtig halten, das liegt auch an der Einstellung. Wenn man viel zu tun
145 hat sehen die Mitarbeiter das ja auch. Wenn man sich jedoch mit den falschen
146 Dingen beschäftigt und das persönliche und interaktive nicht wichtig nimmt,
147 spüren sie das natürlich sehr genau.

148 Mobbing ist auch kein großes Thema bei uns, auch in anderen Einrichtungen
149 ist das ja nicht so verbreitet. Obwohl sich Dialyse ja dafür eignet, da man sehr
150 eng zusammen arbeitet und aufeinander angewiesen ist. Haben wir nur
151 Ansätze von Mobbing gespürt, sind wir immer sofort tätig geworden. Wir
152 haben auch eine sehr große Stabilität und wenig Fluktuation bei unseren
153 Mitarbeitern. Eine Mitarbeiterin kündigt, sie bedauert es sehr, allerdings
154 verdient sie woanders 800€ mehr, das können wir ihr leider nicht bieten. Da
155 sie nun ihre Wohnung alleine finanzieren muss hat sie sich entschlossen in die
156 Psychiatrie zu wechseln.

157 I: Ja, ich finde Ihre Präsentation sehr gut.

158 B: Sicherheit am Arbeitsplatz liegt im Durchschnitt. Es spielt darein, die Anzahl
159 der Patienten ist in den letzten zwei Jahren nicht gewachsen. Es gibt auch
160 lehrstehende Dialyseplätze, da macht man sich schon mal Gedanken wie das
161 weiter geht. Eine Entwicklung die viele Dialysen in den letzten Jahren so erlebt
162 haben. Es heißt immer es werden immer mehr Patienten, das ist aber nicht so.
163 Es gibt einzelne Dialysen die z.B. früher schlecht geführt wurden, die jetzt
164 besser geführt werden, die dann eben auch als Bereich besser bedienen
165 können als vorher. Die nehmen dann auch aus der Umgebung was ab, das ist
166 aber ganz natürlich. Dann gibt es große Dialysen die schon lange arbeiten, da
167 gibt es in [REDACTED] ja auch diesen großen Dialyseverbund, da ist genau
168 dieselbe Stagnation zu sehen. Ein Punkt ist glaube ich, dass viele Patienten
169 inzwischen Patientenverfügungen haben. Wenn sie ins Krankenhaus gehen,
170 wird danach ja als erstes gefragt. Und wenn sie eine haben bedeutet das
171 natürlich oft dass nicht mehr alles getan wird. Das ist durchaus sehr
172 zweischneidig. Ich rate auch vielen Patienten ab Patientenverfügungen zu

173 verassen, weil das Engagement, das doch manchmal extrem hilfreich wäre,
174 manchmal dafür die Grundlage nimmt. Hier ist keine Reanimation gewünscht,
175 der Patient will nicht auf die Intensivstation, will nicht mit Apparaten behandelt,
176 Dialyse kommt nicht infrage, es wird nicht defibrilliert, solche Dinge werden
177 dann da drinstehen. Obwohl manchmal relativ kleine Maßnahmen zum
178 Weiterleben führen können. Patienten überschauen oft nicht was diese
179 Verfügungen für sie bedeuten und der behandelnde Arzt im Krankenhaus ist
180 exkulpiert. Das dürfte auch ein großer Kostensparfaktor im Gesundheitswesen
181 sein, der vielleicht nicht so thematisiert wird. Ob das immer richtig ist weiß ich
182 nicht. Das Problem der Überbehandlung von Patienten sehe ich hier im Haus,
183 kleines Krankenhaus, nicht eher der Unterbehandlung. Das mag in großen
184 Krankenhäusern anders sein, Uniklinik z.B. wo es dann darum geht, dass
185 jemand in der Statistik gut dar stehen will, dass der Patient noch eine Nacht
186 überleben muss, damit man irgendwelche Solls erfüllt hat. Solche Probleme
187 gibt es hier nicht. Man kann jedoch auch nicht eine Patientenverfügung nur für
188 Unikliniken ausstellen.

189 Es ist nicht so, als wenn Mitarbeiter jetzt verunsichert wären weil wir sie
190 verunsichern, nach dem Motto „Ihr müsst euren Arbeitsplatz fürchten, wenn ihr
191 das nicht anständig macht!“. In anderen Dialysen dürfte das auch nicht so ein
192 großes Problem sein. Das ist aber auch durchweg in der Pflege auf dem 30%
193 Niveau.

194 Die Arbeitszufriedenheit ist ganz gut.

195 Der Gedanke an Berufsaufgabe ist unterdurchschnittlich.

196 Die Gesundheit: In einem Jahr haben wir unseren Mitarbeitern Mal Schuhe
197 fürs aktive gehen spendiert, seit dem wird sich über Rückenschmerzen nicht
198 mehr so oft beklagt. Die Schuhe werden inzwischen nicht mehr so oft
199 getragen, die Firma der Schuhe ist inzwischen auch insolvent. Aber das war
200 eine gute Aktion, jeder durfte sich da ein Paar aussuchen, Das läuft auch so
201 weiter, dass Arbeitsschuhe von uns gestellt werden. Arbeitskleidung wird auch
202 gestellt. Auch sonst hilft man sich gegenseitig mit dem Lagern von Patienten
203 usw.. Auch bei den Fahrdiensten. Wir haben einen Fahrdienst der sehr viele

204 Behindertentransporte macht, die sind auch darauf angesprochen, das sie
205 selber bis zur Liege der Patienten hilfreich sind, damit sich keiner verhebt.

206 Zum Thema Burnout weiß ich jetzt nicht genau was die Einzelfragen waren.
207 Es gibt natürlich Mitarbeiter, gerade Ältere, die haben einfach alles schon
208 gesehen und warten auf die Rente. Und die zu integrieren ist schwierig. Also
209 einer hatte z.B. früher Führungsaufgaben hier, war denen aber nicht
210 gewachsen. Nun macht er überwiegend Technik, z.B. die technische Wartung
211 von Geräten. Ein anderer hat eine diagnostizierte endogene Depression, kann
212 aber unter medikamentöser Therapie hier weiter als Dialysepfleger arbeiten
213 und das mit knapp [REDACTED] Jahren. Auch Wartung von Geräten macht er, das ist ein
214 Bereich wo man sich auch ein bisschen zurückziehen kann, wo die
215 Konfrontation der Akutsituation nicht so groß ist. Und sonst muss hier
216 eigentlich keiner ein Burnout haben!

217 Kognitiver Stress: Die Mitarbeiter müssen sich natürlich auf verschiedene
218 Geräte und verschiedene Ärzte einstellen, man muss schon wach sein, man
219 kann nicht vor sich hin träumen.

220 Lebenszufriedenheit: Der [REDACTED] klagt ja gern, doch eigentlich sind hier
221 alle recht lebenslustig [REDACTED] und so was. Was mich wundert ist dass
222 die Lebenszufriedenheit in der ambulanten Pflege oder in der stationären
223 Altenpflege auf demselben Niveau ist. Da hört man ja oft, dass die über
224 Ausbeutung, schlechte Bezahlung und über viel Stress klagen.

225 Ich hab das dann nochmal thematisiert. Unsere Mitarbeiter haben eigentlich
226 die Bedingungen alle besser bewertet und sind trotzdem insgesamt weniger
227 zufrieden.

228 I: Das ist paradox. Können Sie sich vorstellen woran das liegt?

229 B: Wir ermuntern unsere Leute ja oft den Mund aufzumachen. Ob es daran liegt
230 weiß ich nicht. Es kann auch wirklich regionaltypisch sein. Wir gehen ja auch
231 immer darauf ein wenn etwas kritisiert wird. Vielleicht ist das ja nicht immer
232 richtig.

233 Die Belastung durch körperliche oder verbale Aggression ist deutlich geringer
234 als woanders. Da gibt es natürlich Patienten die unangenehm sein können.

235 Das kriegen [REDACTED] Ärzte oft gar nicht so mit. Die Patienten sprechen zwei
236 Sprachen. Wenn [REDACTED] Visite sind sie meistens ziemlich zahm. Es
237 gibt aber auch einige rabiante Burschen die die Schwestern anmachen oder
238 sich nicht punktieren lassen wollen. Wir geben unseren Mitarbeitern da
239 weitgehend Rückendeckung und haben auch die Möglichkeit dass die
240 Patienten in einem unserer anderen Standorte behandelt werden. Es ist sehr
241 gut dass wir diese Flexibilität haben.

242 Patientenfern arbeiten tun unsere Mitarbeiter eher weniger. Wobei es ja z.B.
243 so ist, dass wir das gesamte Archiv digitalisiert archivieren. Wenn also Zeit ist
244 muss auch mal ein Mitarbeiter der Dialyse sich an den Scanner stellen und die
245 Sachen durchschieben. Das trifft dann aber auch nicht immer denselben
246 sondern zuerst mal z.B. die Schwangeren, die noch arbeiten, soweit sie das
247 noch dürfen.

248 Umgang mit Tod des Patienten: Da geht es denke ich darum in wie weit man
249 Probleme damit hat. Da kann ich gleich noch was zu sagen.

250 Um auf die Entwicklungsmöglichkeiten einzugehen: Das ist natürlich oft
251 schwierig in solchen Strukturen. Wenn jetzt die Leitungspositionen besetzt
252 sind, dann ist alles relativ klar strukturiert. Wie kann man sich da weiter
253 entwickeln? Da gibt es Möglichkeiten. Sich auf Geräte weiter zu qualifizieren
254 oder in einer Schulung. Engagierte Mitarbeiter können das. Wir machen hier
255 Peritonealdialyse. Es liegt immer viel daran wie viel der Einzelne auch
256 tatsächlich macht. Aber Karriere machen, dafür muss man dann natürlich
257 schon was leisten. Wir fördern unsere Mitarbeiter natürlich schon, wir wollen
258 das keinem verbauen, wir schicken unsere Mitarbeiter zu Fortbildungen. Ein
259 Mitarbeiter ist jetzt abgeworben worden und ist nun Anwendungsberater. Der
260 hatte hier eine sehr schöne Arbeit gemacht. Wir machen ja auch hier die
261 Schulungen, Fachkräften Ausbildung in der Dialyse, Arzthelferin in der Dialyse
262 ist ja auch eine entsprechende Ausbildung. Da werden auch Facharbeiten
263 geschrieben. Zum Teil kommen da ganz tolle Sachen bei raus von denen wir
264 auch wieder profitieren. Ja das ist das mit den Entwicklungsmöglichkeiten.

265 Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz: Da spielt die Rotation die größte Rolle,
266 das ist ein ständiges Diskussionsthema, nicht mehr so Virulent wie in der

267 Anfangszeit. Wir hatten ursprünglich die Situation, dass es so feste Blöcke
268 waren. Die Einen und die Anderen. Das wollten wir nicht, dass die Mitarbeiter
269 sich separieren und mit den Fingern aufeinander zeigen. „Das haben die
270 wieder gemacht und das waren die andern“. Das war auch ein Grund für die
271 Rotation. Der andere Grund war eben dass der Dienstplan besser gestaltet
272 werden kann. Am Anfang waren die Mitarbeiter mit den unterschiedlichen
273 Geräten überfordert. Wir haben auch hier Mitarbeiter die können inzwischen
274 damit sehr gut umgehen, andere lernen es eben immer noch. Das sind eben
275 Controllinge womit man eben hervorragend das Volumenmanagement des
276 Patienten mit begleiten kann und sehr gut dialysieren kann mit wenigen
277 Zwischenfällen.

278 Feedback: Das ist einmal die Sache mit dem zu wenig Lob, andererseits aber
279 auch die Sturheit der Pflegedienstleitung die sein muss, z.B. bei der
280 Dienstplangestaltung; zum anderen aber auch der unterschiedliche Umgang
281 zwischen Ärzten und Personal. Es ist halt jeder von uns verschieden.

282 Arbeitsplatzunsicherheit: Wenn die Vergütung verkürzt wird, was ja in
283 Diskussion ist, dann ist das ein ganz großes Thema. Wenn das was da auf
284 dem Plan steht verwirklicht wird, dann können wir Insolvenz anmelden wie die
285 meisten Dialysen. Das geht gar nicht. Die Diskussion ist ja vollkommen
286 unqualifiziert: eine Kürzung der Behandlungspauschalen um ein Drittel mit der
287 Kostenquote von über 80%, ist das nicht darstellbar, das ist völlig klar. Da
288 müsste man den Laden zu machen. Ich kann mir auch nicht vorstellen, dass
289 das verhandelt wird. Ich bin etwas enttäuscht über unseren Vorstand, der da
290 nicht offensiv gesagt hat, dass wir mehr Geld brauchen. Die Kosten sind
291 gestiegen in den letzten zehn Jahren aber die Vergütung soll weiter abgesenkt
292 werden. Wir verlieren gute Mitarbeiter, weil wir nicht genug zahlen können. Es
293 wird einerseits geklagt, dass die Gehälter im Gesundheitswesen nicht hoch
294 genug sind, andererseits wird da so dran geschraubt, dass wir nicht mehr
295 sparen können.

296 Wenn sich die politischen Rahmenbedingungen ändern, dann kann das ganz
297 schnell von 30% auf 80% oder 90% hochgehen. Da hoffen wir, dass die, die
298 verhandeln, zur Vernunft kommen.

299 I: Das haben Sie also sehr ausführlich behandelt und weitergegeben, sehr
300 vorbildlich.

301 B: Ja, ich bin auch sehr dankbar dafür, dass wir das so bekommen haben. Man
302 konnte wirklich gut damit arbeiten, so dass es für uns auch relativ schnell
303 ausdiskutiert war, denn mit klaren Zahlen kann man ja viel besser arbeiten als
304 mit Vermutungen. Solange wie immer nur gesagt wird „Wir finden aber, das
305 und das ist zu anstrengend“ kann man das nicht einordnen, man sieht nicht:
306 was jetzt zentrumspezifisch ist und wo muss man besonders dran arbeiten
307 und was ist einfach durch die Aufgabe bedingt.

308 I: Damit haben Sie mir schon sehr viel beantwortet. Generell sind in den
309 Dialyseeinrichtungen bestimmte Aspekte besonders aufgefallen, es sind zum
310 Beispiel positive Aspekte: Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz, geringere
311 Unsicherheit des Arbeitsplatzes. Was glauben Sie warum gerade diese Punkte
312 positiv ausfallen?

313 B: Da ist unheimlich die Teamarbeit gefragt. Der eine lernt vom Andern und guckt
314 beim Anderen ab. Wenn der Eine Probleme beim Punktieren des Shunt hat
315 dann hilft der Andere. Die Arbeit ist einfach so, dass sie zwingt im Team zu
316 arbeiten. Bei uns ist es so, wir machen ja Gruppenpflege, da hat jeder seinen
317 Bereich, so vier bis fünf Patienten die er betreut. Aber wenn es wo anders
318 problematisch ist, dann springt man darüber und hilft da mit. Hier haben wir ja
319 eine ganz offene Struktur, es gibt ja auch Dialysen die haben Boxen
320 nebeneinander, da kann das auch anders sein. Dann hängt es auch davon ab,
321 welches Klima die Leitung verbreitet, was sie fordern. Es gibt ja auch
322 Leitungen die fordern von jedem Mitarbeiter, dass er alles alleine kann und
323 muss. Von solchen Dialysen wird auch berichtet, doch die würden sich wohl
324 eher nicht an der BGW-Umfrage freiwillig beteiligen. Ich weiß von einer
325 Dialyse, dass von allen Mitarbeitern die dort gearbeitet haben innerhalb von
326 1,5 Jahren nur noch eine da ist. Alle anderen sind wo anders hin gegangen.

327 I: Kritisch sind auch noch einige Aspekte in Dialyse-Einrichtungen allgemein
328 aufgefallen, z.B. Einfluss bei der Arbeit, weniger Entwicklungsmöglichkeiten,
329 Führungsqualität und Mobbing.

330 B: Bei uns ist Mobbing ja unterdurchschnittlich wie Sie gesehen haben. Wenn
331 gemobbt wird ist das ja anscheinend effektiv. Wenn man jemanden nicht mag
332 oder haben will hat man ja viele Möglichkeiten den auflaufen zu lassen. Das ist
333 schon klar.

334 I: Somit sind wir mit dem ersten Teil durch. Dann würde ich gern mit der
335 Planungsphase weiter machen. Wie haben Sie weitergemacht nachdem Sie
336 sich mit dem Ergebnisbericht auseinandergesetzt haben. Wurden da
337 Maßnahmen geplant?

338 B: Also wir haben überlegt was wir ändern können. Soviel kann man da nicht
339 ändern. Das eine war die Verbundenheit zum Arbeitsplatz. Das war für mich
340 ein Anlass das zu thematisieren, gerade weil die Aufgaben auch
341 unterschiedlich sind. Zum Beispiel sind hier manche Dinge einfach
342 anspruchsvoller. Wir sind ganz eng mit dem Krankenhaus verbunden. Auch
343 die ständigen Intensivdialysen mit den technisch- fortschrittlichen Geräten. Da
344 ist es schon wichtig dass da Mitarbeiter sind die sich auch auskennen und
345 nicht nur Mitarbeiter die überwiegend wo anders arbeiten und dann ein
346 Problem haben damit zu arbeiten. Es geht ja nicht, wenn die Mitarbeiter das
347 mal vor einem halben Jahr gesehen haben und sollen jetzt eine ganze Schicht
348 leiten. Das ist auch verstanden worden und wird von der Pflegedienstleitung
349 nicht so offen kommuniziert „Jawohl ich hab das verstanden“, aber man sieht
350 schon am Dienstplan dass sie sich bemüht in diese Richtung was zu machen.
351 Es gibt manchmal Situationen da ist es dann anders, so ein Dienstplan ist eine
352 extrem komplizierte Sache, da kann man nicht immer reinregieren, das muss
353 von den Verantwortlichen übernommen werden (?).

354 Dann haben wir im Rahmen der Fortbildung geguckt wo wir was tun können
355 und haben einen niedergelassenen Psychologen engagiert. Da ging es um die
356 emotionale Bewältigung von Krisensituationen bei Patienten: Wie geht man
357 damit um? Wie geht man mit eigenen psychischen Problemen und
358 Bedürfnissen um? Drei mal haben wir uns dann getroffen. Es ging dann in
359 Bereiche, wo die Mitarbeiter dann nicht mehr damit klar kamen. Es ging dann
360 um Familienaufstellung nach Hellinger. Das ist ein Familientherapeutisches
361 Verfahren, da geht es darum biografische Erlebnisse nochmal zu durchleben.
362 Das war für manche einfach zu viel. Ansonsten ging es halt viel um Sterben

363 und Tod. Ich habe das Gefühl das ist aber bis zur Erschöpfung
364 durchgearbeitet worden, im Moment wird nicht mehr der Wunsch veräußert
365 nochmal eine Fortbildungsreihe dazu zu machen. Fürs nächste Jahr haben wir
366 uns mehr Basics vorgenommen. Wir haben ja eine Reihe jüngere Mitarbeiter
367 die müssen theoretisch und praktisch an die Dialyse-Basics ran geführt
368 werden. Denn es reicht nicht, wenn sie es nur mit ihren Mentoren lernen, das
369 muss auch Fortbildungsthema sein. Dann haben wir nochmal ganz aktiv etwas
370 über die Bauchfelldialyse gemacht. Es gibt zwei Kollegen die das in ihrer
371 Ausbildung nicht kennen gelernt haben und die dem sehr skeptisch
372 gegenüberstehen und das auch nicht im nötigen Maße mit dem Patienten
373 besprechen. Die beiden waren leider bei der Fortbildung nicht dabei aber nun
374 ist zu mindestens unser Personal bereit, geschult und informiert. Diese
375 Kollegen sprechen wir natürlich darauf an, aber es ist so, dass die Patienten
376 von den Kollegen kaum kommen zu der Bauchfelldialyse. PD-Patienten
377 (Peritonealdialyse – Bauchfelldialyse) sind bei uns 10% des Bestandes, das ist
378 mehr als im Bundesdurchschnitt (5%). Aber es könnten natürlich noch mehr
379 sein, wenn es aktiver betrieben werden würde. Dies war kein Thema der
380 Umfrage aber es ist schon wichtig. Das war jetzt nicht Thema der Befragung,
381 war mir aber wichtig anzusprechen.

382 Ansonsten braucht man halt eine Regelmäßigkeit in der Führung, die wir aber
383 schon lange etabliert haben, mit Teamsitzungen und Arztsitzungen. Das sind
384 aber auch nicht zu viele, das finde ich auch sehr wichtig, das man damit nicht
385 zu sehr beschäftigt ist. Die Sitzungen und die Fortbildungen finden auch alle
386 während der Arbeitszeit statt. Wir haben ein Betriebssystem wo sich die
387 Mitarbeiter ein- und ausbuchen, dann zählt jede Minute als Arbeitszeit.

388 Dann haben wir noch eine extra Kommission für Arbeitssicherheit, die sich
389 regelmäßig mit dem Arbeitsmediziner trifft. Dann haben wir eine Aktion
390 „Saubere Hände“, die bundesweit läuft, an der wir uns beteiligen. Wir haben
391 für MRSA-Patienten eigene Behandlungsräumlichkeiten eingerichtet zum
392 Thema Infektionsschutz von Mitarbeitern und Patienten. Wir sehen dass zwar
393 etwas überbewertet so wie die MRSA-Hysterie geführt wird, aber wir halten
394 uns natürlich an die Vorgaben. Wir haben extrem wenig MRSA-Patienten, das
395 sind auf 200 mal ein oder zwei Dialyse-Patienten die für eine Zeit isoliert

396 werden müssen. Ursprünglich haben wir eine Fünferbox im
397 Allgemeinkrankenhaus dafür reserviert, die haben wir aber wieder frei
398 gegeben, weil wir sie nicht brauchen. Im Moment machen wir das in einer
399 Zweierbox, die Kapazität reicht aber dafür aus.

400 I: Das sind ja alles sehr gute Sachen. Habe ich das richtig verstanden, dass
401 diese Sachen schon vor der Befragung in der Einrichtung waren?

402 B: Ja.

403 I: Jetzt interessiert mich auch was nach den Ergebnisberichten passiert ist. Sie
404 hatten von Schulungen und Fortbildungen erzählt. War da noch irgendwas?
405 Gab es noch weitere Sachen? Sind weitere Sachen in Planung?

406 B: Nein, wir haben ja die meisten Dinge implementiert, die regelmäßige
407 Fortbildung für die Mitarbeiter, aber auch extern. Dass wir sie für
408 Fachausbildungen wegschicken, dass wir sie ermuntern auch von sich aus zu
409 einer Fortbildung zu gehen, dass sie sich einbringen. Das haben wir eigentlich
410 alles schon. Für uns war es eine gute Bestätigung und ein bisschen
411 Benchmarking um zu merken, wo stehen wir?. Als Sie anriefen habe ich
412 gedacht, dass wir vielleicht die Gelegenheit haben nochmal daran
413 teilzunehmen um zu sehen wie die Tendenz so ist. Das wäre eigentlich ganz
414 schön. Wo das ja einmal etabliert ist wäre der Aufwand nicht so riesen groß
415 und die BGW könnte sich das ja überlegen, das für ihre Mitglieder zu tun.
416 Wenn so ein Verfahren einmal etabliert ist, ist die Hauptarbeit ja getan. Wir
417 machen ja schließlich Benchmarking auch was die Dialysequalität angeht.
418 [REDACTED] Dialysedauer, die Art des Zugangs und die Häufigkeit. Solche internen
419 Qualitätsdaten sind auch extrem hilfreich und würden auch den bei der BGW
420 Versicherten helfen.

421 I: Wie wurde genau ermittelt, dass sie diese Fortbildung machen und wer hat
422 entschieden, dass diese Maßnahmen durchgesetzt werden?

423 B: Also entscheiden tun [REDACTED] ärztlichen Gremium zusammen mit dem
424 Team.

425 I: Das wird dann in der Teambesprechung immer wieder aufgegriffen?

426 B: In diesem Fall war es so, dass der Psychologe dann kam, über unserem
427 Pflegedienstleiter, der den aus anderen Zusammenhängen kannte.

428 I: Gab es einen bestimmten Punkt im Ergebnisbericht den Sie besonders gerne
429 behandeln wollten oder sind sie da allgemein rangegangen?

430 B: Man hätte natürlich die Diskrepanz zwischen guter Bewertung des
431 Arbeitsplatzes und andererseits relativ großer Unzufriedenheit, aber das hätte
432 ich für unangemessen gehalten. Da hätte man so gefragt „Warum seid ihr
433 unzufrieden, ihr habt es doch so gut bei uns!“ Das wäre aber in die falsche
434 Richtung gegangen. Das haben wir natürlich nicht gemacht, sondern wir
435 haben geguckt was die Mitarbeiter glauben wo Defizite da sind und das war
436 halt mehr im psychologischen Umgang. Und das wurde halt immer wieder
437 geäußert, dass man da Hilfestellung erwünscht, wie man mit Sterbenden
438 umgeht oder mit Leidenden mit Schmerzen.

439 I: Wer ist auf die Idee gekommen einen Psychologen zu engagieren?

440 B: Das weiß ich jetzt gar nicht mehr. Wir haben beschlossen, dass wir einen
441 Externen brauchen. Da waren verschiedene Leute im Gespräch. Z.B. gibt es
442 eine Frau die speziell Coachings für Führungskräfte in der Dialyse macht, das
443 war in der Diskussion, das hielten wir aber nicht für angemessen das
444 zumachen. Der Psychologe war eine ganz gute Lösung für diese Aspekte,
445 aber damit hat sich das auch erschöpft.

446 I: Können Sie nochmal konkret sagen welches Ziel die Maßnahme hatte?

447 B: Ja, wir wollten unseren Mitarbeitern mehr Sicherheit geben, dass sie es richtig
448 machen und dass sie auch darüber sprechen können. Wir können ja nicht
449 wegdiskutieren, dass bei uns Patienten sterben oder dass sie depressiv sind.
450 Das ist halt so. Man muss gucken wie man das auffängt und wie man damit
451 umgeht. Das liegt nicht am Mitarbeiter, aber ein Mitarbeiter kann ja
452 intervenieren.

453 I: In welchem Betriebsbereich wurde das durchgeführt? Ging es da um alle
454 Standorte? Und um alle Mitarbeiter?

455 B: Ja, wir machen die Fortbildungen in einem großen Schulungsraum in der
456 Regel im [REDACTED] da passen alle rein.

457 I: Was war bei der Maßnahmenplanung förderlich und was war hinderlich? Hat
458 Ihnen da etwas besonders geholfen?

459 B: Geholfen hat mir die [REDACTED] in dem Sie mir das so zur Verfügung gestellt
460 hat, dass ich da schnell eine Zahl draus machen konnte, die ich präsentieren
461 kann. Das war sehr hilfreich.

462 Was hinderlich war fällt mir jetzt nicht ein.

463 I: Sie hatten erzählt, dass Sie ein Qualitätsmanagement haben. Gibt es bei
464 Ihnen Ablaufprozesse wie man z.B. Maßnahmen entwickeln könnte?

465 B: Wir haben ein Qualitätsmanagement, wir sind aber nicht zertifiziert. Es wird
466 auch noch dauern bis wir zertifiziert sind. Wir haben einen Kollegen mit dem
467 QM beauftragt, doch dieser hat die Aufgabe über Jahre nicht wirklich
468 wahrgenommen. Das hat große Konflikte mit ihm gegeben und ging bis zur
469 gerichtlichen Auseinandersetzung, da er über viele Jahre seine Arbeit
470 vernachlässigt hat. Inzwischen, nach dieser gerichtlichen Auseinandersetzung,
471 verhält er sich anders und versucht alles korrekt zu machen. Leider hat er aber
472 diese gerichtliche Auseinandersetzung gebraucht, eine Abmahnung oder eine
473 Änderung im Gesellschafter Vertrag hat nicht geholfen. Erst die
474 Auseinandersetzung, die bis zum Oberlandesgericht ging, hat zu einer
475 Verhaltensänderung geführt. Das schlägt natürlich auch auf das Thema
476 Führungsqualität nieder.

477 I: Haben Sie ein betriebliches Gesundheitsmanagement?

478 B: Ja, wir haben eine Betriebsärztin (eine externe Arbeitsmedizinerin). Sie macht
479 auch die Hepatitis Impfungen und entsprechende
480 Gesundheitsuntersuchungen.

481 I: Haben Sie vor in naher Zukunft noch weitere Punkte anzugehen oder sind
482 noch weitere Maßnahmen geplant bzw. eine Idee, dass nochmal ein Aspekt
483 behandelt werden sollte?

484 B: Ja, ist doch klar, es ist immer ein Prozess und es kommen immer neue
485 Aufgaben und Probleme.

486 I: Dann kommen wir jetzt zum dritten Block: Es geht um Maßnahmenumsetzung.
487 Wahrscheinlich haben wir das schon alles besprochen aber der Vollständigkeit
488 halber gehen wir die Fragen durch.

489 Wurden die Maßnahmen umgesetzt? Das haben Sie mir ja schon erzählt, mit
490 der Schulung und dem Psychologen. Wie sind Sie bei der Umsetzung
491 vorgegangen? Sie haben dem Psychologen bestellt und dann gab es
492 Sitzungen.

493 B: Ja, die Abläufe sind ja eigentlich klar. Man bespricht sich ja im Team, dann
494 kommen Vorschläge, man trifft Entscheidungen, fragt an ob es geht. Dann
495 habe ich mich vorher mit dem Psychologen und der Pflegedienstleitung
496 getroffen. Wir haben gemeinsam durchgesprochen was thematisiert werden
497 kann, wie man es macht und dann haben wir es halt so gemacht.

498 I: Was war förderlich oder hinderlich bei der Einführung der Maßnahme?
499 Förderlich wahr wohl, dass sie sich vorher mit dem Psychologen getroffen
500 haben.

501 B: Ja, das ist ja selbstverständlich. So arbeitet man doch.

502 I: Können Sie sich erinnern wann Sie diese Maßnahme durchgeführt haben?

503 B: Ja, das ging bis in den Sommer diesen Jahres.

504 I: Nun sind wir im vierten Block und beschäftigen uns mit der Evaluation.
505 Können Sie schon sagen wie die Erfolgskontrolle aussehen soll?

506 B: Ja wir würden, wie gesagt, den Fragebogen einfach nochmal beantworten.

507 I: Können Sie vielleicht jetzt schon einschätzen wie der Aufwand- und die
508 Nutzenrelation dieser Maßnahmen war?

509 B: Ja, das war unproblematisch, es war ja schnell durchzuführen. Ich weiß nicht
510 mehr wie hoch die Antwortquote war.

511 I: ██████% Teilnehmerquote

512 B: Ja, das gilt bei Ihnen ja als relativ gut. Ich war damit nicht so zufrieden, weil
513 wahrscheinlich genau die, die was zu bemäkeln haben oder mehr auf Abstand
514 sind, es nicht ausgefüllt haben. Das ist für mich noch ein Kriterium. Es muss
515 doch möglich sein das wir auf 90% kommen. Am Anfang ist es ja so, dass
516 Mitarbeiter bei so einer Maßnahme nicht richtig wissen was sie damit
517 anfangen sollen. Manche fühlen sich ausspioniert, fragen sich was das soll,
518 denken es ist Quatsch und das es nur Zeit kostet. Nun haben sie gesehen wie
519 wir damit umgehen und dass die Äußerungen auch unmittelbaren Eingang
520 finden und kommuniziert werden. Von daher denke ich dass die Antwortquote
521 das nächste Mal höher wäre.

522 I: Haben Sie bestimmte Erfahrungen gemacht, können Sie sagen ob der
523 Psychologe positiv oder negativ auf die Mitarbeiter gewirkt hat?

524 B: Das war schon deswegen positiv, weil sie gesehen haben, dass wir das ganz
525 ernst nehmen was sie sagen. Auch wenn dann viele gesagt haben sie können
526 damit nichts anfangen.

527 I: Die Frage ob sie eine erneute Befragung geplant haben kann ich mir sparen.
528 Sie wünschen sich eine erneute Befragung aber geplant ist noch nichts?

529 B: Nein, in Eigenregie ist das nicht so leicht und ich finde es ist eine gute
530 Aufgabe für die BGW. Wo sie was beitragen kann.

531 I: Hat sich die Studienteilnahme aus Ihrer Sicht gelohnt?

532 B: Ja.

533 I: Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit der BGW?

534 B: Unkompliziert, zuvorkommend und sehr nett.

535 I: Wussten Sie, dass die Ergebnisse als Bausteine für eine
536 Gefährdungsbeurteilung „Psychische Belastung“ nutzen können?

537 B: Nein.

538 I: Haben Sie eine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt?

539 B: Ich weiß gar nicht was das ist. Wirkt sich das auf die Beiträge aus die wir an
540 die BG zahlen? Ich habe gerade wieder die Gefährdungseinstufung
541 bekommen. Für mich die 2,2 und dann haben wir hier ein Nierensportverein
542 gegründet wo die Patienten während der Dialyse z.B. Fahrrad fahren können,
543 dies wurde bei den Übungsleiterinnen mit 3,93 eingestuft.

544 I: Also die Gefährdungsbeurteilung ist mittlerweile Pflicht. Es geht z.B. um
545 Beleuchtung, Heben + Tragen oder Ziehen und Schieben, psychische
546 Belastung, Gefahrenstoffe in der Dialyse usw. darüber muss man eine
547 Gefährdungsbeurteilung aufnehmen. Als Hinweis.

548 B: Aber zu diesen Ziffern können Sie nichts sagen? Ob jemand höher oder
549 niedriger gefährdet ist?

550 I: Nein.

551 I: Angenommen Sie hätten die damalige Befragung nicht mitgemacht: Was
552 würden Sie mit heutiger Erfahrung bei einer erneuten Befragung wünschen?

553 B: Ich würde Sorge dafür tragen, dass mehr Mitarbeiter an der Befragung
554 teilnehmen und würde da nochmal nachhaken ob das abgegeben wurde, weil
555 das wichtig ist.

556 I: Haben Sie eine besondere Empfehlung für andere Einrichtungen die diese
557 oder ähnliche Maßnahmen durchführen möchten?

558 B: Die sollen es einfach machen. Am wichtigsten ist, dass man strukturiert
559 miteinander kommuniziert, dass man sich regelmäßig trifft, dass darüber
560 Protokoll geführt wird und dass das Protokoll innerhalb von Stunden für alle
561 zugänglich ist und dass man auf dieser Grundlage kontinuierlich arbeitet. Das
562 ist wichtig. Bestimmte Dinge muss man eben auch auslassen, z.B.
563 Arbeitssicherheit sollte ein eigener Bereich für entsprechend beauftragte
564 Mitarbeiter sein.

565 I: Die Befragung dient auch für die Entwicklung einer Handlungsbroschüre. Wir
566 haben aber auch vor die Einrichtungen nochmal zu befragen, ob sie bereit
567 wären ihre Maßnahmen noch einmal weiterzugeben in einer zweiten
568 Befragung mit ca. 5 Fragen. Bestände da Interesse?

569 B: Wenn Sie meinen dass es hilfreich ist, dann können wir darüber reden.

570 I: Gibt es Fragen oder Anmerkungen zu unserem Interview Ihrerseits?

571 B: Ich glaube sie untersuchen ja nur ein Sample. Das ist extrem selektiert. Das
572 wissen Sie auch. Wahrscheinlich haben Sie sich die besseren Dialysen
573 ausgesucht, die mehr kooperativ sind.

574 I: Ich berufe mich auf alle.

575 B: Aber es gibt ja vorher ein Prozess, wo herausgefunden wird wer bereit ist
576 mitzumachen oder eben nicht. Ich weiß nicht wie weit z.B. gemeinnützige
577 Anbieter da mit einbezogen wurden. Das wären sehr interessante Aspekte,
578 weil da zum Teil sehr unterschiedliche Bedingungen herrschen. Ich gehe
579 davon aus, dass da etwas andere Ergebnisse bei raus kommen. Kann auch
580 sein dass manche Dialysen sagen sie möchten das nicht und es aus gutem
581 Grund in Eigenregie machen. Das ist eine Sache die die BG intern diskutieren
582 muss, wie repräsentativ das überhaupt ist, was da gemacht wurde. Bilden wir
583 hier vielleicht die besseren 20% ab und sehen viele Probleme, die doch da
584 sind, nicht so in der Schärfe und in der Größe der Dimension, wie es vielleicht
585 doch da ist?

586 I: Haben Sie noch eine spezielle Anmerkung zu unserem jetzigen Gespräch?

587 B: Nein. Das finde ich so in Ordnung.

588 I: Aus welcher Motivation haben Sie an diesem Interview teilgenommen?

589 B: Ich möchte mich für den damaligen Fragebogen bedanken, das hat alles gut
590 geklappt. Ich bin auch grundsätzlich ein kooperativer Mensch und denke es ist
591 einfach der richtige Weg zusammen zu arbeiten und sich gegenseitig zu
592 helfen.

593 I: An dieser Stelle möchte ich mich dann für die Teilnahme herzlich bedanken.

Thema des Interviews: Erfassung von Vorgehensweisen zur Verbesserung der psychosozialen Arbeitssituation in Dialyse-Einrichtungen

Datum des Interviews: 11.12.2012

Dauer des Interviews: 69 Min.

Interview 2

1 I: Ich möchte erst einmal mit allgemeinen Fragen starten. Ich würde gerne wissen, aus
2 welcher Motivation heraus sie an der damaligen Befragung teilgenommen haben?

3 B: Die Motivation für die damalige Beteiligung war schon eine mitarbeiterorientierte
4 Motivation in der Form, dass wir gedacht haben, aus dieser Befragung ergeben sich
5 für uns Erkenntnisse über den Belastungszustand unserer Mitarbeiter, weil wir
6 beobachten natürlich auch am Krankenstand und an anderen Gesprächen usw. die
7 geäußerten Belastungen. Dann haben wir gedacht wir haben ein objektives
8 Instrument einfach mal zu sehen was denn möglicherweise mit dem übereinstimmt
9 oder auch nicht übereinstimmt wie wir es sehen. Das war eigentlich die Motivation.
10 Ein zweiter auch nachgeordneter Gesichtspunkt war, dass wir diese Befragung im
11 Rahmen unserer QM-Arbeit mit eingebracht haben oder einbringen wollten.

12 I: Kann man sagen in welchem Stadium sich ihre Einrichtung befand, haben sie
13 gedacht es müsste mal was passieren oder war es wirklich nur um den IST-Zustand
14 zu erfahren?

15 B: Nein nur um den IST-Zustand zu erfahren. Also nicht es müsste mal was passieren.
16 Denn gerade was unsere Mitarbeiterorientierung angeht und auch unsere
17 Mitarbeiterarbeit die wir gemacht haben, hatte ich gerade im Februar von einer
18 Referentin einen wunderbaren Brief bekommen. Wir hatten hier ein Stresseminar
19 durchgeführt und sie attestierte dann unserer Einrichtung, dass sie kaum
20 Einrichtungen kennt, in der so viel Mitarbeiterorientierung ist und in der auch die
21 Mitarbeiter so im Mittelpunkt des Interesses stehen.

22 Liest aus dem Brief.....Ich war selten in einer Einrichtung wo sich mit so viel Engagement
23 und Ideenreichtum für die MitarbeiterInnen engagiert wurde. „Das ist dann das Lob für mich“.

24 B: Das hört man natürlich gerne. Ich bin aber auch davon überzeugt, dass wir sehr sehr
25 viel und nicht zuletzt auch ich sehr viel für die Mitarbeiter gemacht haben und die
26 auch immer im Blickpunkt stehen. Das ist einfach meine Aufgabe, wir sind ein großer
27 Betrieb. [REDACTED] und arbeite seit mehreren Jahrzehnten in
28 diesem Betrieb. Ich habe ihn mit aufgebaut. [REDACTED] scheidet nun aus, ich werde
29 auch im nächsten Jahr ausscheiden, [REDACTED] Und die
30 Personalführung hat eigentlich immer auf meinen Schultern gelegen. Das was mit
31 dem Personal zu tun hat, die ganze Personalverwaltung natürlich auch, aber für mich
32 war es immer ein großer Punkt etwas für die Mitarbeiter zu erreichen und sie als
33 notwendig, als absolut notwendiges Element in unserem Betrieb zu sehen. Wir
34 können nichts machen, wenn die Mitarbeiter nicht mitmachen.

35 I: Wie empfanden sie es die Ergebnisse der Fremdbefragung anzunehmen und zum
36 Thema der eigenen Sache zu machen?

37 B: Wie soll ich es sagen, die Ergebnisse waren ja zum Teil nicht wirklich gut. Was die
38 Belastung angeht und was die Belastungsfolgen angeht, haben wir oder habe ich
39 auch einen Dämpfer bekommen. Ich habe dann überlegt, wie erklärt sich das? Weil
40 einige Dinge in diesem Ergebnis waren, die sich für mich nicht direkt erklärten. Zum
41 Beispiel ging es da um das Mobbing. Da hab ich gedacht Mobbing, bei uns gibt es
42 kein Mobbing. Wird aber im Ergebnisbericht angemahnt. Das der Wechseldienst
43 Belastungen mit sich bringt, die manchmal auch an die Grenzen gehen war uns klar.
44 Das die Belastungen auch für das persönliche oder für das Leben für unsere
45 Mitarbeiter auch im privaten oder auch für den familiären Kreis Belastungen mit sich
46 bringt, war uns auch klar. Der Schichtdienst, wir sind eine der wenigen Dialysen, die
47 auch eine Nachtschicht haben und zwar eine richtige echte Nachtschicht von 21 Uhr
48 bis sechs Uhr morgens. Also nicht diese pseudo Nachtschichten, die dann um ein Uhr
49 mitten in der Nacht oder um zwölf enden, diese Spätschichten eigentlich. Sondern
50 eine echte Nachtschicht. Wir haben allerdings am Tag auch nur zwei Schichten, aber
51 das sechs Tage die Woche, also wir arbeiten auch an einem Samstag voll. Und das
52 das natürlich für Mitarbeiter große Belastungen mit sich bringt, diese Wechseldienste,
53 war uns immer schon eigentlich klar. Ich bin dann hingegangen und habe mir die
54 Altersstruktur und die Zusammensetzung noch einmal angeguckt. Einmal derjenigen
55 die mitgemacht haben bzw. von den die einen Bogen bekommen haben, die Anzahl
56 die sich bereit erklärt haben mitzumachen, die Altersstruktur angeguckt wie sie dort
57 aussieht. Deutlich ist natürlich da, das die über 50 jährigen, sie haben jetzt den
58 Schnitt bei 40 gemacht, wir sind dann hingegangen nochmal und haben den Schnitt
59 bei 50 gemacht. Und wenn wir also bei 50 den Schnitt machen, dann sehen wir wie

60 viele Mitarbeiter über 50 sind. Und wenn es dann noch nicht mal um das
61 Pflegepersonal sondern um Sonstige ging, dann waren womöglich die
62 Reinigungskräfte auch mit vertreten. Und da ist es so, dass nur wenige über 50 sind
63 und die arbeiten spät abends und die arbeiten mitunter auch morgens früh und da
64 gibt es dann halt einfach die besonderen Belastungen dann für diese Mitarbeiter.
65 Aber auch in der Pflege, in der Dialyse, haben wir von den Teilnehmenden zum
66 damaligen Zeitpunkt also auch 9% über 50. Und [REDACTED] zwischen 39 und 50. Das ist
67 natürlich klar, dass da eben mit zunehmendem Alter die Belastung höher wird. Für
68 mich persönlich war schön zu sehen das Führung und der Gleichen total positiv
69 beurteilt wurde, das auch die Entwicklungsmöglichkeiten sehr sehr positiv beurteilt
70 wurden. Das sind das Bestreben der Jahre, ja die Fortbildungen, sich auch
71 hocharbeiten zu können hier im Rahmen. Das hat sich dann auch einfach bestätigt,
72 dass waren da einfach positive Sachen. Der soziale Zusammenhalt war auch gut
73 beurteilt wurden. Was dem natürlich ein Stück widerspricht ist die Mobbing -
74 Geschichte. Weiß man da nicht so ganz genau, ob da wirklich eine oder zwei Leute
75 die wirklich ganz unzufrieden waren oder die mal zur Brust genommen worden sind,
76 ob die da jetzt den Ausschlag gegeben haben.

77 Einflussnahme überführte auf die Arbeitszeiten aber das ist ja wenig usw. aber das ist
78 ja eigentlich in allen Dialysen so. Erzählen sie mal, habe ich noch was vergessen?

79 I: Ja das sind bereits die positiven und kritischen Aspekte. Die haben sie bereits alle
80 aufgezählt. Bei den positiven Aspekten ist zudem noch Feedback aufgefallen.

81 B: Ja das hat etwas mit unserer Führungskultur zu tun. Weil wir auch
82 Mitarbeiterbesprechungen durchführen. Wir haben also Mitarbeiter-Jahresgespräche.
83 Wir haben einen ganzen Maßnahmenkatalog, wenn es also zu Fehlern gekommen ist
84 wie dann darauf reagiert wird von den Teamleitern. Insofern kommt es sicherlich auch
85 zum Tragen, dass es durchaus auch als positiv empfunden wird, denke ich. Also,
86 wenn das Feedback kritisch ist, wird es natürlich weniger positiv empfunden, aber es
87 gibt natürlich auch positives Feedback.

88 I: Ja sehr gut, wir haben in diesem Gespräch bereits ein paar Sachen aufgegriffen über
89 den Ergebnisbericht. Ich würde gerne noch weiter auf den Ergebnisbericht eingehen.
90 War der Ergebnisbericht für Sie verständlich?

91 B: Ja der war verständlich. Ich hoffe, dass ich auch alles verstanden habe und jetzt nicht
92 nur sage, dass er verständlich war (I: es hört sich auch danach an, dass sie ihn
93 verstanden haben). Es ist ja deutlich geworden in kurzen Sätzen erklärt, auch wie die

94 Mittelwerte zustande kommen und wie man sich daran orientieren kann. Ich fand das
95 gut.

96 I: Wenn sie den Ergebnisbericht bewerten würden. Z.B. auf einer Skala von 1-10, wenn
97 10 das Beste ist. Wie würden sie das ungefähr einschätzen?

98 B: Bei 8

99 I: Gab es besondere Sachen, die für Sie hilfreich waren, sie nannten gerade schon das
100 es gut erklärt war. Gab es noch weitere Sachen die für Sie hilfreich oder auch
101 unverständlich waren?

102 B: Es gab schon Sachen, daher habe ich jetzt auch gerade acht gesagt. Also anfangs
103 musste ich erst mal gucken hier mit den Säulendiagrammen, gut diese Vergleiche,
104 das ist jetzt aber eine Sache der Methode, dieses Dings mit dem das da verglichen
105 wird. Ja, nein, eigentlich war das in Ordnung. Nein, konnte ich gut mit umgehen. Das
106 ist anschaulich, mit den Säulendiagrammen ist ja immer anschaulich. Wir haben hier
107 auch in den Besprechungen diese Säulendiagramme nochmal angesehen. Wir haben
108 also auch Besprechungen, das fragen sie ja auch nochmal gleich nach, es ist also
109 auch besprochen worden (Anmerkung: gesehen am Interviewablauf). Wenn ich mich
110 richtig erinnere hat das niemand gesagt, dass er das nicht kapiert also insofern ist
111 alles gut.

112 I: Wenn sie sagen wir, wer hat den Ergebnisbericht alles gelesen?

113 B: Gelesen haben es der Teamleiter und die Ärzte. Ich habe es zunächst mit den
114 Teamleitern besprochen, weil es sich zeitlich so ergab und dann habe ich es mit den
115 Ärzten besprochen. Von unserer Struktur her ist es so, dass wir also
116 Teamleitersgespräche haben. Das sind Teamleitersitzungen einmal im Monat. Ich
117 habe wöchentlich eine Geschäftsführungssitzung mit den Ärzten, die haben den
118 Bericht bekommen und wir haben das besprochen. Die haben natürlich erst mal, das
119 darf ich nicht zu laut sagen, alles von sich gewiesen. Oder aber, so wie ich das
120 gerade gemacht habe, etwas relativiert. Aber letztendlich haben sie ihn auch zur
121 Kenntnis genommen und dann auch den Maßnahmen zugestimmt, das was wir im
122 weiteren Verlauf dann so gemacht haben. In Kurzfassung, aber die haben dann nicht
123 mehr den Bericht gesehen, sondern da haben wir dann nachdem mit den Teamleitern
124 über diesen Bericht gesprochen worden war auch die Knackpunkte da nochmal
125 angesprochen worden sind, vor allen Dingen lernen wir ja auch daraus was negativ
126 ist. Das haben wir angesprochen. Die Knackpunkte der Ergebnisse wurden dann in
127 die Dienstbesprechungen getragen und haben dann in den Dienstbesprechungen

128 nach Verbesserungen gefragt. Was können wir machen und wie stellt ihr euch das
129 vor?

130 I: War diese Dienstbesprechung mit allen Mitarbeitern?

131 B: Diese Dienstbesprechungen sind Abteilungsweise. Das sind nicht die täglichen
132 Übergabegespräche, sondern das sind Dienstbesprechungen mit Teamleitern und
133 mir. Die wir monatlich haben hier in der Dialyse, das klappt ganz gut, das hat sich
134 über die Jahre so aufgebaut. Ich bin also so sechs Mal im Jahr bei diesen
135 Besprechungen. Und da haben wir das dann eben auch angesprochen. Gut, die
136 Ergebnisse allerdings zusammengefasst, ja, das positive und das negative
137 rausgestellt.

138 I: Das heißt, dass alle Mitarbeiter über die Ergebnisse von den Teamleitern informiert
139 wurden?

140 B: Genau, ja über die Teamleiter oder über die Dienstbesprechung, da wo ich auch
141 dabei war.

142 I: Haben sie einen Steuerkreis gebildet, der sich mit dem Ergebnisbericht beschäftigt
143 hat?

144 B: Nein, der Steuerkreis wäre im Grunde genommen der Teamleiter die Ärzte und ich.
145 Jetzt aus den einzelnen Gruppierungen haben wir keinen Steuerkreis mehr
146 entwickelt.

147 I: Sie haben bereits angesprochen, dass sie über die Ergebnisse gesprochen haben,
148 haben sie darüber diskutiert, woran das liegen kann?

149 B: Ja

150 I: Sie haben mir das vielleicht auch schon beantwortet, aber waren die Ergebnisse für
151 sie nachvollziehbar? Ich habe jetzt rausgehört, dass sie wahrscheinlich eher nicht
152 nachvollziehbar waren.

153 B: An einigen Stellen waren die Ergebnisse für mich nicht nachvollziehbar. Zum Beispiel
154 die Geschichte mit dem Mobbing. Das hatte ich ja auch gerade schon gesagt, dass
155 wir vermuten, dass eine oder zwei sich da in dieser Hinsicht geäußert haben.
156 Möglicherweise ist das auf die Jahresgespräche oder die kollegialen Gespräche
157 zurückzuführen. Wir haben also auch Kollegiale Gespräche eingeführt. Also das
158 kollegiale Gespräch ist das Gespräch mit dem Arzt einmal jährlich, da geht es um
159 Fachfragen. Da gab es eben auch Äußerungen, von „ich muss mich nicht mehr

160 examinieren lassen“ bis zu „ das ist ja unverschämt das der Doktor überhaupt danach
161 fragt was ich weiß“. Also da gab es so ein paar Punkte. Wissen wir aber nicht so
162 genau. Eigentlich konnte das keiner von uns nachvollziehen, dass das Mobbing sein
163 sollte. Denn das war im Fragebogen, ich glaube nur eine Frage dazu?

164 I: Ja (Frage vorgelesen): Wenn man sich das Ergebnis nochmal ansieht, sieht man,
165 dass es kein signifikant höheres Ergebnis ist und das es der Einrichtung als Hinweis
166 dienen soll, sich über diesen Punkt mal Gedanken zu machen und das haben sie
167 denke ich auch getan.

168 B: Es ist höher, und die Gedanken haben wir uns auch dazu gemacht. Es ist natürlich
169 auch so ein Thema. Mobbing geht durch die Presse.

170 Was die Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf angeht, gut da waren wir uns alle
171 einig. Durch den Wechseldienst und die wirkliche Nachtschicht die dahinter steckt.
172 Wir haben jede Nacht dienst, also sechs Nächte in der Woche. Wir haben aber nur
173 zwei Mitarbeiterinnen die Dauernachtwachen sind. Und da wir diese Nachtschichten
174 immer mit zwei Personen bestücken und nicht alleine und immer eine Schwester
175 dabei sein muss, es kann auch eine Arzthelferin dabei sein, die kann aber nicht die
176 Nachtschicht führen. Es muss immer eine Schwester dabei sein. Da ist die Belastung
177 natürlich mitunter recht hoch. Und je nachdem wie es aussieht, wer sich krankmeldet
178 oder irgendwelche anderen Dinge hat, da müssen berufliche Sachen halt einfach
179 vorgenommen werden. Und da steckt man da halt zurück. Wobei auch bei dieser
180 Fragestellung von Ärzteseite angesprochen wurde, das bei der Frage “meine
181 beruflichen Anforderungen stören mein Privat-und Familienleben“. Ja die
182 Formulierung der Frage war dann schon Gegenstand der Kritik. Dinge bleiben wegen
183 der Anforderungen bei der Arbeit liegen. Ich meine natürlich, auf irgendwas muss ich
184 ja verzichten. Wenn ich arbeiten gehe, dann kann ich nicht alles tun was zu Hause
185 liegt. Von Ärzteseite betrachtet hatte man den Eindruck, die Ärzte nehmen das nicht
186 ganz ernst. Klar doch, wenn ich arbeite kann ich keine Freizeit machen. Ich weiß nicht
187 inwieweit da Nachprüfungen zu machen sind, da es ja ein validierter Fragebogen ist.
188 Also, wir haben das mit der Teamleitung und mit den Ärzten besprochen und an den
189 zeitlichen Bedingungen können wir da ganz wenig ändern.

190 Was mir auch noch heute Morgen aufgefallen ist, sind die Vergleichsgruppen. Die
191 ambulante Pflege schneidet immer besser ab. Dialysen sind zwar ambulante
192 Einrichtungen, es ist aber nicht wirklich gut vergleichbar mit dem ambulanten
193 Pflegedienst. Wir sind eher eine ambulante, stationäre Einrichtung. Beispielsweise die
194 Dialyse-Einrichtung ist eine ambulante Einrichtung mehr oder weniger, aber durch

195 das Timing der Dialysepatienten, da ist ja so viel vorgegeben, da kommen die
196 Patienten ja gar nicht raus. Es ist aber auch keine stationäre Einrichtung wie ein
197 Krankenhaus, da die Träger andere sind. Von daher auch die Strukturen unter
198 Umständen anders sind. Aber was den Verpflichtungsgrad der Anwesenheit, der
199 Versorgung und so angeht, kommen sie hier nicht raus.

200 I: Das ist ja auch ein Grund, weshalb man diese Befragung gemacht hat, da man sagte
201 das Dialyse-Einrichtungen nicht mit anderen ambulanten Einrichtungen vergleichbar
202 sind.

203 B: Ich glaube, dass dieses ganze Bedingungsgeflecht mit in den Hintergrund genommen
204 werden muss. Man muss Dialyse-Einrichtungen kennen und man muss wissen wie
205 diese strukturiert sind um auch an die Problematik der Dialyse ran zu kommen. Und
206 die ist eben anders als in der Altenpflege. Und auch anders als im ambulanten
207 Pflegedienst, wo die Leute fahren und zwischendurch mal eben einkaufen gehen
208 können. Da ist der Freiheitsgrad der Mitarbeiter viel höher als hier. Und bei uns würde
209 ich sagen ist es nochmal, und das zeigen vielleicht auch die Ergebnisse, etwas
210 strikter durch sechs Nächte und sechs Tage die Woche. Und das haben vielleicht
211 nicht so sehr viele Dialysen.

212 Was dann noch die Anforderungen an die Arbeit angehen sind die patientenfernen
213 Tätigkeiten. Auch da standen wir, ich sag jetzt einfach mal, schlecht dar. Im Vergleich
214 zu anderen Dialysen machen unsere Mitarbeiter auch administrative Tätigkeiten. Wo
215 vielleicht in anderen Dialysen die Arztpraxis, die daran angeschlossen ist,
216 hinzugezogen wird. Also auch Rezepte, Terminvereinbarungen und etc. das läuft also
217 bei uns. Hinzukommt das wir nicht einfach nur dialysieren. Sondern, wir machen eine
218 Fußvisite, wir haben einen Infektionsraum. Das heißt das Anforderungsspektrum an
219 Mitarbeiter, könnte möglicherweise etwas strikter und etwas ausgefächerter sein als
220 in anderen Dialyse-Einrichtungen. Wir machen eine Sozialberatung, wir machen eine
221 Ernährungsberatung und das müssen ja Leute tun. Und das sind dann halt eben die
222 Schwestern die das machen oder die Arzthelferinnen. Aber alle Mitarbeiter die in der
223 Dialyse beschäftigt sind, sind bei diesem breiten Spektrum von Tätigkeiten dann auch
224 (gefordert). Von daher kann es sein, dass von der ein oder anderen die
225 Anforderungen auch als relativ hoch angesehen werden. Was vielleicht auch eine
226 Rolle spielt, ist das wir bei neuen Mitarbeitern eine strikte Einarbeitungsvorgabe
227 haben. Wir haben ein Curriculum für das erste halbe Jahr und dann für das nächste
228 Jahr zunächst mal eine Art spiral Curriculum. Und dann für die darauf folgenden
229 Monate gibt es dann Module. Das ist also auch von außen bereits an uns ran
230 getragen wurden, das findet man relativ streng bei uns wie das gehandhabt wird. So

231 etwas und auch solch eine Befragung ist immer etwas was auch zu einer bestimmten
232 Situation, in einem auch kommunikativen Umfeld stattfindet, und wenn dann gerade
233 mal in dieser Situation dieses Gespräch auch ist, spiegelt es sich dann auch schnell
234 in den Antworten nieder. Das haben wir uns also auch überlegt, wie die Situation war,
235 als wir diese Befragung gemacht haben. Und dann kam halt eben die Geschichte,
236 dass eine Mitarbeiterin im Jahr zuvor ausgeschieden ist. Die hatte wegen eines
237 Burnout krankgefeiert. Wir hatten auch gerade zu dieser Zeit eine Hilfskraft in der
238 Dialyse, die wegen emotionaler Erschöpfung mehrere Wochen erkrankt war. Also das
239 ist so ein virulentes Thema ist.

240 I: Ich möchte auch nochmal gerne auf die positiven Sachen kommen. Bei Ihnen sind die
241 Entwicklungsmöglichkeiten positiv aufgefallen. In der Dialyse gesamt war das eher
242 ein kritischer Punkt. Wie erklären sie es sich, dass es bei ihnen besonders positiv
243 ausfällt?

244 B: Ja ich gehe davon aus, dass das einfach diese gute Strukturierung ist. Die auf der
245 einen Seite natürlich als Belastung empfunden wird. Ist ja klar, wenn ich ein
246 Lernergebnis zeigen muss nach zwei Monaten oder bei der Einarbeitung bzw. ein
247 Gespräch machen muss, so wie wir das jetzt machen und man da fragt, was ist das
248 was ist das, wie ist der Zusammenhang, was hast du da gelernt?, dass ist natürlich
249 einerseits eine Belastungssituation, andererseits ist es so, das in der Wahrnehmung
250 das Lernen ja eine tolle Geschichte ist und man hat also auch schon das Gefühl, ich
251 komme einen Schritt weiter. Also von daher. Und die Fortbildungen. Wir haben einmal
252 im Monat hier interne Fortbildungen aber auch externe Fortbildungen werden
253 wahrgenommen. Nicht Holliday-Fortbildungen sondern wo man wirklich was lernt.
254 Dann haben wir immer Leute in der Weiterbildung. Gerade heute haben wir eine
255 Mitarbeiterin die ihre Arbeit mit eins abgeschlossen hat, die Arbeit soll veröffentlicht
256 werden. Wir sind total glücklich und stolz das wir so eine tolle Mitarbeiterin haben.
257 Gut, auch die Kollegen helfen ihr bei solchen Projektarbeiten. Also von daher auch
258 immer den Anreiz zu stellen, macht eine Fortbildung, ihr kommt weiter. Gerade haben
259 wir zwei Personen in der Fortbildung, die haben den Datenschutzbeauftragten
260 gemacht usw. Einerseits ist es für das Unternehmen positiv, andererseits ist es auch
261 für die Mitarbeiter positiv, denn wenn die gehen, nehmen die ihr Zertifikat ja mit. Von
262 daher kann ich schon einschätzen das die Entwicklungsmöglichkeiten besonders gut
263 betrachtet werden, weil auch bei Arbeitgeberwechsel, also auch wenn wir Leute
264 bekommen von anderen Arbeitgebern, dann schätzen die das immer gleich im
265 Gespräch. Oft sagen sie auch bei meinem alten Arbeitgeber sollte ich zwar immer
266 aber bin nie zu einer Fortbildung weggewesen usw. Also ich könnte mir vorstellen,

267 dass das da auch eine Rolle spielt. Deswegen war das für mich eigentlich auch nicht
268 verwunderlich.

269 I: Wunderbar, wir haben jetzt schon alle Punkte besprochen. Ich würde gerne nochmal
270 darauf eingehen, generell sind bestimmte Aspekte in der Dialyse besonders
271 aufgefallen. Positiv z.B. soziale Beziehungen am Arbeitsplatz oder geringere
272 Unsicherheit des Arbeitsplatzes. Was meinen sie denn, warum gerade diese Aspekte
273 im Vergleich zu den Vergleichsgruppen in Dialyse-Einrichtungen auffallen?

274 B: Die geringeren Unsicherheiten des Arbeitsplatzes könnte natürlich sein durch den Ruf
275 den Dialysen haben, z.B. da verdient man viel Geld oder keine Ahnung. Und natürlich
276 Dialysen werde gebraucht, man sucht sich ja diese Krankheiten nicht aus.
277 Krankheiten durch die Alterspyramide, das immer mehr alte Menschen auch
278 dialysepflichtig werden usw., sind ja Notwendigkeiten der Gesellschaft. Ich könnte mir
279 vorstellen, dass einmal von den Bedingungen, es kommt immer Nachschub und das
280 man normalerweise auch recht vernünftig verdient in der Dialyse, der Arbeitsplatz in
281 der Dialyse als sicher betrachtet wird.

282 Die sozialen Beziehungen, das kommt ein bisschen auf die Arbeitsstruktur an. Zum
283 Beispiel arbeiten wir in Großräumen zusammen. Es muss also im Team auch
284 gearbeitet werden und man hat eigentlich den ganzen Tag über den Kollegen um
285 sich, was anders ist als im Krankenhaus, wo man auch mal im Zimmer verschwindet.
286 Zumindest ist das in vielen Dialysen so. Oder aber auch in Dialysen wo in großen
287 Räumen dialysiert wird, da werden ja immer vier oder fünf Patienten dialysiert, auch
288 da ist in der Regel nicht einer alleine zuständig. Also die Notwendigkeit miteinander zu
289 arbeiten gibt ja auch die Notwendigkeit vernünftig miteinander zu arbeiten und sich zu
290 verstehen. Von daher könnte ich mir vorstellen, dass da die sozialen Beziehungen
291 herkommen. Das ist was anderes als im ambulanten Pflegedienst wo die Leute den
292 ganzen Tag alleine mit dem Auto durch die Gegend fahren.

293 I: Kritisch sind in den Dialyse-Einrichtungen insgesamt zum Beispiel aufgefallen, der
294 Einfluss bei der Arbeit, Entwicklungsmöglichkeiten; Führungsqualität und Mobbing.
295 Haben sie eine Idee woran das liegen kann?

296 B: Der Arbeitsvorgang der Dialyse selbst, gibt wenig Einflussmöglichkeiten. Es muss
297 einfach nacheinander gearbeitet werden. Von der Struktur dessen von der Tätigkeit
298 her hat man wenig Einfluss. Man könnte ja auch den Einfluss auf den Dienstplan
299 unter Einfluss verstehen, auch da sind die Notwendigkeiten relativ starr vorgegeben.
300 Also ich glaube das die Dialyse und das Dialysegeschäft ein relativ starres Geschäft
301 ist, das man da nicht sehr viel ändern kann. Man kann natürlich Einfluss nehmen, ich

302 denke jetzt ans Qualitätsmanagement, auf bestimmte Entwicklung von Standards
303 usw. Gut aber auch da gibt es bestimmte Vorgaben. Ob das jetzt die Hygiene ist, ob
304 das die Arbeitssicherheit ist. Da kann ich nicht sagen ich lass die Handschuhe aus
305 und mache mal den Vorschlag, dass wir ohne Handschuhe arbeiten. Das ist einfach
306 Quatsch, da gibt es viele Gegebenheiten die vom Arbeitsprozess her starr sind.

307 I: Und bei der Führungsqualität, haben sie da auch eine Idee warum das kritisch
308 ausfällt?

309 B: Das weiß ich nicht, ich vermute mal, dass es daran liegt, das häufig Männer die
310 Leitungsposition einnehmen, während Frauen die Dialysetätigkeiten machen. Häufig
311 sind die Ärzte selber diejenigen die die obersten Führer in der Dialyse sind. Da ist
312 keine Struktur dazwischen. Dann kommt es darauf an wie man sich mit der eigenen
313 Rolle, als Führungsperson, auseinandersetzt und ich weiß das von unseren
314 Führungsseminaren her, das Ärzte nicht unbedingt diejenigen sind, die
315 Führungsseminare machen. Und wenn sie von daher häufig eben zwar sehr
316 authentisch arbeiten aber auch häufig eher vielleicht einen autoritären Führungsstil
317 haben als einen demokratischen Führungsstil oder als einen kooperativen
318 Führungsstil . Bei uns ist es zum Beispiel so, dass die Ärzte bisher sich aus der
319 gesamten Führungsgeschichte rausgehalten haben. Das waren die Ärzte die
320 medizinisch gearbeitet haben und da gab es halt die ärztliche Anordnung und das
321 wird dann halt so gemacht. Gut. Und alles andere wie wir dieses tun, wie wir unseren
322 Dienstplan strukturieren, an welchen Stellen wir wen einsetzen, welche
323 Tätigkeitsfelder wir festlegen usw. ist meine Sache oder die des Teamleiters
324 gewesen. Ich denke also von mir, dass ich einen sehr kooperativen Führungsstil
325 pflege. Von daher ist die Zufriedenheit offensichtlich größer, als wenn von oben
326 gesagt wird, du hast das so zu tun oder du hast es so zu tun. Wir haben auch unsere
327 Führungsmitarbeiter, auch die Teamleiter, werden in Führung geschult. Wir machen
328 das seit vier Jahren, wir hatten gerade im November das vierte Führungsseminar
329 gehabt, das machen wir dann hier. Dann werden die Teamleiter und die Stellvertreter
330 trainiert. Und vielleicht liegt es daran, dass wir uns sehr stark darum bemühen. Das
331 es daher positiver gesehen wird und in anderen Einrichtungen vielleicht weniger.

332 I: Wunderbar, dann kommen wir jetzt zum zweiten Block. Dann sprechen wir jetzt über
333 die Planung von Maßnahmen. Hier würde ich gerne wissen: Nachdem sie den
334 Ergebnisbericht erhalten haben, wie haben sie mit ihm weitergearbeitet? Wurden
335 Maßnahmen daraufhin geplant?

336 B: Wir hatten ja, das hatte ich Ihnen ja gerade gesagt, im Februar ein Stressseminar
337 gemacht. Wir haben nicht in einem Steuerkreis sondern in den Dienstbesprechungen
338 nach Vorschlägen gefragt. Und dann kam da z.B. der Vorschlag ein Stressseminar zu
339 machen. Dann habe ich gesagt, das ist ja schön, dann machen wir doch ein
340 Stressseminar. Aber wenn wir jetzt dieses Ergebnis hier haben, auch von der
341 Altersstruktur her das Ergebnis vielleicht so annehmen müssen, das wir denken, dass
342 gerade wegen der Altersstruktur, weil viele Mitarbeiter schon über 40 oder 50 Jahre
343 alt sind, vielleicht diese Situation als besonders belastend empfunden wird. Die Frage
344 war: Was sollen wir denn machen? Dann war das Ergebnis das wir ein Stressseminar
345 gemacht haben. Nämlich zwei, eins für die unter 40 jährigen und eins für die über 40
346 jährigen. Und das war total positiv. Weil nämlich das was eine unter 40 jährige
347 stresst, ob das ihre Familie zu Hause ist oder aber die Arbeit hier, beides muss man
348 ja zusammen sehen, das ist was anderes als die über 50 jährigen als Stress
349 empfinden. Das hat sich eigentlich als gut bewährt. Es haben also alle die da waren,
350 wir haben also zwei Gruppen gehabt, waren beide sehr sehr davon angetan das sie
351 Hilfen und Hilfestellungen dann bekommen haben wie man mit stressigen Situationen
352 umgehen kann.

353 I: War bei der Planung des Seminars irgendetwas besonders förderlich? Hat Ihnen da
354 irgendetwas dabei geholfen z.B. die Mitarbeiter die selber Vorschläge gemacht
355 haben?

356 B: Inwiefern sollte das förderlich gewesen sein, wir haben das einfach umgesetzt. Und
357 das Ergebnis war bei allen, dass sie eigentlich sehr zufrieden gegangen sind, das sie
358 gesagt haben: „wir haben Hilfestellungen und Tipps bekommen“. Dann schwirrten
359 hier eine Weile witzige Sachen rum, die waren dann wie so eine Gemeinsamkeit. Man
360 guckte sich an und lachte (Anmerkung: auf eine bestimmte Art, die aus dem Seminar
361 stammt) und man wusste gleich, dass diese Tipps aus dem Seminar gemeint
362 gewesen sind. Also das haben wir gemacht. Das war das Eine, das kam aus dem
363 Team. Dann haben wir körperliche Belastungssituation: Dann haben wir nochmal mit
364 den Mitarbeitern überlegt, wie man zum Beispiel über Hilfsmittel die körperliche
365 Belastung geringer halten kann. Und da kam dabei heraus, dass wir zum Beispiel
366 Matten unter die Betten legen, damit die Patienten besser transportiert werden
367 können, das wir so etwas noch einführen. Ansonsten sind wir die Situation
368 durchgegangen wie zum Beispiel, wenn der Patient kommt und er ins Bett gelegt wird
369 usw. also das wo man körperlich belastet wird. Also da kamen dann diese Matten bei
370 raus, das war also ein Punkt.

- 371 I: Zielte das jetzt auf besondere Aspekte aus dem Ergebnisbericht ab oder waren das
372 Aspekte die sie ohnehin umsetzen wollten?
- 373 B: Nein, wir haben als wir darüber geredet haben, was belastet uns und wie können wir
374 versuchen damit umzugehen, und da kam das dann auch bei der vielen Arbeit usw.
375 Gut, das haben wir dann gemacht, was haben wir denn noch gemacht? Die
376 psychische Belastung wegen dem aggressiven Verhalten von den Patienten. Wir
377 haben einen Workshop „Demenz“ gemacht. Und dieser Workshop „Demenz“ war ein
378 Workshop, der nicht nur einen Tag dauert, sondern es waren vier Sitzungen mit einer
379 ausgewählten Gruppe, mit einem der sich auskannte wie man mit stark erkrankten
380 Menschen und Demenzerkrankten umgehen kann. Und aus diesem Workshop ist für
381 uns eine interne Regelung für den Umgang mit Demenzerkrankten entstanden.
382 Einschließlich, und das war eigentlich der Ausgangspunkt, Tipps und Hilfestellungen
383 wie geht das Pflegepersonal mit den Demenzerkrankten Patienten um. Denn auch
384 das werden sie sicherlich realisiert haben, das Dialyse-Patienten immer älter werden
385 und wenn jemand bei uns kommt der 60 ist dann sagen wir, da haben wir einen
386 jungen Patienten. Und durch das zunehmende Alter sind auch die
387 Demenzerkrankungen zunehmend. Und einen demenzerkrankten Patienten im
388 Dialyse-Alltag zu haben ist eine Herausforderung, eine absolute Herausforderung für
389 die Mitarbeiter. Sodass wir einfach da auch nach diesem Workshop Tipps und
390 Hilfestellungen den Mitarbeiter geben konnten. Tipps, wie man mit den Patienten
391 umgehen kann, Tipps wie man ihnen in ihrer Welt begegnen kann, auch natürlich
392 verbal, wir haben ja kaum andere Mittel als verbal damit umzugehen. Zudem halt
393 kleine Dinge die wir zulassen, z.B. das sie (die Patienten) Fotos von zuhause
394 mitbringen und solche Geschichten. Das war das Eine eben solche Sachen zu
395 machen, und dann strukturell und vom Arbeitsablauf her in dem Raum in dem wir die
396 demenzerkrankten Patienten vor allen Dingen haben, kann nicht einer immer präsent
397 sein. Das heißt wir müssen das Personal wechseln. Es muss zu einer Rotation
398 kommen, damit sich die Belastung auf den Schultern verteilt. Und das machen wir
399 jetzt auch.
- 400 I: Wann fand dieser Workshop statt? War das nach dem Erhalt des Ergebnisberichtes?
- 401 B: Nein, das war 2011 und wir hatten schon vor dem Ergebnisbericht damit begonnen.
402 Weil das für uns klar war und dann haben wir das nach dem Erhalt des Berichtes
403 eingeordnet und gesagt das passt gut dazu.
- 404 I: Kann man etwas benennen, was besonders förderlich oder hinderlich war bei dieser
405 Maßnahmenplanung?

406 B: Dieses Seminar letztlich umzusetzen, da gab es keine Probleme. Weil, wir haben hier
407 eine Kultur der Fort-und Weiterbildung. Die Mitarbeiter fanden das richtig toll und es
408 war keiner dagegen.

409 I: Als förderlich kann man dann ja sagen, dass die Mitarbeiter alle ihre Vorschläge und
410 Ideen mit einbringen durften.

411 B: Ja

412 I: In welchem Betriebsbereich wurde diese Maßnahme durchgeführt oder anders
413 gefragt, welche Mitarbeiter waren an diesen Schulungen beteiligt?

414 B: An den Schulungen waren schließlich und endlich alle beteiligt. Die Schulungen
415 waren für alle offen. Wer da jetzt genau dabei war weiß ich nicht, da müsste ich die
416 Listen durchgehen. Die Schulungen waren für alle. Und bei dem Stresseminar war
417 es so, dass wir die Beteiligung wirklich ausgeweitet haben für alle, auch für die
418 Hilfskräfte.

419 I: Gab es denn mehrere Vorschläge, was gemacht werden kann und sie haben sich
420 dann für diese Seminare entschieden?

421 B: Es gab noch einen Punkt, den alle ganz toll fanden und als wir ihn dann diskutiert
422 haben, haben wir festgestellt, dass geht nicht. Und dann gab es ein paar kleinere
423 Sachen, die sind aber glaube ich nicht so erwähnenswert. Achso, dann wurde noch
424 über die Arbeitsmedizin geredet, was also arbeitsmedizinisch noch gemacht werden
425 kann. Letztendlich waren das Vorschläge, die keinen Neuigkeitswert hatten. Weil wir
426 das alles durchführen, also die Arbeitsmedizin wird durchgeführt, die Impfungen
427 werden durchgeführt. Das war doch hier auch so eine Sache von wegen infektiöse
428 Erkrankungen und Angst vor Blut usw. das waren ja die dialysespezifischen Fragen.
429 Das verlief letztendlich im Sande, weil wir diese Maßnahmen machen. Zum Beispiel
430 die infektiösen Geschichten. Wir haben hier einen Infektionsraum, wo MRSA
431 Patienten usw. behandelt werden, die kommen also gar nicht erst unters Volk. Angst
432 vor Blut ist Quatsch, die Leute sind alle Hepatitis geimpft, die Patienten alle und die
433 Mitarbeiter alle, durch die arbeitsmedizinische Vorsorge. Das sind Ergebnisse die
434 emotional sind aber real Unsinn. Das war auch so ein Punkt und dann haben wir da
435 auch noch diskutiert, weil es ja immer wieder auch, gerade bei dieser MRSA-
436 Erkrankung eine Rolle spielt, dass die Leute sagen, da kann ich mich anstecken usw..
437 Es ist ja eben nicht alles mit Schutzkleidung. Aber letztendlich kann man sich als
438 gesunder Mensch kaum anstecken. Aber wir haben natürlich auch noch andere
439 infektiöse Erkrankungen, Noro-Viren, wir haben ESBL usw. Und da muss man sich

440 schon ein bisschen anders aufführen. Ja aber durch eine wirklich kompetente
441 Hygiene-Beauftragte, die wir hier bei uns haben, eine eigenen Hygiene-Beauftragte,
442 und die entsprechenden Schulungen des Personals und die entsprechenden
443 Anweisungen mussten alle letztendlich sagen, wir können drüber reden, aber letztlich
444 können wir nicht mehr tun als wir ohnehin schon machen.

445 I: Was ist mit den anderen Aspekten, die kritisch aufgefallen sind? Z.B. Vereinbarkeit
446 von Arbeit und Privatleben, haben sie da noch speziell irgendetwas unternommen?

447 B: Nein, also wir haben unseren Dienstplan und die Mitarbeiter dürfen im Grunde
448 genommen einen Wunsch pro Monat äußern pro Dienstplan. Das sind aber
449 Ergebnisse der letzten Jahre auch gewesen. Das es da auch immer Mitarbeiter gibt,
450 die viel mehr Wünsche haben und enttäuscht sind wenn sich dann einer nur erfüllt ist
451 auch klar. Aber alleine diese Geschichte, das ist die Quadratur des Kreises bei einem
452 Schichtdienst über sechs Tage für drei Schichten mit unterschiedlichen Mitarbeitern
453 die einen die eine Vollzeit Stelle haben, die anderen die nur eine Teilzeit Stelle
454 haben. Dann zu überlegen, wie können wir die Qualifikation zusammen setzen, dass
455 die Gruppen vernünftig gebildet sind und die Patienten ordentlich versorgt sind, wer
456 arbeitet in welchen Räumen da wir ja eben nicht nur Dialyse machen, sondern auch
457 Peritonealdialyse, wer kann das Eine, wer kann das Andere? Also das ist die
458 Quadratur des Kreises und von daher wünschen sich natürlich häufig Mitarbeiter
459 Dinge die vom Dienstplan her nicht zu erfüllen sind.

460 I: Sind weitere Maßnahmen geplant momentan?

461 B: Da wir zurzeit Personal suchen, das heißt wir suchen schon lange Personal immer
462 mal wieder, aber im Moment ist es so, dass wir ganz eklatanten Personalmangel
463 haben, können wir da zurzeit gar keine weiteren Maßnahmen planen. Und zum
464 damaligen Zeitpunkt der Auswertung, hatten wir auch schon Personalmangel. Es sind
465 also zwischendrin neue Mitarbeiter auch eingestellt wurden. Zum Teil auch
466 Mitarbeiter die ausgebildet werden müssen. Denn fertiges Dialysepersonal ist [REDACTED]
467 [REDACTED] schwer zu bekommen. Da wir natürlich [REDACTED] sind in dem sich
468 die Dialysen [REDACTED] von daher wird viel Dialysepersonal gesucht, aber man
469 findet nur sehr sehr schwer ausgebildetes Personal. Also bilden wir auch selbst aus,
470 was auch immer eine zusätzliche Belastung der Mitarbeiter mit sich bringt.

471 I: Sie haben erzählt, dass sie ein Qualitätsmanagement haben. Gibt es bei Ihnen
472 Ablaufprozesse wie man Maßnahmen entwickelt?

473 B: Ja, so eine Vorstellungen gibt es bei uns auch. Also das wir zuerst gemeinsam
474 überlegen. Das ist das Problem, wie lösen wir es? Und dann die entsprechenden
475 Überlegungen dazu anstellen. Das machen wir in der Regel mit den Teamleitern.

476 I: Haben sie auch ein Betriebliches Gesundheitsmanagement?

477 B: Wenn sie betriebliches Gesundheitsmanagement meinen mit, dass die
478 arbeitsmedizinischen Untersuchungen durchgeführt werden, das wir ab und zu eine
479 Rückenschule machen, das wir Raucherentwöhn-Seminare machen, wenn das damit
480 gemeint ist, dann haben wir eins.

481 I: Also sie machen auch Sachen über die gesetzliche Verpflichtung hinaus und sie
482 haben einen Arbeitskreis der sich mit den Sachen beschäftigt?

483 B: Ne, letztendlich gibt es keinen Kreis, es wird letztendlich durch mich initiiert, bzw.
484 angesprochen oder aber auch von den Teamleitern angesprochen. Dann entwickeln
485 wir. In der Regel sind es dann die Teamleiter die dann sagen, da könnten wir dran,
486 das ist eine gute Idee oder wir haben eine gute Idee. Also z.B. die Geschichte mit
487 dem Stresseminar. Das ist etwas, dass kam sogar glaube ich aus dem Team oder
488 von den Teamleitern. Das ist aber eine Geschichte, die hatten wir schon vor der
489 Befragung.

490 I: Wer trifft denn letztendlich da die Entscheidung, dass es auch gemacht wird?

491 B: Ich. Ich sage dann bescheid, dass ich entschieden haben. Und man hat mir da bisher
492 keine Steine in den Weg gelegt.

493 I: Wir sind jetzt schon im letzten Abschnitt. Wir sind zeitlich schon etwas über eine
494 Stunde, aber das wird jetzt nicht mehr lange dauern. Der Abschnitt beschäftigt sich
495 mit der Evaluation von Maßnahmen, also mit der Erfolgskontrolle. Sie haben ja schon
496 ganz viele tolle Sachen gemacht in ihrer Einrichtung und ich würde gerne wissen, wie
497 die Erfolgskontrolle von den Maßnahmen aussehen soll. Z.B. der Seminare. Gibt es
498 da etwas was sie da geplant haben oder sogar schon gemacht haben?

499 B: Ne, eine Erfolgskontrolle des Stresseminars haben wir nicht gemacht. Also eine
500 Erfolgskontrollen beim Raucherseminar: In der Regel werden die Leute rückfällig. Bei
501 dem einen dauert es ein Jahr, bei dem anderen dauert es nur ein paar Wochen.

502 I: Können Sie beschreiben, wie der Aufwand im Bezug zum Nutzen war von diesen
503 Maßnahmen?

504 B: Der finanzielle Aufwand war in der Regel überschaubar. Der direkte finanzielle
505 Nutzen. Der Arbeitszeitaufwand ist natürlich enorm. Unsere Mitarbeiter haben den
506 Komfort, dass es wirklich Arbeitszeit ist, dass es nicht Veranstaltungen außerhalb der
507 Arbeitszeit sind. Das heißt die Kosten der Arbeitszeit hängen uns natürlich an den
508 Füßen. Also billig ist das nicht zu haben. Gut, was den Erfolg angeht, es gibt immer
509 kurzfristige Erfolge, die sich in der Atmosphäre darstellen, so wie ich das vorhin
510 erzählte, dieses man trifft sich [REDACTED] und erinnert sich gemeinsam. Ob das nun
511 der Workshop ist oder das Raucherseminar ist oder die Rückenschule. Wobei die
512 Rückenschule, das war nicht so ganz nachhaltig. Da haben wir auch gedacht, also
513 das ist besser wenn wir das mit der Krankenkasse machen. Als wenn wir das hier mit
514 unserer Diplomsporlerin die wir im Haus haben für die Dialyse-Patienten gemacht
515 haben. Nagut, das war das. Aber nachhaltig waren einige Änderungen, z.B. was sie
516 für die Stühle angegeben hat und solche Geschichten... mit dem Kissen
517 möglicherweise, wie man das richtig unter den Po zu legen hat, damit man eine
518 andere Haltung der Beine hat. Das sind so Sachen, die dann so umgesetzt werden
519 und von daher ist das nachhaltig. Was langfristig nachhaltig ist, beispielsweise, diese
520 Stresseminare, kann ich ihnen nicht sagen. Da haben wir auch keine Instrumente
521 entwickelt danach zu fragen ob einer noch genauso gestresst ist, wie vor einem
522 halben Jahr.

523 I: Haben sie geplant diese COPSQ-Befragung nochmal durchzuführen?

524 B: Geplant ist das nicht, aber als wir uns darauf eingelassen haben, haben wir gewusst,
525 dass es möglicherweise eine zweite Befragung geben wird. Wo wir dann gefragt
526 werden, ob wir das nochmal machen wollen oder die wir dann selbst durchführen
527 können. Genauso wie wir immer wieder im Rahmen von QM die Zuweiser-Befragung
528 der Ärzte durchführen. Wir haben es noch nicht konkret angedacht. Unser Problem ist
529 es natürlich, dass wir die Befragung machen können, können sie aber nicht
530 auswerten. Wir haben Mitarbeiterbefragungen gemacht, die wir dann haben
531 auswerten lassen in Köln, das ist diese Kölner-Studie von der Ärztekammer. Wir
532 müssen dann möglicherweise auf einfacheres Instrument der Mitarbeiterzufriedenheit
533 –Befragung zurück greifen, ich hab da also noch andere Sachen. Sollte die BG da
534 nochmal fragen, dann würden wir das in jedem Fall nochmal mitmachen.

535 I: Da schließt sich meine Frage auch direkt an, wie bewerten sie denn die
536 Zusammenarbeit mit der BGW?

537 B: Die Zusammenarbeit im Rahmen der Studie war ja so, dass die Projektmitarbeiterin
538 der BGW auf uns zugekommen ist und uns gefragt hat ob wir das machen. Ja, ich

539 habe gesagt wir machen das gerne, da ja aus den genannten Gründen, die ich zu
540 Beginn genannt habe, passte das gut und wir machen das gerne. Und dann ging das
541 eigentlich relativ problemlos hin und her mit den entsprechenden Fragebögen. Das
542 hat dann etwas länger gedauert, als sie ursprünglich angegeben hatte bis wir dann
543 die Bögen bekommen hatten und die Auswertung schließlich dann auch da war. Aber
544 das verzögert sich immer, das finde ich auch nicht so tragisch.

545 I: Hat sich aus Ihrer Sicht die damalige Studienteilnahme gelohnt?

546 B: Ja, ja, ja finde ich auf jeden Fall.

547 I: Wenn diese Befragung noch nicht gewesen wäre, was würden sie sich mit jetziger
548 Erfahrung wünschen, was generell bei der Befragung vielleicht anders laufen sollte?

549 B: Ich fand das in Ordnung so. So geht das halt. Das war auf Freiwilligkeit, das war
550 anonym, wir konnten das gut den Mitarbeitern deutlich machen, dass das eine
551 anonyme Geschichte ist und dass sie keine Sorge haben brauchen, dass da
552 irgendwer den Briefumschlag aufmacht. Würde ich wieder so machen.

553 I: Wussten sie, dass die Ergebnisse der Befragung als erste Bausteine der
554 Gefährdungsanalyse der psychischen Belastung dienen?

555 B: Ja

556 I: Haben Sie bereits eine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt?

557 B: Zur psychischen Belastung, nein haben wir nicht durchgeführt

558 I: Da haben sie auf jeden Fall schon mal gute Bausteine für, das nur als Hinweis.
559 Haben Sie vielleicht noch eine besondere Empfehlung für andere Einrichtungen die
560 diese oder ähnliche Maßnahmen, die sie umgesetzt haben, durchführen wollen?

561 B: Ich würde das immer wieder tun und würde das auch den anderen Einrichtungen
562 nahelegen im Dialog mit den Mitarbeitern oder Teamleitern oder Schichtleitern, wie
563 auch immer, sich sehr genau darüber zu unterhalten und die Ohren auch richtig weit
564 aufzumachen, wo die Mitarbeiter Belastungen sehen oder aber auch versteckt zum
565 Ausdruck bringen. Oder aber auch bei den Mitarbeiter nicht nur da eine Antenne hin
566 zu haben was sie sagen, sondern sie auch ab und zu mal zu beobachten. Auch über
567 die Teamleiter, über die Mitarbeitergespräche, wir haben ja auch
568 Mitarbeitergespräche, auch da genau mit den Teamleitern zu konferieren und zu
569 überlegen wie die Situation der Mitarbeiter in ihrer Einrichtung ist. Denn viele
570 Mitarbeiter äußern beispielsweise den Ärzten gegenüber nicht unbedingt das was sie

571 wirklich denken. Denn das sind Vorgesetzte und da zeigt man ja unter Umständen
572 auch nicht die Schwäche. Und viele Dinge werden als Schwäche empfunden, wobei
573 sie vielleicht nur ein Organisationsproblem sind. Und je nachdem wie die Menschen
574 geartet sind, verpacken sie das oder manche schreien es auch raus. Aber gerade die
575 die es verpacken, oder glauben es zu verpacken, die sind besonders gefährdet. Also
576 von daher würde ich immer raten in einen engen, kooperativen, nicht strafenden und
577 nicht unbedingt immer beurteilenden Dialog sich mit den Mitarbeitern aufzustellen.
578 Wie gesagt es sind nicht unbedingt die Ärzte die das machen müssen, gerade in so
579 einer großen Institution. Im Gegenteil, das ist manchmal sogar hinderlich. Die
580 Vertrauensperson soll aber nicht aushorchen, sondern wirklich teilnehmend
581 beobachten und gucken. Und daraus dann sehr sehr vorsichtig Schlüsse ziehen und
582 sehr sehr vorsichtig versuchen ein Gespräch zu führen. Und da, dass würde ich also
583 immer wieder denken, und dann aber auch Konsequenzen zu ziehen. Das ist das
584 aller wichtigste aus meiner Erfahrung, wenn ich dann es also wahr geworden bin, das
585 bestimmte Sachen sind, und es hat sich also auch bestätigt im Gespräch mit den
586 Personen oder mit der Person oder mit der Gruppe von Personen. Also dann eben
587 überlegen wie können wir gemeinsam dagegen angehen, was kann passieren. Und
588 wenn wir das alles gemacht haben, dann es tun. Es wird so viel gequatscht und so
589 viel geschwafelt und jeder weiß noch alles besser. Das Problem ist, Ideen haben
590 ganz viele was man machen könnte aber es wird letztendlich nicht getan. Und dieses
591 tun und die Konsequenz den Mitarbeitern zu zeigen, pass mal auf, ich sehe du bist
592 gestresst und ich sehe, ich biete dir an, hast du Lust, machen wir das? Gut, das dann
593 eben auch umzusetzen. Das größte Problem ist die viele Quatscherei und dann
594 letztendlich keine Schlüsse zu ziehen. Dann sollte man lieber die Schnauze halten.
595 Das würde ich immer immer sehen. Und den Mitarbeitern immer auf Augenhöhe zu
596 betrachten. Es ist nicht NUR eine Arzthelferin, und es ist nicht NUR eine Hilfskraft in
597 der Dialyse. Natürlich ist der Chef der Chef. Punkt, gibt es nichts zu mäkeln. Aber der
598 Chef ist nur Chef, weil andere da sind in dessen Umfeld er Chef sein kann. Sonst
599 kann er gar nicht Chef sein. Insofern dieses auf Augenhöhe mit den Mitarbeitern und
600 sie als ernst zu nehmen als Person und denjenigen der mit im Boot sitzt damit das
601 Schiff in die gleiche Richtung fährt, finde ich schon sehr sehr wichtig.

602 I: Ich finde das haben sie sehr sehr schön gesagt und ich möchte das gerne als
603 Abschlusswort nehmen. Ich möchte das Interview jetzt beenden an dieser Stelle und
604 würde noch gerne wissen ob sie noch Anmerkungen zu diesem Gespräch haben?

605 B: Haben Sie fein gemacht

606 I: Ich hatte ihnen ja bereits gesagt, dass das einer meiner ersten Gespräche ist. Welche
607 Teilnahmemotivation hatten sie an dem jetzigen Gespräch teil zu nehmen?

608 B: Weil ich das schön finde, dass sie eine Arbeit darüber machen. Und weil ich alle
609 Leute die lernen oder weiterkommen wollen, gerne unterstütze.

610 I: Super, dann beende ich jetzt das Gespräch und bedanke mich ganz herzlich für Ihre
611 Teilnahme.

612 B: Gerne

Thema des Interviews: Erfassung von Vorgehensweisen zur Verbesserung der psychosozialen Arbeitssituation in Dialyse-Einrichtungen

Datum des Interviews: 18.12.2012

Dauer des Interviews: 69 Min.

Interview 3

1 I: Aus welcher Motivation heraus haben sie an der damaligen Befragung
2 teilgenommen?

3 B: Die Motivation war, die Wahrnehmung, dass durchaus ein Druck für
4 Mitarbeiter in Dialyse-Einrichtungen besteht und das sich dieser Arbeitsdruck,
5 der vielfältige Ausprägungen hat, sich in den letzten Jahren und Jahrzehnten,
6 speziell im Fachbereich Dialyse, auch kontinuierlich erhöht hat. Durch
7 bestimmte Einflussfaktoren, sprich also Pauschalenabsenkungen an
8 bestimmten Punkten, hat sich der Arbeitsdruck nochmals jeweils erheblich
9 erhöht. Hinzu kommt, dass sich im Laufe der Jahre eine kontinuierliche
10 Entwicklung auf Seiten der Patienten abgespielt hat. Zum Einen ist der Druck
11 dadurch erhöht wurden, dass durch kostenabsenkende Maßnahmen das
12 Pflegepersonal mehr schaffen muss als Jahre früher. Man muss
13 ehrlicherweise dazu sagen, dass der Bereich Dialyse in früheren Jahren eine
14 Insel der Glückseligkeit war. Das ist es mittlerweile schon lange nicht mehr.
15 Von diesem Ausgangspunkt hat es sich, subjektiv aus der Sicht der
16 durchschnittlichen Pflegekraft (vereinfacht ausgedrückt), kontinuierlich nach
17 unten entwickelt vom Empfindungshorizont. Auf der anderen Seite hat sich die
18 Patienten-Klientel auch erheblich verändert in den letzten Jahren. Die
19 Patienten haben eine deutlich höhere Lebenserwartung und dadurch hat sich
20 auch das durchschnittliche Alter der Dialysepatienten erheblich nach oben
21 entwickelt, also die Patienten sind mittlerweile wesentlich älter als sie vor 20
22 Jahren waren. Der Grad der Krankheitssituation und auch der
23 Pflegebedürftigkeit hat dadurch bedingt erheblich zugenommen. Das heißt die
24 Patienten haben viele Sekundär-Erkrankungen, die Durchschnitts -Patienten
25 von vor 20 Jahren in wesentlich geringeren Umfang hatten. Die Patienten

26 waren mobiler und etwas weniger eingeschränkt und konnten somit mehr
27 selber tun. Die Patienten von heute sind wesentlich pflegebedürftiger und sind
28 nicht mehr so im Stande Dinge des täglichen Lebens oder auch Dinge im
29 Bereich der Dialyse, also vorbereitenden Maßnahmen, selber zu übernehmen.
30 Darüber hinaus sind sie auch im Durchschnitt sehr stark in ihrer Mobilität
31 eingeschränkt. Also das Gros der Patienten ist Mobilitätseingeschränkt und
32 kranker als früher. Dadurch hat sich eine Schere aufgetan. Also auf der einen
33 Seite wird Pflegepersonal aus Kosten gründen abgeschnitten, auf der anderen
34 Seite wird dem Pflegepersonal ein deutlich höheres Arbeitsvolumen
35 „zugemutet“, weil sich das Patientengut von der Pflegebedürftigkeit
36 verschlechtert hat. Und aus diesem Gesichtspunkt hat das Personal auf zwei
37 Schienen mehr zu leisten. Das hat aus meiner Sicht dazu geführt, dass sich in
38 den letzten Jahren eine deutlich fühlbare Druckerhöhung, Stress,
39 Einflussnahme auf die Pflegekräfte abgespielt hat. Deswegen habe ich gesagt,
40 es ist gut, dass so eine Befragung mal durchgeführt wird. Da unser
41 Unternehmen sehr auf die Mitarbeitenden schaut und gerne Dinge zu Gunsten
42 der Mitarbeitenden einrichten möchte, wobei sie auf der anderen Seite auch
43 Kostengesichtspunkte im Auge haben muss, war unser Unternehmen offen für
44 die Befragung. Ich habe natürlich den üblichen juristischen Weg gewählt,
45 meine Vorgesetzten informiert und gefragt ob wir das machen können. Von
46 dort aus ist grünes Licht gegeben worden und damit haben wir dann diese
47 Befragung auch gerne durchgeführt.

48 I: Hatten sie denn damals schon das Gefühl es ist Handlungsbedarf da oder
49 wollten sie nur gerne wissen wie der IST-Zustand ist?

50 B: Eigentlich handeln wir permanent wenn wir Problemstellungen wahrnehmen.
51 Meine persönliche Philosophie ist es Probleme zeitnah aus der Welt zu
52 schaffen, wenn man sie erkennt um sie nicht noch größer werden zu lassen.
53 Damit man nicht irgendwann einen Ballon hat der einen um die Ohren fliegt.
54 Das klappt natürlich nicht immer, manchmal fliegen einem auch Dinge um die
55 Ohren. Aber grundsätzlich versuche ich da schon früher aktiv zu werden. Aber
56 ich habe mir gedacht, es ist unter dem Gesichtspunkt auch sinnvoll, auch mal
57 den Vergleich zu sehen wie das allgemein in Dialyse-Einrichtungen bewertet
58 wird. Man konnte ja feststellen im Rahmen dieser Befragung, das vieles in

59 anderen Dialyse-Zentren ähnlich betrachtet wird. Jedes Zentrum hat
60 unterschiedliche, eigene Schwerpunkte, vieles wird allerdings auch ähnlich
61 betrachtet in anderen Häusern. Darüber hinaus muss ich auch sagen, wir
62 tauschen uns hier in den Einrichtungen auch relativ intensiv aus, wir gucken
63 über den Tellerrand und haben einen sehr intensiven Kontakt zu den
64 Einrichtungen in der näheren Umgebung. Es finden auch innerhalb der
65 Einrichtungen regelmäßig einmal jährlich ein treffen aller Zentrumsleitungen
66 statt, dass also auch ein [REDACTED] Austausch gegeben ist. Darauf legt
67 unsere Firma auch großen Wert. Das bringt einem manchmal ein gewisses
68 Maß an Entspannung dieser eigentlich sehr verspannten Situation, weil man
69 feststellt, es geht vielen ähnlich und das schafft Solidarität. Wobei es macht
70 den Arbeitsalltag dadurch auch nicht unbedingt leichter aber man kann doch
71 feststellen es geht doch vielen ähnlich und man kann gemeinsam Ideen
72 entwickeln und das wird in unseren Einrichtungen auch sehr gepflegt.

73 I: Wie empfanden sie es die Ergebnisse der Fremdbefragung anzunehmen und
74 zum Thema der eigenen Sache zu machen?

75 B: Sagen wir mal so, es gab natürlich auch negative Aspekte, die durch diese
76 Befragung zu Tage gekommen sind. Auch durchaus Aspekte wo Kollegen
77 einen Eindruck von Strukturmängel vermittelt hatten. Als Leitungskraft schluckt
78 man da natürlich erst, aber ich versuche dann wirklich auch über das
79 Schlucken hinweg zu gehen und Dinge in Bewegung zu setzen um auch
80 Veränderungen im Interesse der Mitarbeiter hinzubekommen. Die natürlich
81 den Rahmenbedingungen entsprechen müssen. Das ist aber eigentlich nichts
82 Neues und auch nicht jetzt durch die Befragung initiiert wurden, sondern das
83 ist eigentlich unser üblicher Weg. (Unterbrechung durch das Telefon)Wenn
84 mal irgendetwas in Frage gestellt wird, dann ist man natürlich berührt aber ich
85 versuche dann einfach so den Sachinhalt schnellstmöglich zu ergründen und
86 eben das Beste daraus zu machen. Also einfach mit Blick auf das Team
87 schauend zu gucken ob man Dinge verbessern kann. Wie bei einem guten
88 Motor den Schmiereffekt verbessern, damit weniger Reibung entsteht.

89 I: Gut, dann würden wir jetzt auf den Ergebnisbericht zusprechen kommen. Hier
90 möchte ich gerne wissen, nachdem sie den Ergebnisbericht erhalten haben,
91 wie sind sie mit ihm umgegangen und wie haben sie mit ihm gearbeitet?

92 B: Ich habe ihn erst mal selber ventiliert. Habe ihn dann noch bevor eine
93 allgemeine Info an das Team erfolgt ist an meinen Vorgesetzten weitergeleitet.
94 Der hat das gleiche mit dem Bericht gemacht und hat überlegt, wie
95 vorzugehen ist. Da ja mehrere Zentren unserer Firma, zunächst in der
96 Anfangsphase befragt worden sind und danach dann eine flächendeckende
97 Befragung erfolgte, wir gehören zu den ersten drei Zentren, hat mein Chef sich
98 überlegt wie das Ganze von statten zu gehen hat. Er hat die Entscheidung
99 getroffen, dass eine Information des gesamten Pflegeteams erfolgt. Es war
100 meinem Vorgesetzten sehr wichtig, dass es wirklich von der höheren Etage
101 unserer Einrichtungen kommt. Mein Vorgesetzter ist angereist mit einer
102 weiteren Kollegin aus der Personalabteilung. Ich muss dazu sagen, unsere
103 Einrichtung arbeitet eng mit dem hauseigenen Betriebsrat zusammen. Der
104 Betriebsrat wusste im Vorfeld von der Befragung, deswegen hat mein
105 Vorgesetzter auch den Betriebsrat mit dazu genommen. Also war ein Vertreter
106 des Betriebsrates bei dieser Information dabei. Da wir auch relativ viele
107 Mitarbeiter im Team sind, hat es eine relativ große Veranstaltung gegeben im
108 Rahmen einer Teambesprechung. Mein Vorgesetzter hat die Ergebnisse mit
109 einer PowerPoint Präsentation unter Anwesenheit einer weiteren
110 Sachbearbeiterin und eines Betriebsrates Mitgliedes, vorgetragen. Danach hat
111 es eine entsprechende Diskussion gegeben. Wobei ich ein Detail zum Verlauf
112 der Befragung auch durchaus Interessant finde. Die Teilnahme der Befragung
113 in unserem Zentrum war für meine Begriffe zu niedrig. Darauf habe ich dann
114 Rückschlüsse auf das Interesse der allgemeinen Mitarbeiterschaft an dieser
115 Thematik gezogen. Es sind natürlich einige Knackpunkte zu Tage gefördert
116 worden. Aber die Teilnahme lag glaube ich bei ███% und das habe ich
117 eigentlich als zu gering empfunden. Wobei es ja letztendlich von den
118 Mitarbeitern frei zu entscheiden war, da es ein freiwilliger Fragebogen war.
119 Von unseren███ Mitarbeitern waren nur███% die sich aktiv daran beteiligt
120 haben. Die anderen haben es nicht getan, aus welchen Gründen auch immer.
121 Das ist aus meiner Sicht natürlich auch ein Votum in Richtung auf diese
122 Thematik, dass sie sagen, sie haben kein Interesse daran teilzunehmen. Das
123 war so meine Interpretation. Das fand ich ein wenig schade. Wobei 100%
124 erreicht man wahrscheinlich auch relativ selten bei Befragungen.

125 I: Sie haben bereits schon ein paar Sachen vorweggenommen. War der
126 Ergebnisbericht für sie verständlich?

127 B: Ich tue mich manchmal beim Lesen von Berichten schwer. Ich konnte mich ja
128 sehr entspannen, weil mein Chef mir das Vortragen des Berichtes
129 abgenommen hat. Aber im Wesentlichen habe ich die Botschaft schon
130 verstanden, weil ja die entscheidenden Punkte der Befragungsergebnisse
131 durch Diagramme dargestellt wurden. Die waren aus meiner Sicht
132 selbsterklärend, weil da ja wirklich die Belastungsfaktoren isoliert wurden. Und
133 eben auch so ein Trend für das eigene Zentrum ermittelt wurde. Letztendlich
134 konnte man auch durch ihre Aufbereitung der Befragung sehen, wo ist
135 praktisch die Durchschnittslinie Dialysen allgemein, wo ist letztendlich die
136 Durchschnittslinie im eigenen Unternehmen und wo ist man selber
137 angesiedelt. Und so war letztendlich durch die Diagramme, das Ganze meiner
138 Meinung nach recht gut verständlich. Das ist auch für die entsprechende
139 Vorstellung der Ergebnisse genutzt worden.

140 I: Wenn sie den Ergebnisbericht bewerten würden, auf einer Skala von 1-10,
141 wenn 10 das Beste ist. Wie würden sie das einordnen?

142 B: Ja, sagen wir das so, das ist wie bei einer Interpretation einer Deutschklausur.
143 Da haben sie sicherlich eine Bandbreite und wenn man das von 100
144 verschiedenen Lehrern bewerten lässt, dann werden sie eine ähnliche
145 Bandbreite feststellen. Ich habe jetzt etwas Schwierigkeiten das genau
146 festzulegen. Sagen wir das so, ich habe mich auch überwiegend auf die
147 Diagramme verlassen. Ich finde bei dieser Art von Berichten, das betrifft jetzt
148 aber nicht nur den Bericht der BGW, ist oft zu viel Text dabei. Da ist dann oft
149 die Gefahr, dass der schnell ins hintertreffen gerät. Die Diagramme waren
150 sehr aussagekräftig, vom Text her hätte man sich sicherlich das ein oder
151 andere sparen können. Aber wenn sie mich jetzt fragen, würde ich jetzt sagen
152 8 könnte man geben.

153 I: Okay, sie sagten für Ihren Geschmack ist das etwas zu viel Text gewesen.
154 Gibt es vielleicht irgendwas was sie sich vielleicht gewünscht hätten oder
155 gebraucht hätten um den Bericht noch eindeutiger zu machen oder war das so
156 okay?

157 B: Ich kann mich jetzt nicht mehr an jedes Detail des Berichtes erinnern um das
158 jetzt komplett zu ventilieren. Sagen wir das so, je kürzer und prägnanter desto
159 besser. Es war zu Voluminös. Da könnte man sicherlich noch etwas
160 abspecken um das Ganze auch wirklich deutlicher zu machen. Der alte
161 Spruch: In der Kürze liegt die Würze, der hat immer noch seine Bedeutung.
162 Ich denke das sollte wirklich für diese Art Bericht auch entscheidend sein.

163 I: Wer hat außer Ihnen und ihrem Vorgesetzten den Ergebnisbericht noch
164 gelesen?

165 B: Dem Team ist der Bericht auch zur Verfügung gestellt worden. Sie haben den
166 Bericht nicht ausgedruckt für zuhause bekommen, aber sie haben Einsicht
167 erhalten. Aber wirklich ausreichend und komplette Einsicht.

168 I: Wurde das von den Mitarbeitern auch genutzt?

169 B: Ich habe den Bericht ausgelegt, das kann ich ihnen jetzt nicht sagen. Er ist
170 aber ja auch wirklich sehr deutlich erklärt worden und wir haben dann auch
171 Maßnahmen entsprechend daraus abgeleitet im Interesse des Teams. Ich
172 nehme an, ich möchte jetzt nicht sagen ich befürchte, aber das könnte man
173 auch so titulieren, dass der ähnlich gelesen wurde wie die Teilnahme an der
174 Befragung war, nämlich unter ███%.

175 I: Sie sagten, dass mehrere Akteure an der Diskussion beteiligt waren. Gab es
176 da einen Steuerkreis den sie gebildet haben?

177 B: Sagen wir es so, mein Vorgesetzter hat daran teilgenommen, aber als
178 Steuerkreis möchte ich das nicht bezeichnen. Es sind Maßnahmen daraus
179 abgeleitet worden, die auch im Rahmen der Vorstellung angesprochen worden
180 sind, und die wir dann auch entsprechend zeitnah umgesetzt haben.

181 I: Wer hat diese Maßnahmen entwickelt?


182 B: Angedacht wurde das in der Vorstellungsrunde im Team als diese Befragung
183 vorgestellt wurde. Mein Vorgesetzter hat einen entsprechenden Vorschlag
184 gemacht und der ist begrüßt worden vom Team. Das haben wir dann in dieser
185 Weise umgesetzt. Er selber hat dann letztendlich die Rahmenbedingungen
186 dafür erstellt. Was heißt Rahmenbedingung? Er hat sich bei den

187 entsprechenden Fachleuten ein Angebot geben lassen. Das Ganze wurde im
188 Vorfeld mit dem Betriebsrat abgesprochen. Das heißt ein Mitglied des
189 Betriebsrates war ja bei der Vorstellung des Ergebnisberichtes sogar dabei,
190 das heißt die wusste das ja direkt im Vorfeld. Dann ist das Ganze in
191 Zusammenarbeit mit dem Betriebsrat vorbesprochen worden. Letztendlich
192 habe ich dann die Feinplanung hier Vorort durchgeführt. Also Terminplanung
193 hier Vorort. Wir hatten hier die große Schwierigkeit, dass wir uns an einem
194 Sonntag treffen mussten um einen Workshop zu machen. Das ist natürlich
195 eine bittere Pille, auch wenn es nur ein oder zweimal im Jahr ist. Das wurde
196 zudem dann gleich an 14 Tagen organisatorisch umgesetzt. Da haben die
197 Mitarbeiter natürlich auch nicht unbedingt Lust, weil es zunächst mal in Ihre
198 Freizeit geht. Aber es ist sehr gut wahrgenommen worden.

199 I: Was war das genau für eine Veranstaltung an der die Mitarbeiter über den
200 Ergebnisbericht informiert wurden?

201 B: Das war eine Sonderteambesprechung, also ein extra anberaumter Termin.
202 Ich meine klar, wir haben unsere Termine über das Jahr hinaus festgesteckt
203 und wenn dann also der Chef sagt, ich möchte aber dann und dann
204 kommen... Da haben wir praktisch eine Teambesprechung umgewidmet und
205 haben gesagt, der Termin passt gut und wir machen da nur die Befragung als
206 Thema. Das ist ja schließlich auch etwas was durchaus auch
207 Diskussionsbedarf mit sich bringt. Und da haben wir uns auch einfach die Zeit
208 für genommen. Da hatten wir nur dieses Thema. Es war also im Rahmen einer
209 Teambesprechung, aber eben keine Normale, weil wir eben nur dieses Thema
210 hatten. Ansonsten haben wir nämlich viele Themen zu besprechen.

211 I: Sie sagten bereits, dass die Ergebnisse diskutiert worden sind. Mit wem
212 wurden die Ergebnisse genau diskutiert?

213 B: Sie wurden dem Team vorgestellt und dann wurde das Ganze auch zur
214 Diskussion gestellt. Dann wurde auch gefragt, wie ist das denn? Es kamen
215 auch Äußerungen dazu, von A bis Z, also wo auch gesagt wurde: „Hä, so wird
216 das gesehen?“ Dann kam auch ein bisschen der Eindruck zum Vorschein,
217 dass ja auch nur % an der Befragung teilgenommen hatten. Es wird von
218 den Mitarbeitern natürlich auch sehr unterschiedlich bewertet.

219 I: Waren die Ergebnisse für Sie nachvollziehbar bzw. für das Team?

220 B: Ich kenne mein Team sehr genau und es gibt halt Menschen, die unter
221 gewissen Dingen mehr leiden und andere die etwas weniger leiden. Ich hatte
222 schon eine Vorstellung. Bei gewissen Mitarbeitern habe ich ganz klar damit
223 gerechnet, dass sie an der Befragung teilnehmen und bei anderen eher
224 weniger. So gewisse Tendenzen waren da schon erkennbar. Aber nicht genau
225 festzumachen. Ich habe mir da auch definitiv keine Mühe gegeben das
226 genauer nachzuvollziehen oder dem auf den Grund zu gehen. Mir ging es da
227 um den Gesamttenor und da sich aus der Befragung auch gewisse
228 Missstände klarer herauskristallisiert haben ist da eben auch ein
229 Handlungsbedarf abgeleitet worden und diese Handlungen haben wir auch
230 entsprechend umgesetzt.

231 I: Über diese Punkte möchte ich gerne mit ihnen sprechen. Es sind ja im
232 Ergebnisbericht einige Sachen positiv und andere kritisch ausgefallen. Positiv
233 waren z.B. die Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz, die sozialen Beziehungen,
234 Vorhersehbarkeit der Arbeit, die Bedeutung der Arbeit und die selteneren
235 Gedanken an die Berufsaufgabe. Was meinen sie woran das liegen kann?

236 B: Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz und soziale Beziehungen, dass hängt ja
237 irgendwie zusammen. Soziale Beziehungen entwickeln sich am Arbeitsplatz
238 oder sie entwickeln sich nicht. In unserem Unternehmen, das ist aber auch
239 exemplarisch für unsere gesamten Einrichtungen, verbleiben die Mitarbeiter,
240 subjektiv ausgedrückt, überdurchschnittlich lange. Das heißt also, so hat es
241 ein ehemaliger Kollege ausgedrückt (der jetzt bereits in Rente ist) in der Regel
242 bleiben die Mitarbeiter bis zu ihrem Rentenalter bei unseren Einrichtungen,
243 weil es eine grundgute Firma ist. Das ist letztlich auch eine Aussage wo ich
244 voll und ganz dahinter stehe und das ist ein Gesichtspunkt der sich eigentlich
245 in allen Zentren von uns wiederfindet aufgrund der Gesamtfirmenstruktur.
246 Letztendlich auch durch die Ausprägung an den einzelnen Standorten ist
247 unsere Firma eine attraktive Firma für Mitarbeiter und man arbeitet dort in aller
248 Regel gerne. Und das erzeugt letztendlich Verbundenheit zum Arbeitsplatz
249 auch unter schwieriger werdenden Bedingungen. Soziale Beziehungen
250 entwickeln sich davon losgelöst. Entweder entwickeln sie sich oder sie
251 entwickeln sich nicht. Da machen Mitarbeiter was Privat oder auch nicht. Wir

252 hatten gerade in den letzten Jahren eine Umstrukturierung des gesamten
253 Teams, es sind ältere Mitarbeiter in Rente gegangen dafür sind viele jüngere
254 nachgekommen. Darüber hinaus haben wir in den letzten acht, neun Jahren
255 erheblich mehr Patienten bekommen und mussten auch Personal einstellen
256 und haben es auch gerne getan und haben viele jüngere Mitarbeiter
257 dazugewinnen können. Dadurch hat sich der Charakter des Teams natürlich
258 auch erheblich verändert, weil unser Durchschnittsalter ganz schön runter
259 gegangen ist. Dann bilden sich soziale Geflechte und die haben sich auch
260 gebildet. Eigentlich in durchaus vergleichbaren Bedingungen. Die jüngeren
261 finden zueinander, die Älteren kennen sich schon etwas länger. Da bilden sich
262 dann auch eben halt Sympathiestrukturen. Das sind halt Dinge die man nicht
263 unbedingt vorhersehen kann und die auch nichts mit dieser Befragung zu tun
264 haben. Vorhersehbarkeit der Arbeit, das liegt natürlich im Wesentlichen an der
265 Dienstplanung und in dem was die Mitarbeiter zu erwarten haben in ihrem
266 Arbeitsbereich. Wir versuchen das für die Mitarbeiter transparent zu gestalten
267 im Vorfeld. Das die Mitarbeiter schon mit einem gewissen Vorlauf wissen wo
268 sie an ihrem nächsten Dienst zu arbeiten haben. Wir haben eine
269 Dienstplanung die, entsprechend der Vorgaben die bei unserer Firma
270 allgemeingültig sind, mit entsprechenden, zeitlichen Vorlauf stattfindet. Unter
271 dem Gesichtspunkt ist der Dienst sehr vorhersehbar. Der Dienst ist auch
272 schon von längerem bekannt. Wobei natürlich in einem großen Team, durch
273 Krankheits- oder Sonstige Ausfälle durchaus auch mal Umplanungen erfolgen
274 müssen. Da breche ich aber gerne eine Lanze für mein Team, da ist die
275 Flexibilität auch sehr groß einzuspringen und das ist für mich auch ein sehr
276 wichtiger Indikator für die Gesamtzufriedenheit mit der Arbeitssituation. Also
277 das ist nach wie vor sehr vorhanden, obwohl manchmal den Mitarbeitenden
278 viel abverlangt wird. Wenn da große Ausfälle sind muss man die Mitarbeiter
279 auch schon häufiger bitten auch zu Sonderdiensten zu kommen. Das wird
280 dann auch, ich würde lügen wenn ich sage immer gerne, wenn sie ihre Freizeit
281 aufgeben um zum Dienst zu kommen macht man das in der Regel nicht gerne,
282 aber sie machen es halt und sie sehen die Gründe die dazu führen auch ein
283 und von daher kommen sie dann halt. Das funktioniert und da bin ich auch
284 sehr zufrieden und froh drüber.

285 Seltener Gedanken an Berufsaufgabe. Sagen wir mal so, dass liegt an der
286 Gesamtsituation in unserer Firma aber auch an der speziellen Ausprägung
287 hier bei uns. Unsere Firma ist ein gutes Unternehmen was sicherlich mit vielen
288 anderen Unternehmen in der Gesundheitsbranche mehr als konkurrieren
289 kann. Wo man eigentlich sagen kann, unsere Firma ist besser. Deswegen
290 haben die Mitarbeiter auch ein großes Interesse bei uns zu bleiben.
291 Berufsaufgabe ist natürlich auch immer so eine Frage welche Chancen man
292 auf dem Arbeitsmarkt hat. Das muss sich jeder selber stellen. Das ist oft auch
293 eine individuelle Frage die von der allgemeinen Arbeitsmarktsituation abhängt,
294 aber auch von der Lebens- und Alterssituation. Also da hat nicht jeder die
295 gleiche Chance. Unter den Gesichtspunkten sagt mancher vielleicht ich bleibe
296 da weil ich bleiben muss. Aber der überwiegende Teil hat glaube ich positive
297 Gründe um bei uns zu bleiben.

298 I: Gut, ich würde noch gerne auf die im Vergleich kritischen Aspekte eingehen.
299 Das sind zum Beispiel die quantitativen Anforderungen, Rollenkonflikte,
300 Gemeinschaftsgefühl, Mobbing, Burnout und die Lebenszufriedenheit.
301 Möchten sie da noch was zu sagen?

302 B: Das sind natürlich individuelle Gesichtspunkte, wo ich nicht so viel zu sagen
303 kann. Die quantitativen Anforderungen, das habe ich ihnen ja schon am
304 Anfang erläutert. Die nehmen aus zwei Gründen zu. Zum einen wird an den
305 Kosten gedreht. Da sind die Kostenträger für verantwortlich und da müssen
306 die auch in gewisser Weise für gerade stehen. Zum anderen liegt es an der
307 Patientensituation. Da kann man sich genaugenommen für die Patienten
308 freuen, aber man müsste eigentlich eine Struktur schaffen um das auch
309 entsprechend abbilden zu können. Und das Problem was ich hier sehe, die
310 gestiegenen quantitativen Anforderung. Wir hatten schon einmal 2003, 2004
311 eine solche Situation wo wir erheblich unsere Schlagzahl, also die Zahl der
312 Patienten die pro Mitarbeiter zu betreuen sind, zunächst aus Kostengründen
313 heraufschrauben mussten. Das war zunächst erst einmal ein Schock, weil
314 man sich von der Insel der Glückseligkeit verabschieden musste. Man muss
315 bei diesem Gesichtspunkt den Ausgangspunkt betrachten und letztendlich die
316 Perspektive. Wenn dann in der Wahrnehmung der Mitarbeiter ein ständiger
317 abwärts Trend erfolgt, dann ist das für sie bedrohlich. Aber wenn man dann

318 auf der anderen Seite sieht, dass man vorher eine Position hatte wo man
319 „easy going“ hatte und man langsam erst einmal nur Fahrt aufnehmen muss
320 und man langsam mal ein bisschen rechts und links schauen muss, dass man
321 schauen muss, dass man nicht zu heiß läuft, verändert es vielleicht diesen
322 Gesamtaspekt. Die Frage der quantitativen Anforderungen die haben sich aus
323 den genannten Gesichtspunkten schon erheblich erhöht, aber das sieht auch
324 jeder Mitarbeiter anders. Manche sagen auch, wieso das kann man durchaus
325 schaffen, das kann man sogar gut schaffen. Man muss natürlich gewisse
326 Faktoren umsetzen, also unter Umständen Arbeitsstrukturen verändern und
327 strukturelle Möglichkeiten neu erfinden oder neu definieren um halt das Ganze
328 anzupassen. Da versuchen wir auch permanent dranzubleiben, um uns das
329 Arbeitsleben durch Strukturverbesserungen einfacher zu machen. Da
330 versuchen wir wirklich intelligente Wege zu gehen. Das findet natürlich im
331 Rahmen der gesamten Firma statt. Das Problem ist vielleicht bei uns etwas
332 mehr bewertet worden als anderswo, aber es ist anderswo auch erkannt
333 worden. Es ist im Prinzip das gleiche Problem, nur die Ausschläge sind
334 vielleicht mit etwas unterschiedlichen Maßen versehen.

335 Rollenkonflikte sind denke ich eine Situation, dadurch dass sich der
336 Altersschnitt bei uns verändert hat ist das immer mehr und mehr zu Tage
337 gekommen. Wir hatten früher ein eher homogenes Team in dem es allerdings
338 auch Rollenkonflikte gab, aber da lagen die Altersschichten etwas näher
339 beieinander. Dadurch, dass das Patientenwachstum sich nicht so vergrößert
340 hatte wie in den letzten neun Jahren, hat das Team sich also auch langsam
341 entwickelt. Aufgrund der Kostensituation hat man zudem auch wirklich
342 hochqualifizierte Pflegekräfte einstellen können. (Tonband umgedreht) Das
343 hinzugewinnen neuer Berufsgruppen hat die Kostensituation verbessert. Es ist
344 letztendlich von der Durchführung der Arbeit auch umsetzbarer gewesen. Aber
345 es prallen dann unterschiedliche Berufsgruppen aufeinander die vorher nichts
346 miteinander zu tun hatten. Das hatte dann in gewisser Weise ein
347 Konfliktpotenzial zu Tage gefördert und zum anderen ist es auch so ein
348 bisschen ein Generationenkonflikt, wenn Alt auf Jung prallt. Dann hat sich das
349 manchmal als problematisch herauskristallisiert, das Alt und Jung nicht immer
350 so ganz harmonisch zusammen gearbeitet haben. Das hat sich in einem
351 Workshop, der also noch vor der Befragung stattgefunden hat, wir haben also

352 im Vorfeld schon in unserer Firma Maßnahmen durchgeführt, recht eklatant
353 herauskristallisiert. Da hat dieser Workshop also auch recht viel im Team
354 bewegt, so dass man sagen konnte, dass diese Altersgruppierungen sich
355 angenähert haben, weil einfach Verständnis gefördert worden ist. Sowohl von
356 Seiten der Älteren für die Jüngeren als auch von den Seiten der Jüngeren für
357 die Älteren. (Unterbrechung durch das Telefon)

358 Mobbing und Burnout, dass sehe ich gerne zusammen, obwohl es eigentlich
359 zwei unterschiedliche Dinge sind, aber die kommen meiner Meinung nach aus
360 der gleichen Quelle. Ich sehe die Fragestellung Mobbing sehr kritisch, weil ich
361 selber, das ist meine persönliche Meinung, der Ansicht bin, es wird viel zu
362 schnell von Mobbing gesprochen wo noch nicht immer Mobbing im Spiel ist.
363 Auf der einen Seite macht man schnell Leute zu Mobbern die vielleicht gar
364 nicht Mobber sind, auf der anderen Seite fühlen sich Menschen schnell
365 gemobbt, die nicht wirklich gemobbt worden sind. Ich glaube aber auch es gibt
366 unterschiedliche Horizonte. Die Leute sind unterschiedlich anfällig und für
367 meine Begriffe, und da trete ich vielleicht auch in ein Fettnäpfchen, ist
368 Mobbing auch in gewisser Weise ein Modewort geworden genauso wie
369 Burnout eine Modekrankheit ist. Man liest es regelmäßig in der Bildzeitung. Ich
370 möchte das damit in keiner Weise abwerten. Mobbing gibt es und gegen
371 Mobbing muss man einschreiten und ich will auch auf gar keinen Fall Mobbing
372 in meinem Team haben. Ich bin allerdings der Ansicht, dass es an dieser
373 Stelle sehr subjektiv wahrgenommen worden ist und möchte auch darauf
374 verweisen, dass also das von [REDACTED] % des Gesamtteams in einem wiederum
375 gewissen Prozentsatz wahrgenommen worden sind. Das sind so gewisse
376 Leute die das so sehen, das ist aber an der Stelle für meine Begriffe sehr
377 wenig repräsentativ und sehr subjektiv. So sehe ich die Aspekte Mobbing und
378 Burnout. Lebenszufriedenheit das kann ich nicht nachvollziehen. Hier wird
379 Lebenszufriedenheit als kritischer Aspekt angegeben und hier oben wird
380 gleichzeitig die seltene Absicht der Berufsaufgabe als positiven Aspekt
381 angesehen. Das passt für meine Begriffe gar nicht zueinander. Wobei ich
382 annehme, dass das unterschiedliche Personen halt angegeben haben. Daran
383 sieht man auch, dass ähnliche Aspekte zum einen positiver Art, zum anderen
384 negativer Art sich gegenüber stehen und einfach von unterschiedlichen
385 Personen unterschiedlich wahrgenommen werden. Das sind

386 Einzelmeinungen. Ich denke, dass die Befragung hier bei uns grenzwertig ist
387 von der Allgemeingültigkeit für das gesamte Team. Weil einfach nur [REDACTED]% hier
388 abgebildet sind. Wir sind mittlerweile [REDACTED] Mitarbeiter, da sind [REDACTED] die
389 Teilgenommen haben zu wenig aus meiner Sicht.

390 I: Ich würde gerne nochmal darauf zu sprechen kommen was generell in der
391 Dialyse aufgefallen ist. Das sind beim Positiven die sozialen Beziehungen am
392 Arbeitsplatz und die geringere Unsicherheit des Arbeitsplatzes. Was meinen
393 Sie, warum diese Aspekte generell in Dialyse-Einrichtungen positiv auffallen?

394 B: Die Vorhersehbarkeit der Arbeit ist bei uns einfach größer als im
395 Pflegebereich, weil wir mit chronischen Patienten zu arbeiten haben und unser
396 Arbeitsablauf hat viele ähnliche Abläufe Tag für Tag. Man weiß von
397 vorneherein, wenn ich in dem und dem Raum tätig bin, dann habe ich die und
398 die Patienten. Unser Patientengut verändert sich sehr langsam, da wir
399 chronisch kranke Patienten haben. Wir haben immer wieder die gleichen
400 Patienten. Wir sind ein ambulantes Dialysezentrum, das ist ja das Wesen
401 unserer Firma. Wir haben also drei Mal in der Woche die gleichen Patienten
402 zu betreuen. Es entsteht also eine relative Gleichförmigkeit. Viele empfinden
403 das vielleicht auch als langweilig, das ist nun mal so. Ich denke, wenn man
404 sich für Dialyse entscheidet muss man sich auch für diesen Faktor
405 entscheiden. Er gibt aber auf der anderen Seite auch manchen ein Gefühl von
406 Sicherheit.

407 I: Das finde ich sehr interessant. Gerne würde ich auf die Aspekte eingehen die
408 in der Dialyse Gesamt aufgefallen sind. (Interviewer zeigt die Aspekte nochmal
409 auf).

410 B: Einfluss bei der Arbeit. Kann ich jetzt nicht so viel zu sagen. Es gibt bestimmte
411 Rahmenbedingungen, die müssen eingehalten werden. Unsere Firma hat sich
412 viele Zielsetzungen auf die Fahne geschrieben wo der Patient im Mittelpunkt
413 steht, die müssen wir erfüllen, da kann man nichts dran ändern. Deshalb hält
414 sich Einflussnahme durch die einzelnen Mitarbeiter in Grenzen. Auf der
415 anderen Seite kann ich es auch nicht ganz nachvollziehen, weil es hier bei uns
416 in unserem Ort auch durchaus auf der Fahne steht, dass wir den Mitarbeitern
417 Möglichkeiten der Wunschäußerungen und auch der Kritik einräumen, im

418 Rahmen eines Verbesserungsprozesses, und dadurch auch wirklich Methoden
419 fest installiert wurden, womit der einzelne Mitarbeiter auch die Möglichkeit hat
420 Dinge zu verändern, wenn sie in den Rahmen reinpassen. Sie dürfen
421 letztendlich keine Gesetze verletzen, wir müssen uns schon dringend an
422 gewisse Rahmenbedingungen halten. Insofern kann ich das nicht so ganz
423 nachvollziehen, weil meiner Meinung nach eine gewisse Einflussnahme
424 möglich ist. Das ist natürlich von Zentrum zu Zentrum unterschiedlich
425 ausgeprägt und hängt natürlich auch ganz klar mit den dort verantwortlichen
426 Ärzten und mit den dort verantwortlichen Zentrumsleitungen zusammen. Von
427 den werden Dinge vorgegeben, die die Mitarbeiter durchzuführen haben und
428 wie das ganze formuliert wird, das hängt davon ab wie das vom Mitarbeiter
429 wahrgenommen wird. Wie gesagt, ich finde mich da nicht wieder, weil ich
430 versuche schon aufgrund der Tatsache das wir eine kontinuierliche
431 Verbesserung anstreben, einfach auch nur aus reinen Eigeninteressen, um
432 uns die Arbeit zu verbessern und zu vereinfachen, ist es einfach auch mein
433 Ziel unseren Mitarbeitern Einflussnahme zu ermöglichen. Nicht jeder kann
434 alles umsetzen. Es muss besprochen werden, es muss auch im Team
435 abgeklärt werden und es müssen auch die Rahmenbedingungen eingehalten
436 werden. Dann ist Einflussnahme möglich. Zumindest hier bei uns. Ich kann nur
437 für uns sprechen. Darüber hinaus gibt es auch bei unserer Firma Ausschüsse
438 und Gremien die für Mitarbeitern, manchmal auch unterschiedlicher
439 Kategorien, also zunächst erst mal für Leitungsmitarbeiter aber auch zum Teil
440 für Mitarbeiter aus dem Team offen sind, um auch wirklich einen Ideenpool zu
441 fördern und um Dinge umzusetzen die der Verbesserung dienen. Wir haben
442 auch das von vielen argwöhnisch beäugte Qualitätsmanagement eingeführt
443 um die Arbeit und die Strukturen zu verbessern und dass hat auch an etlichen
444 Punkten Frucht getragen.

445 I: Sie sagen Qualitätsmanagement. Gibt es denn bei Ihnen Ablaufprozesse wie
446 man eine Maßnahme entwickelt?

447 B: Wir haben viele Ablaufprozesse, viele. Manche sagen zu viele. Wir sagen das
448 wir deswegen so viele machen, damit wir wirklich Abläufe transparent
449 gestalten und nachvollziehbar. Auch gerade für neue Mitarbeiter oder auch

450 wenn man Tätigkeitszuweisungen mal rotieren lässt an andere, um es
451 schneller übertragbar zu machen.

452 I: Nachtrag Telefonat 07.01→ Gedächtnisprotokoll.: Haben Sie eigentlich auch
453 ein Betriebliches Gesundheitsmanagement?

454 B: Wir haben einen Betriebsarzt der sich um die Mitarbeitergesundheit kümmert.
455 Das nennt sich bei uns aber nicht betriebliches Gesundheitsmanagement. Das
456 wird hier sehr intensiv gemacht und das läuft auch sehr gut. Dafür ist das
457 Personalmanagement zuständig.

458 I: Wir sind jetzt mit dem ersten Abschnitt mit dem Ergebnisbericht fertig. Wir
459 haben jetzt noch in etwa 20 Minuten. Das müsste aber erfahrungsgemäß gut
460 hinkommen. Ich würde gerne von ihnen wissen, nachdem sie sich mit dem
461 Ergebnisbericht beschäftigt haben, sie haben schon angedeutet, das sie
462 Maßnahmen geplant und auch umgesetzt haben, darüber möchte ich jetzt
463 gerne an dieser Stelle mit ihnen sprechen. Erinnern sie sich Maßnahmen nach
464 der Befragung umgesetzt zu haben und wenn ja, welche Maßnahmen haben
465 sie da geplant?

466 B: Also ich habe ihnen das ja schon grob umrissen. Das ist praktisch von meinem
467 Vorgesetzten ausgegangen. Der hat vorgeschlagen, dann können wir doch
468 das und das machen. Und aus dieser Idee ist dann letztlich von ihm geplant
469 und auch vorstrukturiert und von mir letztlich im Feinen umgesetzt, eine
470 Maßnahme geworden. Ein Teamworkshop, der also mit dem gesamten Team
471 stattgefunden hat in zwei Sitzungen, die dann an zwei Sonntagen in relativ
472 kurzen zeitlichen Abstand stattgefunden haben. Das hat stattgefunden mit
473 einem professionellen Coaching-Team, die uns dabei betreut haben, wo wir
474 uns dann dieser Thematik gestellt haben in relativ unkonventioneller Art und
475 Weise.

476 I: Was hat der gecoacht? Ging es da um die kritischen Aspekte aus dem
477 Ergebnisbericht oder was war das genau für ein Workshop?

478 B: Also es war ein Workshop zur Teamsituation. Letztendlich hat der Ergebnis-
479 Bericht ja auch in Teilen widerspiegelt, das einige Mitarbeiter auch kritische
480 Aspekte im Team-Zusammenleben sehen. Den haben wir uns gestellt. Den

481 haben wir uns wirklich gestellt und die Coachs haben es wirklich in einer
482 positiven Art und Weise umgesetzt und vermittelt. Uns also neue Art und
483 Weisen des Umgangs mit dieser Art Situation nahegebracht. Auch wirklich
484 einige Dinge da einfach aufgeknackt, die dann auch angesprochen worden
485 sind oder auch Methoden vermittelt die man auch nachhaltig umsetzen kann.

486 I: Habe ich das richtig verstanden, dass es dabei um das Gemeinschaftsgefühl
487 ging und die Kommunikation?

488 B: Kommunikation war ein wichtiger Gesichtspunkt. Da wurde auch sehr lange
489 und breit darüber gesprochen.

490 I: Was war denn förderlich oder hinderlich bei der Maßnahmenplanung? Sie
491 sagten ja das ihr Chef die Planung mit einem Betriebsrats-Mitglied
492 vorentschieden hat und das diese nachher mit dem Team abgestimmt wurde.

493 B: Ich kann da jetzt nichts benennen was da jetzt förderlich war. Eigentlich lief es
494 ab wie immer, mein Chef hat mir da einen Rahmen gesagt und hat eine Firma
495 beauftragt. Er hat damit die Rahmenbedingungen geschaffen indem er eine
496 Firma beauftragt hat. Mit dieser Firma habe ich dann Kontakt aufgenommen
497 und letztendlich die Feinplanung gemacht, Terminplanung usw. Dann habe ich
498 für die ganze logistische Planung Vorort gesorgt, die Mitarbeiter vorinformiert,
499 eingeladen usw. sowie das ganze dienstplanerisch umgesetzt.

500 I: Sie hatten erzählt, dass das an Sonntagen stattgefunden hatte. Ich möchte
501 aus ihrem gesagten jetzt etwas interpretieren, sie müssen dem aber natürlich
502 zustimmen. Das könnte vielleicht ein Hinderlicher Punkt sein bei der Planung,
503 da es vielleicht nicht so gut angenommen wurde an einem Sonntag.

504 B: Ja, das hatte ich am Anfang ja auch schon gesagt, das ist insofern hinderlich
505 gewesen, weil Mitarbeiter am Sonntag im Dialysebereich immer frei haben am
506 Sonntag. Wir haben im Vergleich zu anderen Dialysen auch
507 Sonntagsdialysen, aber eben nur in den Abendstunden, das betrifft dann zwei
508 Mitarbeiter, die dann die Nachtdialysen betreuen müssen. Ansonsten haben
509 alle Mitarbeiter in allen unserer Zentren den Sonntag frei. Von diesen beiden
510 freien Sonntag mussten sich die Kollegen verabschieden. Es ist natürlich im
511 Vorfeld von dem Team abgestimmt worden unter den Rahmenbedingungen.

512 Wir brauchten also relativ viel Zeit für diese Workshops, da haben wir gesagt,
513 das geht leider nur am Sonntag. Das mussten wir den Coachs ja auch
514 zumuten, die mussten ja auch am Sonntag arbeiten gehen genauso wie wir.
515 Das ist dann letztlich auch möglich gemacht worden.

516 I: Wobei ich das ja wieder förderlich finde, dass das mit dem Team abgestimmt
517 wurde, sie also gefragt wurden, ob sie das machen möchten, das würde ich
518 persönlich als förderlichen Faktor sehen.

519 B: Ja gut, das haben die Mitarbeiter ja schon abgenickt in dem sie gesagt haben,
520 ja sie würden das begrüßen. Und das ist ja praktisch schon in der ersten
521 Vorstellungsrunde erfolgt. Da haben wir gesagt, dann müssen wir es eben an
522 einem Sonntag machen.

523 Das war dann im zweiten Gedankengang die etwas bittere Pille als den Leuten
524 dann bewusst wurde, jetzt müssen sie ja den Sonntag auch kommen. Es ist
525 dann trotzdem umgesetzt worden, die Mitarbeiter haben sich damit arrangiert,
526 weil sie auch gesagt haben, okay, das bringt uns voran und das ist auch
527 förderlich für das Team und deswegen möchten wir das auch machen.

528 I: Welche Mitarbeiter waren genau an diesem Workshop beteiligt? Waren das
529 alle Mitarbeiter?

530 B: Es waren alle angestellten Mitarbeiter eingeladen dazu. Komplet. Also die
531 Mitarbeiter die in der Pflege tätig sind. FSJ und Bundesfreiwilligen Dienst, hat
532 man davon ausgenommen, weil die auch nicht kontinuierlich bei uns sind. Die
533 waren in diesem Jahr erst gekommen, von daher betraf es die jetzt nicht.
534 Ansonsten waren alle angestellten Mitarbeiter dazu eingeladen. Und von
535 denen sind auch die, die nicht durch Krankheit oder wichtige Gründe
536 abwesend waren oder eben nicht im Urlaub waren, aber im Februar hat ja fast
537 keiner Urlaub, waren fast alle da.

538 I: War das im Februar dieses Jahr?

539 B: Ja

540 I: Welches Ziel hat diese Maßnahme genau verfolgt?

541 B: Auf so negativ empfundene Gesichtspunkte in der Zusammenarbeit Einfluss
542 zu nehmen um diese zu verbessern.

543 I: Wunderbar! Gab es noch weitere geplante Maßnahmen bzw. Ideen? Es gab ja
544 noch mehr Punkte die kritisch aufgefallen sind.

545 B: Es haben ja die beiden Workshops stattgefunden in denen eigentlich alle
546 Dinge, wie man so schön sagt, wo es gemenschelt hat angesprochen worden
547 sind. Das hat sich teilweise auch an einzelnen Personen fest gemacht. Es ist
548 wirklich ausgiebig diskutiert worden, aber natürlich auch unter
549 Rücksichtnahme der betreffenden Personen. Also da sind die Coachs auch
550 wirklich sehr geschickt vorgegangen und haben das Ganze auch gesteuert. So
551 ist es wirklich zu einer konstruktiven Maßnahme geworden. Wir haben danach
552 allerdings auch festgestellt, dass man auch langfristig nacharbeiten muss und
553 wir haben einfach auch den Gesichtspunkt, wie geht es uns im Team, als
554 ständigen Tagesordnungspunkt auf unsere Besprechungsagenda gesetzt. Um
555 einfach auch mal zu ventilieren, wie geht's uns, gibt es was Neues, was
556 können wir tun. Das wird natürlich mal etwas ausgiebiger behandelt und mal
557 etwas kürzer. Wir sind mittlerweile auch im Team zu dem Entschluss
558 gekommen, dass diese kleinen Schritte, das kleine immer wieder anstoßen, das
559 kleine immer wieder ins Gespräch kommen während der Teambesprechung
560 und auch zwischendurch, noch mehr voranbringen als diese großen
561 Maßnahmen die mit einem gewaltigen Organisationsaufwand verbunden sind.

562 I: Das heißt nach dem Ergebnisbericht hat sich was verändert und es sind
563 mehrere Teambesprechungen eingeführt worden.

564 B: Sagen wir es so, also Teambesprechungen haben wir schon seit Jahren
565 regelmäßig. Sie finden turnusmäßig alle acht Wochen statt. Und wir haben
566 jetzt nach dem Ergebnisbericht quasi kontinuierlich den Gesichtspunkt „wie ist
567 die Teamsituation“ oder „wie ist das Klima im Team“ festeingezogen. Das
568 heißt unmittelbar danach noch nicht ganz kontinuierlich, sondern immer nur
569 dann wenn man den Eindruck hatte, jetzt muss es mal wieder angesprochen
570 werden. Aber mittlerweile haben wir besprochen, gerade jetzt zum Ende des
571 Jahres in unserer letzten Teambesprechung, dass wir diesen Punkt immer
572 ventilieren möchten. Wir haben festgestellt, dass diese kleinen Maßnahmen,

573 das „am Ball bleiben“ innerhalb des Teams und das dieses „ins Gespräch
574 kommen“ uns einfach sehr wichtig sind. Mitarbeitergespräche machen wir
575 auch jedes Jahr. Manchmal gibt es da aber auch Einbrüche, meistens aus
576 terminlichen Gründen, das die Gespräche nicht immer im Laufe des Jahres
577 durchgeführt werden. Diesen Einbruch hatten wir in diesem Jahr auch, da wir
578 die Struktur der Terminvergabe verändern wollten und auch die Form des
579 Gespräches. Das ist letztendlich an den terminlichen Rahmenbedingungen ein
580 bisschen gescheitert. Müssen wir im nächsten Jahr anders machen, weil mir
581 die Mitarbeitergespräche auch wirklich sehr wichtig sind und um auch dem
582 gerecht zu werden und das flächendeckender durchführen zu können.

583 I: Damit möchte ich auch den Abschnitt der Maßnahmenplanung abschließen.
584 Der Vollständigkeit halber möchte ich noch mal kurz auf die
585 Maßnahmenumsetzung eingehen. Wahrscheinlich haben wir die Punkte alle
586 schon besprochen. Ich möchte das nochmal kurz abchecken. Sie haben mir
587 gerade gesagt welche Maßnahmen umgesetzt worden sind. Das war der
588 Workshop von dem sie erzählt haben, wie sie ihn umgesetzt haben, haben sie
589 auch erzählt. Gab es besonders förderliche oder hinderliche Faktoren bei der
590 Einführung der Maßnahme? Wir haben diese Punkte bereits bei der Planung
591 besprochen. Möchten sie noch etwas zu der Durchführung sagen?

592 B: Da kann ich mich ehrlich gesagt jetzt so gar nicht dran entsinnen. Weil die
593 Problemfelder, gut im Wesentlichen war es ja der Sonntagstermin, der als Pille
594 befunden worden ist. Aber da das Gros des Teams diese Maßnahme auch
595 befürwortet hat, haben sich die Kollegen auch damit zu Recht gefunden und
596 haben mit besten Wissen und Gewissen eben diese Terminproblematik
597 beseitigt, so dass wir das auch erfolgreich durchführen konnten.

598 I: Gut, dann sind wir jetzt auch schon mit diesem Abschnitt durch. Wir kommen
599 jetzt zum letzten Abschnitt. Wir haben jetzt gerade 50 Minuten gesprochen,
600 einen Moment haben wir also noch. Es geht jetzt um die Evaluation, das heißt
601 um die Erfolgskontrolle dieser Maßnahme. Da würde ich gerne wissen, wie sie
602 den Aufwand dieser Maßnahme in Relation zum Nutzen einschätzen?

603 B: Ja das ist auch wieder eine Frage wo ich bitte auch zu berücksichtigen, dass
604 die Antwort nur eine subjektive Einschätzung ist. Das ist dann überwiegend

605 meine eigene Meinung, und auch ein bisschen die Wahrnehmung durch
606 hineinhorchen in das Team. Und diesen Gesichtspunkt haben wir gerade in
607 einer Teambesprechung ventiliert. Ein bisschen spiegelt es das wider, was ich
608 ihnen in meinem persönlichen Tenor wiedergeben möchte, aber eben auch
609 das wie es von großen Teilen des Teams gesehen wird und was wir letztlich
610 von Seiten des Teams auch verabschiedet haben. Diese großen Maßnahmen
611 bringen kurzfristig recht viel aber man muss letztlich auch Wege finden um
612 Nachhaltig daran zu arbeiten. Das Miteinander ist grundsätzlich keine einfache
613 Sache. Man muss irgendwie Wege finden, dass man sich immer wieder
614 versteht und miteinander redet. Das durchzieht aber alle Schichten. Es betrifft
615 das normale Team, das normale Umgehen miteinander, aber auch das
616 Reden mit der Leitung und von Seiten der Leitung. Wir müssen einfach das
617 Ganze umsetzen, dass wir wirklich immer wieder intensiv miteinander
618 umgehen. Das muss auf relativ niederschwelliger, kleiner Ebene stattfinden.
619 Wir haben einfach festgestellt, dass das miteinander Reden im Rahmen von
620 Teambesprechungen, das Ansprechen von Brennpunkten und heiklen
621 Themen innerhalb der Besprechung, das uns das möglicherweise weiterbringt,
622 als die großen Events von Workshops unter professioneller Leitung, weil wir
623 einfach dadurch eine größere Nachhaltigkeit erzeugen können in dem wir
624 sagen, wir können das ja regelmäßig machen. Diese großen Workshops
625 können wir ja nicht alle 14 Tage stattfinden lassen. Das bezahlt uns
626 irgendwann ja auch keiner mehr, weil sie viel zu teuer sind. Wobei der
627 kostengesichtspunkt, da möchte ich sagen, da war unsere Firma äußerst
628 großzügig. Sie hat gesagt, wenn so etwas ansteht, dann wird das auch
629 übernommen. Und ich selber habe ja Einblick in die Kostensituation und habe
630 an der Stelle Schlucken müssen als ich die Rechnung abgeschickt habe. Ich
631 habe mich gefragt ob sich das auch wirklich gelohnt hat, weil es wirklich
632 ziemlich teuer war. Aber das ist meine persönliche Einschätzung. Wir sind im
633 Team zu dem Entschluss gekommen, wir möchten in der nächsten Zeit unsere
634 Problemstellung intern ventilieren und das ist wirklich auch von dem Team als
635 Gesamtheit verabschiedet worden in der vorletzten Teambesprechung im
636 November. Sie haben gesagt, dass sie die Thematik im Rahmen der
637 Teambesprechungen, wenn erforderlich regelmäßig ventilieren um einfach
638 auch am Ball zu bleiben. Wir trauen diesen kleinen internen Maßnahmen

639 durchaus eine höhere Wirksamkeit zu als diesen großen Maßnahmen, weil sie
640 einfach kontinuierlich am Prozess bleiben. Ich denke da haben wir auch
641 mittelfristig einen guten Weg aufgebaut um solche Problemfelder oder
642 scheinbaren Problemfelder, wie gesagt 90% Teilnahme, da stelle ich wirklich
643 die Repräsentativität dieser Umfrage in Frage, das ist für mich wirklich zu
644 wenig. Aber wir haben da trotzdem unsere Schlüsse daraus gezogen,
645 Maßnahmen in die Wege geleitet, die auch ein gewisses Maß an Frucht
646 getragen haben. Aber man muss wirklich kontinuierlich dranbleiben um die
647 Nachhaltigkeit letztendlich auch zu gewährleisten.

648 I: Sie sagten gerade die Maßnahmen haben Frucht getragen, welche
649 Erfahrungen haben sie denn damit gemacht?

650 B: Das einfach zunächst vorsichtig miteinander umgegangen worden ist. Aber
651 wie sagt man auf Pflegerdeutsch, manche Sachen schleifen sich nach einer
652 gewissen Laufzeit einfach wieder ein, auch negative Gesichtspunkte. Dann ist
653 es einfach wichtig, dass man die kontinuierlich auch wieder als Bälle ins
654 Spielfeld reinwirft und sagt, da müssen wir doch wieder mehr drauf achten.
655 Einfach dieser kontinuierliche Prozess, der ist sehr wichtig. Wir haben auch
656 festgestellt, dass wir das selber am besten auf die Beine stellen können. Zwar
657 nicht mit dieser Professionalität wie Coachs von außen, aber unter dem
658 Gesichtspunkt, wir können uns einfach häufiger zusammensetzen. Wir können
659 Dinge selber ansprechen. Wir sind guter Hoffnung, dass wir das Problem
660 daher langfristiger und nachhaltiger in den Griff bekommen.

661 I: Haben sie geplant die COPSOQ-Befragung, die damals stattgefunden hat,
662 noch einmal zu wiederholen?

663 B: Zunächst nicht, also sagen wir das so, wir machen das im kleinen Rahmen.
664 Wir treffen uns ja regelmäßig und da haben wir die Möglichkeit Dinge
665 anzusprechen. Also ich denke da jetzt den Umweg über die BGW zu gehen,
666 das bringt uns jetzt nicht weiter, und wenn dann nur ein Bruchteil der
667 Mitarbeiter daran teilnimmt, halte ich es persönlich für sinnvoller, das man das
668 direkt in einer Teambesprechung anspricht und sagt: „ Wo brennt es, da
669 müssen wir löschen und so weiter, hier müssen wir über dieses und jenes

670 reden, da und da müssen wir was anderes machen“, dann tun wir das einfach.
671 Dann sind die Umsetzungswege leichter und schneller.

672 I: Hat sich denn aus ihrer Sicht die damalige Studienteilnahme gelohnt?

673 B: Ich gucke immer auf die █%. Wenn es 100% gewesen wären, dann hätte ich
674 gesagt, okay das ist repräsentativ. Aber so ist für mich immer das
675 Damoklesschwert darüber. Für mich ist diese Umfrageergebnis nicht ganz so
676 repräsentativ. Es hat trotzdem einiges angestoßen. Wir haben das trotzdem
677 gemacht, das möchte ich auch so, dass das so gewichtet wird, unsere Firma
678 ist auch eine Firma, die viele Dinge dem Mitarbeitern ermöglicht und dafür
679 auch Geld investiert um Prozesse im Miteinander zu fördern.

680 I: Wie darf ich das jetzt deuten. Eher ja oder eher nein?

681 B: Wenn ich auf die █% schaue, dann müsste ich nein sagen. Sagen wir es mal
682 so, ich war über das Ergebnis der Anzahl der teilnehmenden Mitarbeiter
683 enttäuscht. Ich dachte mir mit der Studie tut man der Gesamtheit der
684 Mitarbeitenden einen Gefallen, hier hat man ein Podium sich zu äußern und es
685 ist nicht wahrgenommen worden. Also es ist wie gesagt von 56% nicht
686 wahrgenommen worden, und das ist die Mehrheit. Das finde ich Schade. Aber
687 das ist was wo ich sagen muss, Mitarbeiter, dass finde ich schade von eurer
688 Seite. Jeder hat eine Chance gehabt, Jeder hat diese Fragebögen zugänglich
689 gemacht bekommen und es ist nur von █% genutzt worden. Insofern, haben
690 wir zwar Konsequenzen gezogen aber für eine Minderheit, die wir trotzdem
691 ernst genommen haben.

692 I: Wenn sie mit heutiger Erfahrung, diese Befragung zum ersten Mal
693 durchführen würden, was würden sie sich von dieser Befragung wünschen?
694 Gibt es irgendwas was man hätte besser oder anders machen können?

695 B: Das weiß ich nicht, weil ich meine, so ne Fragebögen müssen standardisiert
696 sein. Man müsste eigentlich mehr Mitarbeiter ventilieren. Ich habe die
697 Mitarbeiter informiert, dass eine Befragung stattfindet. Ich habe aber nicht
698 dafür die Werbetrommel gerührt. Ich habe sie nur informiert und gedacht, das
699 wird ein Selbstläufer, weil die Leute vielleicht Interesse daran haben. Da habe
700 ich jetzt den Eindruck gewonnen, dass das Interesse an dieser Befragung

701 nicht so überaus groß war. Da müsste man vielleicht ansetzen, ich wüsste
702 aber ehrlich gesagt nicht was man verbessern könnte. Das weiß ich einfach
703 nicht. Mehr im Vorfeld werben. Aus der Erfahrung das ███% daran
704 teilgenommen haben, und ich es wünschenswert gefunden hätte wenn es
705 mehr wären, würde ich jetzt beim nächsten Mal sagen, es wäre sinnvoller da
706 mehr Werbung für zu machen.

707 I: Okay, in Ordnung. Wie bewerten sie die Zusammenarbeit mit der BGW?

708 B: Hat bei dieser Befragung das erste Mal funktioniert, mit der
709 Projektmitarbeiterin von der BGW habe ich mehrfach Mail-Kontakte gehabt,
710 wir haben auch ein, zwei Mal telefoniert. Das war durchaus auch konstruktiv.
711 Ansonsten hatte es bisher keine besonderen Berührungspunkte mit der BGW
712 gegeben. Außer das man natürlich Gesetze, Regeln und Pflichten einhalten
713 muss. Und wenn irgendwelche Verletzungen sind, regelmäßig auch die
714 Meldung schicken, wobei das natürlich über den D-Arzt (gemeint ist
715 Durchgangsarzt) stattfindet. Berührungspunkte mit der Berufsgenossenschaft
716 waren so in der normalen täglichen Praxis nicht in dem Maße vorhanden. Das
717 wäre doch vielleicht ein Anstoß in Richtung Berufsgenossenschaft, da auch
718 ein bisschen mehr Eigenwerbung zu machen, was kann die
719 Berufsgenossenschaft noch für ihre Mitgliedsunternehmen tun.

720 I: Wussten sie, dass sie die Ergebnisse der Befragung als erste Bausteine für
721 eine Gefährdungsbeurteilung zur psychischen Belastung nutzen können?

722 B: In meinem Tagesgeschäft habe ich das bisher nicht berücksichtigt, aber ich
723 halte es durchaus für sinnvoll es so zu machen.

724 I: Haben sie bereits eine Gefährdungsbeurteilung gemacht?

725 B: Eine Gefährdungsbeurteilung wird bei uns in der Zentrale erstellt. Da bin ich
726 auch sehr froh drum, weil dafür habe ich nicht auch noch Zeit. Das Geschäft
727 der tagtäglichen Zentrumsleitung hat eine Menge Facetten, wenn ich da noch
728 diese Gefährdungsbeurteilung erstellen müsste, dann wäre das eine Nummer
729 zu viel und ich bin heilfroh, dass wir da unseren Sicherheitsbeauftragten
730 haben, der sich damit abmühen darf und denke mal das wird der auch sehr
731 gewissenhaft tun.

732 I: Sehr gut, das auch nur als Hinweis am Rande. Wir sind schon fast fertig. Ich
733 würde noch gerne wissen, ob sie noch eine Empfehlung für andere
734 Unternehmen haben, die diese oder ähnliche Maßnahmen durchführen
735 wollen?

736 B: Ja, zu gucken, dass man wirklich die positiven Aspekte heraus streicht. Ich
737 denke, den Mitarbeitern die Informationen zu geben, das kann von Nutzen
738 sein und das wird höchstwahrscheinlich nicht zum Schaden sein, weil das ja
739 auch immer anonymisiert ist die Befragung, das möglichst viele daran
740 teilnehmen. Möglichst auch die Mitarbeiter zu mobilisieren, auch daran
741 teilzunehmen. Das habe ich bei uns wirklich als negativ empfunden, das da
742 relativ wenig teilgenommen haben. Um einfach auch eine Repräsentative
743 Befragung zu bekommen. Ansonsten macht so eine Befragung wenig Sinn.
744 Man sagt ja eigentlich unter Interviewern über 50% dann hat man auch eine
745 gewisse Repräsentativität. Wobei ich finde 50% eigentlich auch noch zu
746 wenig. Ich finde das sollten über 80% sein um sagen zu können, da spiegelt
747 sich auch wirklich das komplette Team weitgehendst wieder. Das ist natürlich
748 eine schwierige Nummer und da muss man die Mitarbeiter auch erst einmal
749 dazu kriegen auch den Sinn zu sehen, das Transparent zu machen und zu
750 sagen, was will man mit der Befragung erreichen, was sind die Ziele und was
751 sind die möglichen Maßnahmen? Vielleicht muss letztendlich auch, wenn so
752 eine Befragung durchgeführt wird, von Seiten des Arbeitgebers mitgeteilt
753 werden, die und die Möglichkeiten stehen auch mit zur Verfügung. Wobei, zu
754 dem Zeitpunkt wo die Befragung bei uns stattfand, war es noch die Pilotphase,
755 wir waren halt unter den ersten drei Zentren und da wusste ja auch der
756 Arbeitgeber noch gar nicht in welche Richtung das gehen kann. Das wäre an
757 der Stelle auch zu viel Verlangt gewesen. Aber ich denke das könnte man
758 daraus lernend vielleicht verwenden. (Unterbrechung durch Kollegen)

759 Letztendlich aus den Erfahrungen anderer und in diesem Fall haben wir
760 letztendlich Erfahrungen für andere gesammelt. Es macht Sinn im Vorfeld
761 schon etwas mehr zu informieren über Ziele und Möglichkeiten, die eine
762 solche Befragung eröffnet um damit dann wirklich auch zu signalisieren, es ist
763 etwas, was auch positiv sein kann, weil ich denke daran kann man die

764 Bereitschaft fördern daran teilzunehmen. Ich denke je repräsentativer eine
765 Befragung ist desto besser.

766 I: Vielen Dank dafür. Wir sind an dieser Stelle auch schon so gut wie am Ende
767 mit dem Interview. Haben sie noch eine Anmerkung zu dem Interview, etwas
768 was sie noch loswerden wollen oder vielleicht eine Anmerkung für mich
769 persönlich zu der Interviewtechnik oder zu irgendwelchen Fragen?

770 B: Nein, sie haben mir sehr gründlich auf den Zahn gefühlt. Ich hätte eine Bitte,
771 könnte ich bitte einen Protokollauszug erhalten, falls ich das mal rekapitulieren
772 muss?

773 I: Natürlich, das sende ich Ihnen gerne zu. Mich würde noch mal interessieren,
774 welche Teilnahmemotivation sie hatten an diesem Gespräch mit mir
775 teilzunehmen?

776 B: Ich war eigentlich recht motiviert. Im Vorfeld habe ich mir das okay geben
777 lassen von meinem Vorgesetzten bzw. von der Abteilung geholt. Und es war
778 mir auch wichtig, dass ich mich hier nicht selber in die Nesseln setze. Als ich
779 die bekommen habe, habe ich gedacht, das machst du eigentlich gerne, auch
780 im Hinblick auf ihre Bachelorarbeit um sie da zu unterstützen. Zudem weil ich
781 da auch einfach ein gewisses Herz für habe aus privaten Gründen. Ich finde
782 es auch durchaus sinnvoll und ich möchte da auch mal den Tenor einer
783 Kollegin, die die Antwort von Seiten meines Vorgesetzten widergespiegelt hat:
784 „Sie finden es echt gut, dass unsere Firma letztlich dieser Befragung nochmal
785 nachgeht, einfach das ganze nachverfolgt um stückweit auch
786 Qualitätssicherung für sich selber zu betreiben.“ Das finde ich gut und
787 unterstützenswert. Ich habe ja jetzt keine Geheimnisse verraten, sondern
788 habe Dinge erzählt, die wir umgesetzt haben und wo wir auch einen gewissen
789 Zufriedenheitshorizont haben oder auch andere Dinge wo wir gesagt haben,
790 da haben wir andere Wege entdeckt die wir für besser halten.

791 I: Dann sind wir schon durch mit dem Gespräch. Ich bedanke mich ganz herzlich
792 für ihre Teilnahme und sende ihnen die Transkription gerne zu.

Thema des Interviews: Erfassung von Vorgehensweisen zur Verbesserung der psychosozialen Arbeitssituation in Dialyse-Einrichtungen

Datum des Interviews: 10.12.2012

Dauer des Interviews: 57 Min.

Interview 4

- 1 I: Es handelt sich bei dem Interview um offene Fragen, d.h. dass Sie bitte frei
2 ohne Antwortmöglichkeiten antworten und das Gespräch wird ungefähr 40
3 Minuten dauern.
- 4 Das kommt aber auch immer darauf an. Ich hab Ihnen noch mal das
5 Ablaufschema vorbereitet, das sind 4 Themenblöcke insgesamt, ich habe
6 dann noch mal in Stichpunkten kurz aufgeschrieben um welche Fragen es sich
7 dort handelt und denn würden wir jetzt mit dem Interview beginnen.
- 8 Zum Anfang erst mal ein paar allgemeine Fragen: Aus welcher Motivation
9 heraus haben Sie an der damaligen Studie teilgenommen? In welchem
10 Stadium hat sich Ihre Einrichtung da befunden?
- 11 B: Also ich hatte neu angefangen und es gab bei uns keine Mitarbeiter-Befragung
12 also solche Instrumente gab es bei uns nicht, ich hab die erste Mitarbeiter-
13 Befragung gemacht in 2009 und dann kam dieses Schreiben von der BG und
14 dann hab ich gesagt, dass ist ja schön. Das war, glaube ich in 2010 und dann
15 habe ich gesagt, ja, dann mache ich das noch mal als zweite Geschichte, weil
16 die erste Mitarbeiter- Befragung war jetzt erst mal für mich um so ein Stand
17 der Dinge zu holen – ja denn wie gesagt, wir hatten keine funktionierende
18 Personalabteilung und wir wollten gerne betriebliches
19 Gesundheitsmanagement einführen auch das BEM (Betriebliches-
20 Eingliederungs-Management) wollten wir einführen, dass gab es halt alles zu
21 der Zeit überhaupt noch nicht. Auch nicht in den Anfangsschuhen. Dann habe
22 ich gesagt, das mache ich als Großprojekt, dass wir betriebliches
23 Gesundheitsmanagement machen. Dann kam diese Befragung von der BG

24 und das passte natürlich genau in meinen Ablaufplan und dann habe ich
25 gesagt, das ist ein guter Start und das haben wir dann als Start genommen.

26 I: Das haben Sie dann als Grundlage, als Ist-Zustand für die Einrichtungen
27 genommen?

28 B: Genau.

29 I: Sehr gut! Wie empfanden Sie das damals, die Ergebnisse aus dieser
30 Fremdbefragung anzunehmen und zum Thema der eigenen Sache zu
31 machen?

32 B: Das größte Problem war, dass es von den Mitarbeitern ein wenig geblockt
33 wurde. Wir haben also mehrere Zentren insgesamt und wir haben die
34 Befragung in [REDACTED] Zentren gemacht, da war die Befragungsquote unter [REDACTED]
35 Prozent.

36 Das hatte ich mir nicht so erhofft, weil ich eigentlich aus diesen Ergebnissen
37 das betriebliche Gesundheitsmanagement starten wollte. Wir haben dann die
38 Ergebnisse zusammen getragen und haben eine Projektgruppe mit unseren
39 Sicherheitsbeauftragten entstehen lassen. Die gab es zu dem Zeitpunkt noch
40 nicht in den Zentren und die haben wir dann daraus entstehen lassen. Dann
41 haben wir die Ergebnisse gemeinsam besprochen und haben uns dann
42 geeinigt, dass wir diese Ergebnisse, die wir haben nicht Zentrums bezogen
43 machen sondern eine Globale daraus machen. Das haben wir dann
44 genommen als Ist Zustand, und damit haben wir begonnen.

45 I: Sehr gut, dann sind wir auch schon eingestiegen ins Thema, ich wollte
46 nämlich als Erstes erst mal nur über den Ergebnisbericht sprechen und
47 möchte da auch möglichst nachvollziehen, wie Sie da in ihrer Einrichtung
48 vorgegangen sind und deswegen würde ich auch gerne ganz kleine Schritte
49 mit aufnehmen. Und da wäre jetzt meine erste Frage nachdem Sie ihre
50 Einrichtung den Ergebnisbericht erhalten haben, wie sind Sie mit ihm
51 umgegangen und wie haben Sie mit dem gearbeitet? Das haben Sie ja schon
52 kurz angesprochen, da würde ich gerne wissen, war der Ergebnisbericht
53 verständlich für Sie?

54 B: Erst mal nein. Die Auswertungen hinten waren natürlich verständlich, die
55 haben uns auch erst mal etwas umgehauen, das was die Mitarbeiter an
56 Wünschen am Ende des Ergebnisberichtes bei den offenen Fragen gesagt
57 haben. Das hat uns teilweise ein bisschen erschreckt, das müssen wir auch
58 wirklich sagen. Ganz so verständlich kam es nicht rüber, wir haben uns also
59 dann auch bei der BG Hilfe geholt und haben dann gefragt, wie gehen wir
60 überhaupt mit den Sachen um. Weil wir nicht die ganze Zeit selber im Thema
61 drin sind, die Ausführungen die da drin waren die waren teilweise sehr
62 kompliziert, also der Vergleich mit dem und mit dem und wenn man diese
63 Studie einfach nur als kleinen Baustein hat, haben wir das nicht sofort
64 verstehen können.

65 I: Wenn Sie das jetzt beurteilen würden, diesen Ergebnisbericht, so auf einer
66 Skala von 1 bis 10. Wenn 10 das Beste ist. Wie würden Sie das ungefähr
67 einschätzen?

68 B: Bei 7

69 I: Was hätte Ihnen noch geholfen diesen Ergebnisbericht vielleicht besser zu
70 verstehen? Was war unverständlich, Sie haben das ja gerade schon erwähnt,
71 dass die Skalen und die Vergleichsgruppen etwas unverständlich waren.

72 B: Genau. Diese gesamten Ausführungen bis es dann zu dem Thema kam:
73 Insgesamt. Was uns dann betraf. Also diese ganzen Vergleiche mit den
74 anderen Studien das hatte uns so ein bisschen verwirrt.

75 I: Können Sie da sagen, was Sie sich da gewünscht hätten um das besser zu
76 verstehen?

77 B: Nach der Länge der Zeit kann ich das nicht mehr – ganz ehrlich.

78 I: Und wer hat den Ergebnisbericht alles gelesen. Sie sagten ja, Sie haben einen
79 Steuerkreis gebildet, wer hat den Ergebnisbericht denn alles gelesen?

80 B: Also bei uns war es so, dass wir für jedes Zentrum eine ärztliche Leitung
81 haben, die auch Gesellschafter sind. Die Gesellschafter haben alle diesen
82 Ergebnisbericht, bevor ich den weiter bearbeitet habe, erst mal bekommen

83 und haben den auch durchgearbeitet. Wie gesagt, die haben den gar nicht
84 verstanden – das war so das Größte, dass ich dann erst mal wieder erklären
85 musste. Da habe ich mir natürlich auch von der BG wieder Hilfe geholt. Das
86 gehört ja eigentlich zu der ersten Frage noch aber wie gesagt, das ist einfach
87 so ein bisschen schwierig bei uns gewesen, weil so viele Menschen darin
88 involviert waren. Die haben den natürlich zuerst gelesen dann musste das
89 durch die [REDACTED] versammlung, damit wir den auch weiter verteilen
90 durften. Dann haben die Sicherheitsbeauftragten den Ergebnisbericht
91 bekommen, wobei ich dazu sagen muss, dass wir die Fragen die die
92 Mitarbeiter betreffen, die durfte ich nicht herausgeben an die Zentren. Das
93 steht bei uns hier überall unter C1: Haben Sie Vorschläge, Wünsche zur
94 Verbesserung der Arbeitssituation.

95 Bei uns ist das von den Gesellschaftern nicht gewollt worden das das
96 rausgeht. Damit durfte ich zwar arbeiten aber verfremdet, nicht nach jeder
97 einzelnen Dialyse. Wir durften uns diese Schlagwörter wie Mobbing, oder
98 Mobbing von Vorgesetzten alles raussuchen. Dann durften auch die Leitungen
99 das bekommen.

100 Also das ging dann bei uns an die Gesellschafter, die Sicherheitsbeauftragten,
101 die Leitungen, ja und meine Person, die vier Gruppen durften das dann lesen,
102 wobei die letzten Punkte alle verfremdet waren.

103 I: Ok. Sind das auch die betrieblichen Akteure, die nachher alle in dem
104 Steuerkreis drin saßen?

105 B: Ja. Bis auf die Leitungen, die Leitungen nicht, die müssten nur informiert
106 werden und die Ärzte auch nicht. Die Sicherheitsbeauftragten und ich sitzen in
107 dem Steuerkreis, sowie der Betriebsarzt und die Fachkraft für Arbeitssicherheit
108 und der Berater von der BG, der ist ja Sozialpsychologe und der arbeitet
109 freiberuflich meine ich für die BG und den haben wir halt engagiert für dieses
110 Großprojekt und der kennt natürlich auch alle Berichte und der kennt das auch
111 bis ins kleinste Detail.

112 I: Sehr gut. Gab es denn auch eine Rückmeldung an die Mitarbeiter?

113 B: Ja die gab es über den Berater von der BG, der geht derzeit in alle Zentren.
114 Also es ist eine lange Zeit vergangen, aber wir sind jetzt erst so weit, dass wir
115 das mit den Mitarbeitern besprechen können und er ist jetzt dabei
116 Teambesprechungen zu machen in den einzelnen Zentren und geht die
117 Ergebnisberichte mit den Mitarbeitern durch, mit den einzelnen Teams ohne
118 Leitungen.

119 I: Ah, ok, das steht jetzt noch an und die Mitarbeiter haben die Rückmeldungen
120 noch nicht bekommen.

121 B: Genau

122 I: Wurden die Ergebnisse in Ihrer Einrichtung diskutiert –also wurde auch
123 besprochen, wieso es zu diesen Ergebnissen gekommen ist?

124 B: Das haben wir gemacht, als wir dann halt die verfremdeten Sachen hatten mit
125 den Leitungen mit den Sicherheitsbeauftragten und die haben wir dann in
126 diesem Steuerkreis besprochen und bearbeitet. Und bearbeiten noch.

127 I: Waren die Ergebnisse für Sie nachvollziehbar oder war das jetzt für Sie eine
128 komplette Überraschung bzw. hat es vielleicht auch Vermutetes bestätigt?

129 B: Also es war in einzelnen Teilen ganz überraschend, einige Sachen waren
130 vorhersehbar.

131 Also wir haben z.B. viel das die Mitarbeiter sich über Mobbing von
132 Vorgesetzten beschwert haben. Das war für uns eigentlich unbegreiflich, weil
133 wir es nicht so empfunden haben. Und wenn man das dann halt auch so ein
134 bisschen nachvollzieht, wir haben dann auch ein Mobbingseminar gemacht bei
135 der BG und da haben wir natürlich festgestellt, was die Mitarbeiter als Mobbing
136 empfinden ist gar kein Mobbing. Also die Empfindungen der Mitarbeiter, dass
137 die zu wenig Wert geschätzt werden und sich dadurch gemobbt fühlen haben
138 die zwar in den Befragungen so dargestellt im Grunde war es das aber gar
139 nicht. Das war auch so der Punkt der uns so erschreckt hat, als wir diese
140 Befragung gehabt haben. Diese Sachen erwiesen sich aber dann in 99 % der
141 Fälle wirklich als haltlos.

142 I: Gut, was meinen Sie denn, warum einige Ergebnisse aus der Befragung
143 positiv und einige Ergebnisse kritischer ausgefallen sind. Woran kann das
144 liegen? Positiv sind z.B. aufgefallen, geringere emotionale Anforderungen,
145 höhere Bedeutung der Arbeit oder soziale Beziehung. Kritisch sind
146 aufgefallen: Einfluss bei der Arbeit, Entscheidungsspielraum, Feedback,
147 Rückmeldung und Mobbing, wie Sie es schon angesprochen haben. Was
148 meinen Sie, warum diese Ergebnisse so ausgefallen sein könnten?

149 B: Also das Problem bei uns im Unternehmen ist, dass es das Unternehmen
150 schon seit ein paar Jahrzehnten gibt. Es wird noch so geführt, wie es
151 irgendwann mal eröffnet wurde. Also sehr familiär, die Mitarbeiter haben
152 immer einen persönlichen Bezug zu ihrem Vorgesetzten gehabt, also zu den
153 Ärzten. Wir haben also in den letzten 4 Jahren einen kompletten Umbruch.
154 Das Unternehmen muss sich neu positionieren, die alten Gesellschafter
155 verlassen alle das Unternehmen und es kommen junge Gesellschafter – also
156 wir haben einen kompletten Generationswechsel bei uns. Wir haben die
157 Gesellschafter, die jetzt halt in Pension oder Rente gehen, haben natürlich
158 jetzt mehrere Jahrzehnte das Unternehmen mit begleitet, die neuen Ärzte sind
159 vielleicht erst 5,6 Jahre da und wollen natürlich alles rechtlich sicher machen.
160 Wir haben also viele Sachen, die so gelebt haben und weiter geführt wurden
161 aber rechtlich nicht abgesichert waren. Wir müssen jetzt versuchen, das
162 Unternehmen unternehmensfähig zu machen. Zudem muss alles nach den
163 neuen gesetzlichen Anforderungen angepasst werden. Das sind halt so die
164 Sachen. Bis dahin fühlten sich die Mitarbeiter wertgeschätzt und die
165 Altgesellschafter waren väterlich. Man konnte mit den persönlichen Problemen
166 dahin kommen. Scheidungen und ich weiß nicht was, Hausversteigerung
167 stand kurz an -da war einfach ein Arbeitgeberdarlehen ohne irgendwelche
168 Verträge gemacht worden. Das war bis dahin immer alles möglich. Diese
169 Befragung kam genau in die Zeit, als da ein Schlusstrich drunter gemacht
170 wurde und das neue Unternehmen ans Laufen gekommen ist. Und das
171 funktioniert in der heutigen Zeit leider nicht mehr. Da werden natürlich, wenn
172 Arbeitnehmerdarlehen gemacht werden, auch immer Verträge gemacht. Wir
173 haben z.B. auch Arzthelferinnen und Krankenschwestern bei uns im

174 Unternehmen und bisher haben dann auch Arzthelferinnen immer auch
175 Sachen gemacht, die sie rechtlich eigentlich gar nicht machen dürfen. Da ist
176 dann natürlich auch gesagt worden: So bis hier hin, weiter geht's leider nicht
177 mehr. Das ist als sehr störend empfunden worden von den Mitarbeitern, die
178 haben sich dann auf einmal diskriminiert gefühlt. Wobei es rechtlich überhaupt
179 nicht mehr machbar ist das sie es weiter so machen. Das ist jetzt die
180 Schwierigkeit, die wir haben, in den letzten zwei Jahren, dass auf eine Linie zu
181 bekommen wo sich alle Mitarbeiter wieder sehr wohl fühlen. Ich denke mal,
182 das war halt genau diese Situation, wo wir mit dieser Befragung angefangen
183 haben.

184 I: Einfluss bei der Arbeit, Entscheidungsspielraum?

185 B: Genau das ist natürlich weggenommen worden aber das hat rechtliche
186 Hintergründe. Nicht dass wir dann auf einmal gesagt haben: "Nö, wir wollen
187 nicht mehr, dass ihr das macht!" Es hat einfach mit der Umstrukturierung zu
188 tun. Auch die Küchenfrauen die dürfen – wir haben neue
189 Stellenbeschreibungen wir haben Pflegehilfen, die natürlich jetzt auch, die
190 vorher viel mehr Sachen gemacht haben, die sie jetzt auf einmal nicht mehr
191 dürfen. Das sind die Probleme, die die Mitarbeiter haben. Bei den
192 Krankenschwestern ist es gar nicht, da ist es weniger. Aber bei den
193 Arzthelferinnen und den Pflegekräften die da einfach immer mehr gemacht
194 haben als sie rechtlich eigentlich dürfen.

195 I: Es sind ja auch einige Sachen positiv aufgefallen unter anderem die sozialen
196 Beziehungen, Höhere Bedeutung der Arbeit und geringere emotionale
197 Anforderungen. Das ist ja auch was sehr gutes. Können Sie sich das auch
198 noch durch irgendetwas Bestimmtes erklären?

199 B: Also die sozialen Kompetenzen, denke ich mal, weil die Altgesellschafter, die
200 ja bis dato auch noch da waren, dieses väterliche mit übernommen haben. Wir
201 haben viele Mitarbeiter die mittlerweile mehrere Jahrzehnte bei uns im
202 Unternehmen sind. Die haben natürlich noch dieses familiäre erlebt – und
203 daran halten die auch immer fest. Wenn Sie das beobachten, die ganz alten
204 Mitarbeiter, die sind ja dieses Jahr, nächstes Jahr und übernächstes Jahr

205 leider alle weg. Die gehen dann alle in Rente. Die haben sehr familiären und
206 sehr große Bindung an die Altgesellschafter die natürlich dann auch
207 weggehen, aber die sind immer noch Ansprechpartner für die Mitarbeiter.
208 Dadurch, dass das so viele sind, denke ich mal, dass sich das so positiv
209 widergespiegelt hat in dieser Befragung, durch diese älteren Mitarbeiter.
210 Denke ich einfach mal.

211 I: Gut. Generell sind in den Dialyseeinrichtungen bestimmte Aspekte besonders
212 aufgefallen. Da sind z.B. bei den positiven Aspekten soziale Beziehungen am
213 Arbeitsplatz, also ähnlich wie bei Ihnen, und geringere Unsicherheit des
214 Arbeitsplatzes. Kritisch ist in Dialyse gesamt ausgefallen: Einfluss bei der
215 Arbeit, weniger Entwicklungsmöglichkeiten, Führungsqualität und Mobbing.

216 Wenn Sie sich das mal so anhören: Was meinen Sie, warum gerade diese
217 Aspekte in Dialyseeinrichtungen im Vergleich zu den Vergleichsgruppen so
218 auffällig waren?

219 (Anmerkung: Befragte schreibt die Aspekte mit, damit sie sich sie Punkte
220 besser merken kann)

221 B: Ok. Soziale Beziehungen und geringere Unsicherheit des Arbeitsplatzes. Wir
222 können ja damit erst mal anfangen mit den positiven Sachen, haben Sie eine
223 Idee warum diese in den Dialyseeinrichtungen allgemein positiv ausgefallen
224 sind?

225 I: Also ich denke mal, die sozialen Beziehungen - ich weiß jetzt nicht im
226 Einzelnen was abgefragt wurde, aber es ist vielleicht auch das Patienten und
227 das Mitarbeiterverhältnis da mit eingeflossen. Das ist natürlich ganz eng, weil
228 das alles chronisch kranke Patienten sind. Die sind natürlich jahrelang schon
229 da und man entwickelt natürlich auch eine persönliche Beziehung zu den
230 Patienten. Vielleicht ist das eine Komponente die da einfließt.

231 Wir haben auch Patienten, die seit der Eröffnung bei uns sind und wenn dann
232 die Arbeitnehmer, die dann auch schon seit mehreren Jahrzehnten da sind,
233 das entwickelt sich natürlich auch (Anmerkung: Die sozialen Beziehungen).
234 Untereinander sind die Mitarbeiter auch sehr verbunden, also so wie ich das

235 von uns aus sehe. Sie treffen sich miteinander und besprechen auch viele
236 Sachen, weil die Patienten halt auch nicht wechseln. Das ist einfach immer
237 das gleiche. Man kennt die Familienverhältnisse und das gleiche ist halt auch
238 bei den Mitarbeitern. Man hat eigentlich eine sehr geringe Fluktuation in den
239 Dialysen. Das ist aber auch bundesweit so, das habe ich festgestellt, dass die
240 Mitarbeiter einfach nicht wechseln.

241 Geringe Unsicherheit beim Arbeitsplatz. Natürlich, im Gesundheitswesen ist
242 das meistens, das man einfach – wo kranke Menschen sind, ist der
243 Arbeitsplatz eigentlich immer gesichert.

244 Also, das denke ich mal, dass das vielleicht mit da drin ist und es ist alles
245 durchstrukturiert. Wir haben direkt Standards und es wird in allen Dialysen die
246 Arbeit gleich gemacht.

247 I: Das wäre eine mögliche Erklärung. Und kritisch ist allgemein in den
248 Einrichtungen aufgefallen, Einfluss bei der Arbeit, weniger
249 Entwicklungsmöglichkeiten, Führungsqualität und Mobbing.

250 B: Ja, also dazu kann ich auch was sagen, und zwar Einfluss bei der Arbeit,
251 natürlich, es ist immer das was ich gerade sagte. Die geringe Unsicherheit
252 beim Arbeitsplatz ist natürlich andersrum ein Negativum, weil man nichts
253 ändern kann.

254 Das ist immer das Schema F, es wird überall gleich gemacht. Sie können
255 Dialysemitarbeiter, also ne Dialysefachschwester, in die Dialyse A stecken und
256 dann auch in die Dialyse b oder c, die Abläufe sind immer gleich. Es sind ja
257 auch fast die gleichen Maschinen – es wiederholt sich immer. Es ist wirklich
258 so, dass die auch weniger Entwicklungsmöglichkeiten haben.

259 In der Dialyse gibt es eine Hierarchie, da sind die Ärzte, eventuell noch ne
260 Leitung und dann kommen alle Mitarbeiter – nenn ich sie einfach mal.

261 Sie können sich da nicht weiter entwickeln. Wenn Sie einmal eine
262 Dialysefachschwester sind, dann sind Sie eine Dialysefachschwester, da geht
263 es nicht weiter.

264 Durch die geringe Fluktuation ist auch ne Leitungsstelle vielleicht alle 20 Jahre
265 mal neu zu besetzen. Ja, und das Problem haben wir hier natürlich hier auch.
266 Die neuen Mitarbeiter und auch die Jungen die möchten gerne mal eine
267 Führung machen. Denen kann ich immer nur an anbieten, ja gut, wenn die
268 Leitung, das Unternehmen verlässt wäre dann eine Führungsposition vakant.
269 Gibt es in dem Sinne nicht.

270 Sie müssen das immer mit einer Arztpraxis vergleichen. Wenn da ne erste
271 Kraft ist, bleibt die ja eigentlich auch.

272 Das Mobbing: Komischerweise sind in den Führungspositionen immer die
273 Männer. Der Krankenpfleger, der in der Dialyse ist, ist immer die Führung. Es
274 ist mir also schon ganz ganz oft aufgefallen und das ist das was ich hier auch
275 durchbrechen wollte und auch geschafft habe. Ich habe hier auch
276 Leitungswechsel gemacht, weil meine Leitung einfach nicht die
277 Führungskompetenzen hatte die ich mir erhofft habe. Es ist in der Dialyse
278 immer so und gerade bei uns halt, wie gesagt, seit mehreren Jahrzehnten. Die
279 Krankenpfleger die eingestellt wurden damals die wurden dann direkt die
280 Leitung.

281 Ohne jegliche Führungskurse, es sind alles, ohne dass ich das jetzt werten
282 will, einfache Krankenpfleger gewesen. Wir haben jetzt auch aufgrund dieser
283 Befragung Leitungsseminare gemacht, wir haben unsere Leitungen alle
284 ausgebildet zur Stationsleitung in der Dialyse. Das ist natürlich für mich auch
285 ein ganz wichtiger Punkt gewesen und das ist auch das Mobbing was bei uns
286 halt bei näherem Hingucken gewesen ist. Dieser Punkt, dass die Mitarbeiter
287 es als Mobbing empfunden haben – was eigentlich gar nicht war, weil die
288 Leitung nicht fähig waren Konflikte zwischen einzelnen Mitarbeitern im Keim
289 zu ersticken. Und dadurch haben sie sich dann von der Leitung gemobbt
290 gefühlt als die nicht genug geholfen hat. Was im Grunde gar nicht war, weil es
291 aus der Unsicherheit der Leitung entstanden ist. Und ich glaube das ist ein
292 allgemeines Problem.

293 I: Ah, ja, vielen Dank sehr interessant.

294 Denn sind wir auch mit dem Ergebnisbericht erst mal schon durch, also wir
295 sind schon in der nächsten Phase. Bitte beachten Sie weiterhin, dass ich auch
296 möglichst kleine Schritte erfassen möchte und jetzt geht es um die
297 Planungsphase. Ich würde ich gerne wissen, nachdem Sie sich mit dem
298 Ergebnisbericht auseinandergesetzt haben, das haben Sie ja auch
299 ausführlich, das habe ich gerade mitbekommen, wie haben Sie weiter
300 gearbeitet? Und da geht es jetzt erst mal nur um die Planung von möglichen
301 Maßnahmen bzw. meine erste Frage:

302 Wurden Maßnahmen daraufhin geplant?

303 B: Ja ! Also wir haben uns einen Maßnahmenkatalog in unserem
304 Steuerungszirkel entwickelt. Wir haben uns da hingesetzt und haben gesagt,
305 was möchten wir? Wo möchten wir hin? Was haben wir für ein Ziel?

306 Und das Ziel haben wir zuerst betitelt. Wir haben also das Pferd von hinten
307 aufgezogen – wir haben uns ein Ziel gesetzt das in 5 Jahren beendet ist. Wir
308 haben auch einen Ablaufplan gemacht und da haben wir halt die Maßnahmen
309 gemacht, dass wir dann die Mitarbeiteraufklärung betreiben möchten, wir
310 möchten gerne in den einzelnen Zentren einen Ansprechpartner haben. Da
311 haben wir die Sicherheitsbeauftragten jetzt genommen. Dann haben wir eine
312 externe Fachkraft für Arbeitssicherheit implementiert, vorher hatten wir eine
313 Interne. Das haben wir also auch umstrukturiert. Wir haben dann
314 Mitarbeiterschulungen bei der BG angefragt und haben dann auch
315 angefangen unsere Mitarbeiter zu den Schulungen zu schicken. Also erst mal
316 die Sicherheitsbeauftragten. Dann haben wir.... Das ist alles so viel.

317 Wir haben dann den Berater von der BG angefragt bzw. wir haben noch einen
318 Schulungsplan erarbeitet, wo wir die Maßnahmen auch umgesetzt haben was
319 wir überhaupt bei den Mitarbeitern machen müssen, damit die dann soweit
320 sind, dass die uns auch folgen können was wir machen möchten, da haben wir
321 diesen Schulungsplan gemacht. Dann haben wir die Projektgruppe gebildet.
322 Dann haben wir Begehungen in den Zentren gemacht und diese
323 Teamsitzungen die jetzt statt finden und haben eine BEM Beauftragte
324 vorgestellt.

325 I: Ja, sehr interessant.

326 B: Ich musste jetzt selber erst mal blättern das war nämlich so viel. Also das ist
327 ein richtiges Großprojekt bei uns geworden.

328 I: Super! Können Sie da irgendetwas zu sagen was besonders förderlich war bei
329 dieser Maßnahmenplanung und was besonders hinderlich war?

330 B: Förderlich war es, dass wir die Sicherheitsbeauftragten mit ins Boot
331 genommen haben – die haben nämlich das Thema in den einzelnen Zentren
332 weiter geleitet – also das ist wie so eine Welle über alle Zentren geschwappt.
333 Was so ein bisschen gebremst hat waren die Gesellschafter. Denen war das
334 dann halt ein bisschen zu viel Unruhe im Unternehmen. Die konnten das im
335 Vorfeld, obwohl ich vorher auch wirklich per email und auch alles erklärt habe,
336 konnten die das nicht umsetzen, warum das jetzt gemacht wird – warum der
337 Mitarbeiter jetzt auf einmal so wichtig sein soll. Und das hat mich so ein
338 bisschen auch niedergeschlagen, wo ich gesagt hab, na, bringt dieses Projekt
339 was? Deshalb dauert das alles so ein bisschen lange. Aber ich denk mal, da
340 sind wir jetzt auch auf einem richtig guten Weg.

341 I: Sehr gut. Haben Sie da in Ihrem Arbeitskreis bestimmte Aspekte aus dem
342 Ergebnisbericht herausgearbeitet?

343 B: Ja, also wir haben wirklich diese, was ich im Vorfeld schon erwähnt habe unter
344 C1 diese persönlichen Wünsche Verbesserungsvorschläge zu psychosozialen
345 Arbeitssituation, das habe ich mir halt angeguckt in dieser ganzen Vielfalt und
346 hab das in eine Excel Tabelle, ohne das es auf ein Zentrum runtergebrochen
347 wurde, sondern als Gesamtunternehmensergebnis alles runtergebrochen und
348 habe daraus die Punkte gemacht. Wir haben z.B. verschieden
349 Vergütungssysteme gehabt für Arzthelferinnen und für Krankenschwestern
350 und das war für mich so ein Thema wo ich gesagt habe: ok, wir brauchen ein
351 Vergütungssystem wo jeder nachvollziehen kann, da und da werde ich jetzt
352 aufgrund meiner Ausbildung aufgrund meines Könnens leistungsbezogen
353 eingestuft. Das war der erste Teil eines Großprojektes den wir umgesetzt
354 haben, dass wir ein neues Vergütungssystem erstellt haben und auch schon
355 gemacht haben. Dann haben wir die ganzen Aspekte wie Mobbing, was die

356 Mitarbeiter sich wünschen: Entspannung, Sport und Kommunikation ist ganz
357 wichtig. Kommunikation zwischen Ärzten und Mitarbeitern war eine Sache die
358 immer hier drin stand. „Dann haben wir ja Mitspracherecht bei der Auswahl der
359 Leitung“, z.B. das sind solche Sachen, wo dann auch versucht wurde, den
360 Mitarbeitern zu erklären, dass das einfach nicht funktioniert. Wir können nicht
361 für ein Zentrum eine Leitung vorschlagen oder drei Leitungen und dann sollen
362 die Mitarbeiter sich selber eine Leitung suchen. Das funktioniert glaube ich in
363 keinem Unternehmen, dass man da die Hierarchie so weit runterbricht, dass
364 die Mitarbeiter sagen können, was wir machen. Es stand dann ein Betriebsrat
365 im Raum, ob die Mitarbeiter einen Betriebsrat gründen möchten oder nicht.
366 Wir haben uns dann hinterher geeinigt, also die Mitarbeiter wollten erst einen
367 Betriebsrat, wir hätten auch nichts dagegen gehabt, dann war das aber zu viel
368 Arbeit für die Mitarbeiter und dann habe ich gesagt: Ok, dann möchte ich jetzt
369 gerne eine Mitarbeitervertretung haben, aus jedem Zentrum eine
370 Krankenschwester, eine Arzthelferin, und die setzen sich dann zwei mal oder
371 drei mal im Jahr mit uns an einem grünen Tisch und dann entwickeln wir das
372 weiter. Also das sind so alles diese Aspekte die uns natürlich auch eine
373 Hilfestellung waren für den weiteren Verlauf dieses ganzen Großprojektes.

374 I: Sie sagten, dass Sie sich an diesen Mitarbeiterwünschen orientiert haben.
375 War das auch die Vorlage dafür, wie Sie die Maßnahmen dann ermittelt haben
376 – also wie Sie auf die Idee gekommen sind, was Sie jetzt dagegen machen?
377 Sie haben ja alles aufgelistet was Sie alles an kritischen Punkten haben und
378 wo Sie gerne etwas machen möchten und wie sind Sie dann darauf
379 gekommen, welche Maßnahme man da einleiten könnte?

380 B: Genau, wir haben also das alles zusammen geführt. Dann habe ich mich mit
381 dem Betriebsarzt, der Fachkraft für Arbeitssicherheit und dem Berater von der
382 BG zusammen gesetzt. Wir haben alle Kritikpunkten der Mitarbeiter und auch
383 die positiven Sachen in einen Topf genommen und sind Schritt für Schritt alles
384 durchgegangen. Wir untereinander ohne die Sicherheitsbeauftragten sind
385 auch einzeln die Dialysen durchgegangen und haben dann auch geguckt
386 warum ist das bei denen im Zentrum so und da konnten wir natürlich auch

387 viele Rückschlüsse ziehen. Das haben wir aber wirklich nur im ganz kleinen
388 Kreis gemacht und ohne die Mitarbeiter.

389 I: Und das wurde dann auch gemeinsam entschieden, das hat nicht eine Person
390 alleine gemacht?

391 B: Nein, das haben wir dann gemeinsam gemacht und dann sind wir mit unseren
392 Entscheidungen, die wir getroffen haben, noch in diesen Steuerungszirkel wo
393 die Sicherheitsbeauftragten waren gegangen. Die durften natürlich dann auch
394 noch was sagen. Daraus haben wir dann auch wieder zwei, drei Punkte
395 nochmal abgeändert. Diese hatten wir anders verstanden als die Mitarbeiter
396 die eigentlich gemeint haben. Manchmal sieht man das auch ein bisschen
397 anders als Unternehmer und in der Position sehe ich mich dann halt bei dieser
398 Sache. Man sieht die Sachen manchmal anders oder schärfer als die
399 Mitarbeiter die überhaupt gemeint haben. Und da kamen natürlich auch so
400 zwei, drei Punkte die gar nicht so eng bearbeitet hätten werden müssen wie
401 wir das eigentlich gedacht haben. Oder so kleinlich sondern dann eigentlich
402 viel globaler zu verstehen waren. Und das ist eigentlich ganz gut gewesen,
403 dass wir die Mitarbeiter noch mal mit reingenommen haben.

404 I: In diesen Steuerungskreis, dadurch, dass die Mitarbeitervertretung mit da drin
405 war meinen Sie?

406 B: Genau, das war der zweite Schritt. Erst die Sicherheitsbeauftragten, dann die
407 Mitarbeitervertretungen und jetzt gehen wir mit dem, was wir da jetzt erarbeitet
408 haben geht jetzt der Berater von der BG in die einzelnen Zentren und macht
409 die Teamgespräche.

410 I: Ja wunderbar, Sie hatten das schon mal angesprochen aber vielleicht wollen
411 Sie das noch mal zusammenfassen, welches Ziel genau die Maßnahmen
412 erreichen sollen und in welchem Betriebsbereich wurden die Maßnahmen
413 genau durchgeführt. Kann man das sagen, also war das der ganze Betrieb,
414 waren das vielleicht nur einzelne Stationen oder ging es nur um Pflegekräfte
415 oder war das allgemein für alle Mitarbeiter?

416 B: Also es ist erst mal für alle Mitarbeiter. Was wir erreichen wollen ist, dass die
417 Mitarbeiter sich wieder wertgeschätzt fühlen. Das ist ein Problem, was nicht
418 nur bei uns ist, sondern wirklich überall. Wenn sie so Statistiken sehen, derzeit
419 so Mitarbeiterstatistiken, Bundesweit ist das der größte Punkt, dass die
420 Mitarbeiter sich einfach nicht mehr wertgeschätzt fühlen und das Gefühl wollen
421 wir den einfach wieder vermitteln. Sie sollen ihre Wünsche auch an uns
422 herantragen können und das Gefühl haben, wir bearbeiten die und das glaube
423 ich, haben wir sehr gut erreicht, weil dieses Feedback kommt mittlerweile –
424 das wir halt auch, was das angeht sehr viel machen. Was wir noch erreichen
425 wollen ist, dass das Unternehmen natürlich unternehmensfähig bleibt,
426 überlebensfähig bleibt und wir Arbeitsplatzsicherheit gewähren können. Dazu
427 brauchen wir unsere Mitarbeiter und dafür müssen wir natürlich auch einiges
428 tun. Das Ziel ist, dass wir glückliche Mitarbeiter haben möchten.

429 I: Sehr gut! Sie hatten erzählt, dass Sie ein BGM schon eingeführt haben oder
430 ist das in Planung?

431 B: Genau, also wir planen und machen es aber parallel. Wir machen das step für
432 step. Wir haben bei der BG schon alle die Kurse belegt und machen das also
433 auch. Also wir sind dabei.

434 I: Haben Sie dann auch ein Qualitätsmanagement?

435 B: Ja, wir sind zertifiziert. Allerdings bisher nur im medizinischen Bereich, was
436 heißt nur? Aber wir sind kritisch C auch zertifiziert das ist auch eine
437 Besonderheit.

438 I: Gibt es denn bei ihnen Ablaufprozesse für eine Maßnahmenentwicklung? Also
439 im Rahmen eines Qualitätsmanagements? Sie sagten nur im medizinischen
440 Bereich. Also wahrscheinlich gibt's da dann keinen Ablauf?

441 B: Nein

442 I: Was ist mit den anderen Aspekten, die kritisch ausgefallen sind? Z.B. der
443 Entscheidungsspielraum?

444 Hatten Sie da vor gehabt, da auch noch etwas zu planen?

445 B: Das Problem ist einfach, Entscheidungsspielraum werden wir den Mitarbeitern
446 in dem Sinne nicht geben können, was die sich halt da drunter vorstellen. Es
447 ist z.B. auch ein Punkt, den wir mit den Mitarbeitern besprochen haben, was
448 die sich da jetzt wirklich vorgestellt haben. Und da kamen dann solche Sachen
449 wie: „Ja, die Patienten bekommen ja morgens immer Frühstück, wir möchten
450 gerne an der Auswahl der Wurst beteiligt werden, weil wir frühstücken ja auch
451 und warum werden wir dann nicht gefragt, was für Wurst geliefert wird“. Da
452 hab ich erst mal mit offenem Mund dagesessen und hab gesagt: Ich dachte
453 jetzt, also ihr meint Entscheidungen halt wie der Patient behandelt werden soll
454 oder sonstiges und das -das sind solche Punkte wo ich dann wirklich gedacht
455 habe, aha, da haben wir viel zu kleinlich geguckt, die haben einfach gesagt: „
456 ja wir möchten gerne entscheiden, was für ein Desinfektionsmittel, was für
457 eine Wurst, was für Getränke, dass wir Mitarbeiter auch mal eine Limo
458 bekommen“. Und das sind so Sachen, wo ich dann gesagt habe: also, bei aller
459 Liebe, es ist für alle gleich. Das war jetzt halt bei uns so gewesen. Dafür
460 haben wir einen Einkäufer, dass wird auch nicht weiter an Entscheidungen bei
461 euch sein. Wir können gern mal eine Befragung machen, was ihr gerne hättet,
462 so Frühstückslisten, das hatten wir dann auch mal gemacht, aber das ist
463 wirklich so, dann kommen dann solche Sachen, wie: Ich möchte gerne
464 morgens Lachs zum Frühstück oder Roastbeef . Und ich glaub, das gehört da
465 wirklich nicht als Resultat für so eine Befragung. Das fand ich schon schwierig.

466 Also, wie gesagt, wir dachten auch, das wäre anders gemeint, aber als wir
467 dann mit den Mitarbeitern gesprochen hatten, waren es dann solche Sachen.
468 Die habe ich dann ein bisschen belächelt.

469 I: Also ich finde, Sie haben sehr gute Ideen bei der Planung und haben da auch
470 einiges gemacht, wir würden jetzt in den 3. Abschnitt kommen und zwar geht
471 es jetzt hier um die Maßnahmenumsetzung. Da hatten Sie auch schon einiges
472 erwähnt. Ich wollt noch mal explizit nachfragen. Nachdem Sie das geplant
473 haben, wurde das auch alles schon umgesetzt von dem was Sie erzählt
474 haben?

475 B: Also wir haben einiges. Wir werden im nächsten Jahr mit den Schulungen
476 starten, also mit Rückenschule, Kinästhetik Kurse, das startet erst nächstes
477 Jahr. Also da sind wir jetzt in den Vorbereitungen aber dafür brauchen Sie
478 Trainer, dafür brauchen Sie Räume. Das gestaltet sich alles ein bisschen
479 schwierig. Ich wollte gerne eine Kooperation mit Fitnessstudios haben aber
480 auch da gibt es steuerliche Aspekte die zu beachten sind die wir mit dem
481 Steuerberater umändern dürfen. Sie dürfen ja auch für die Mitarbeiter
482 steuerfrei Gesundheitsprävention zur Verfügung stellen. Das Problem ist aber,
483 das ist an Bedingungen gekoppelt und das muss erst mal ausgearbeitet
484 werden. Also das wird starten. Was wir halt umgesetzt haben ist, dass wir die
485 Leitungen alle geschult haben, dass die Führungskompetenzen ausgebaut
486 wurden der Leitungen. Die haben jetzt das gesamte Jahr an einem
487 Wochenende im Monat sind die jetzt alle ausgebildet worden. Alle Leitungen
488 der Zentren zur Stationsleitung. Mit Konfliktmanagement mit
489 Mitarbeiterführungsseminare die extra noch dazu gekommen sind.
490 Kommunikationstraining. Das nächste, das wir jetzt umsetzen werden, und
491 das wird im Februar so weit sein, das ist, das unsere Ärzte geschult werden in
492 Kommunikation mit den Mitarbeitern. Dass wir das durchgekriegt haben freut
493 uns. Aber das war alles in unserem Maßnahmenkatalog drin und wie gesagt,
494 da stehen zumindest schon die Termine. Also die Leitungen sind geschult
495 worden.

496 Auch die Mitarbeiterschulung. Wir haben zum Beispiel alle Mitarbeitern die
497 letzten Jahr angefangen haben, die neu in er Dialyse sind, haben
498 Einsteigerkurse für die Dialyse bekommen. Das war auch noch so ein Manko
499 gewesen, das es das halt nicht gab. Die Arzthelferinnen betrifft das in erster
500 Linie, weil die in pflegerischen Tätigkeiten nicht so gewandt sind. Die haben
501 dann die Schulungen bekommen. Das ist jetzt als fester Punkt etabliert
502 wurden. Wir haben in den einzelnen Zentren Praxisanleiter, Mentorinnen, wir
503 haben einen Einarbeitungsplan für die Mitarbeiter umgeändert, dass die jetzt
504 so eine Art Paten an die Seite bekommen und durch das Unternehmen geführt
505 werden. Das sind solche Maßnahmen die wir getroffen haben.

506 I: Können sie mir sagen, was förderlich oder hinderlich an der
507 Maßnahmenumsetzung war, gibt es da bestimmte Aspekte?

508 B: Förderlich waren da wirklich die Ergebnisse der Befragung. Hinderlich waren
509 die Mitarbeiter, die sich über Mehraufwand beschwert haben. Wir haben dann
510 gesagt: Ihr wollt das doch. Aber es hieß dann: „dann müssen wir ja mehr
511 arbeiten, weil wir müssen ja die Kurse besuchen und alles. Da ist dann ja
512 keine Arbeitszeit“. Dann haben wir uns so geeinigt, die Hälfte ist Arbeitszeit
513 und die andere Hälfte nicht. Bei den Leitungen war es natürlich komplett
514 Arbeitszeit. Es war teilweise so, dass die Mitarbeiter sich selber im Weg
515 standen. Sie wollten es in erster Linie haben, aber möchten dafür nichts
516 investieren. Das ist eine Sache die funktioniert nicht.

517 I: Sie sagten, dass noch Maßnahmen folgen. Kann man benennen wann die
518 Maßnahmen eingeführt worden sind?

519 B: Letzten Februar haben wir gestartet die Maßnahmen umzusetzen. Das
520 genaue Datum weiß ich gerade nicht. Die Befragung war allerdings der
521 Startschuss.

522 I: Haben sie die Umsetzung im Steuerkreis beschlossen oder wer war das?

523 B: Bei mir läuft alles zusammen. Ich spreche auch mit den Referenten. Ich gebe
524 aber auch Sachen an die Sicherheitsbeauftragten in den einzelnen Zentren.
525 Wenn wir z.B. Mitarbeiterveranstaltungen machen, dann ist das meisten von
526 hier aus gelaufen. Seid dem wir das eingeführt haben ist es so, das die
527 Zentren jetzt selber dafür zuständig sind das zu organisieren. Die Verträge
528 werden immer noch von hier (Verwaltung) geschlossen, aber die Organisation
529 vor Ort läuft dann über die Sicherheitsbeauftragten, die wir ins Projekt etabliert
530 haben.

531 I: Die dürfen dann die Ideen entwickeln. Müssen es dann aber von Ihnen
532 absegnen lassen?

533 B: Wir möchten also schon, dass wir im großen Steuerkreis Kritik bekommen,
534 dass es vielleicht nicht unbedingt gut ist. Das hat uns bisher immer gut
535 geholfen bei den ganzen Einschränkungen bei der Arbeit. Da haben wir

536 wirklich gedacht, das ist viel Arbeit und dann war es die Wurst, diese
537 Entscheidungsgeschichten.

538 Das kommt dann von den Mitarbeitern. Wir wollen das so machen, dass wir ab
539 nächstes Jahr ein Budget haben für die Sicherheitsbeauftragten. Das die mit
540 einem kleinen Budget Sachen vor Ort machen können, um denen auch
541 Handlungsspielraum zu ermöglichen.

542 I: Tolle Sachen. Wir sind dann schon beim letzten Abschnitt, der Evaluation bzw.
543 Erfolgskontrolle. Da würde ich gerne wissen, wie die Erfolgskontrolle
544 ausgesehen hat bzw. wie sie aussehen soll.

545 B: Gemacht haben wir sie noch nicht, weil wir ja noch mittendrin sind. Aussehen
546 soll sie so, das wir im Januar, Februar, März erneut Mitarbeitergespräche
547 führen, wobei das Novum dabei ist, das die Leitung die Mitarbeitergespräche
548 in Einzelgespräche führt. Das die Leitung das vermittelte Wissen im Rahmen
549 der Mitarbeitergespräche umsetzen kann. Ich bin dann als Moderatorin dabei.
550 Wenn das im März abgeschlossen ist haben wir Sache die wir vorher
551 aufgeteilt haben. Zum Beispiel Begehung durch die Fachkraft für
552 Arbeitssicherheit, Begehung durch den Betriebsarzt, Ergebnisse der
553 Teambesprechung in den einzelnen Zentren und die erneute
554 Mitarbeiterbeurteilung, den die Leitungen gemacht haben. Das wollen wir dann
555 in eine Großsitzung nehmen, die Mitte März stattfinden soll und dann wollen
556 wir alle Ergebnisse die bis dahin da sind zusammenführen. Daraus möchten
557 wir ein Ergebnisprotokoll an die Mitarbeiter erstellen. Das dient uns wiederrum
558 für die nächste Mitarbeitervertretung im Mai, das wir dass dann bis dahin
559 besprechen. Wir stellen uns das zumindest so vor, dass wir dann Ende
560 nächsten Jahres eine erneute Mitarbeiterbefragung durchführen.

561 I: Mit dem gleichen Instrument der Befragung, dem COPSOQ?

562 B: Wenn das möglich ist mit der BG würden wir das machen und wenn nicht
563 würden wir das selber, ich habe ja die Befragungsbögen da, das wir das
564 einfach auf uns runter brechen was wir wirklich brauchen. Den Fragebogen
565 würden wir dann wieder in der Projektgruppe entwickeln und würden das
566 wieder an die Mitarbeiter weitergeben. Das ist aber auch erst ein Mal für das

567 Ende des nächsten Jahres geplant. Frühestens. Was wir bis dato machen sind
568 die Kurse.

569 I: Kann man da eine Aufwand-Nutzen Relation bereits jetzt schon sehen?

570 B: Nein, das können wir noch nicht sehen. Was uns sehr aufgefallen ist, ist das
571 die Krankheitszahlen aufgrund von psychischen Belastungen und
572 Rückenschmerzen im Vergleich vom letzten und diesem Jahr um 13%
573 gestiegen ist. Das ist für mich ein Warnsignal, das wir da auf jeden Fall
574 schnellsten was machen müssen. Wir tun natürlich schon viel, aber die
575 Krankheitsfälle werden immer mehr.

576 I: Ich würde gerne wissen ob sie jetzt schon etwas über die Erfahrungen der
577 Maßnahmen sagen möchten oder können? Ob die eher positiv oder negativ
578 sind? Kann man das schon beantworten?

579 B: Im Grunde abschließend kann ich es noch nicht beantworten. Was ich
580 allerdings als negativ empfunden habe war, dass die Mitarbeiter nicht bereit
581 dazu waren an der Befragung teil zu nehmen. Wir hatten in den einzelnen
582 Dialysen nur eine Mitarbeiterbeteiligung von █%. Es wurde schon ein wenig
583 boykottiert hatte ich das Gefühl. Das waren zum Beispiel auch die Dialysen,
584 wo wir dann nachher die Leitungen ausgetauscht haben. Wir haben gemerkt,
585 dass die Leitung vor Ort komplett überfordert ist mit der Situation und der
586 Umstrukturierung wie wir sie in den nächsten Jahren haben. Die Leitungen
587 wurden vor einem Jahr ausgetauscht.

588 I: Kann man schon erkennen, ob der Leitungswechsel etwas gebracht hat?

589 B: Ja auf jeden Fall in beiden Dialysen. In der einen Dialyse war eine Frau die
590 Leitung, das macht jetzt ein Mann. Das ist auch der einzige Mann der in diese
591 Dialyse etabliert ist, vorher gab es dort keinen Mann. Dieser Pfleger ist aus
592 einer anderen Dialyse von uns gewechselt, der auch schon man Leitung war
593 in einem kleinen Zentrum mit █ Mitarbeitern. Der hat jetzt das Zentrum mit
594 knapp █ Mitarbeiterinnen übernommen. Das war glaube ich das was wir
595 brauchen, einen Mann da drin. Das hört sich hart an. Aber in der anderen
596 Einrichtung war genau das Gegenteil. Da haben wir einen Mann gehabt in der

597 Leitung. Da haben wir jetzt eine Doppeltspitze, einen Mann und eine Frau. Es
598 läuft einfach ganz anders. Ich kann mir nicht erklären woran es lag, aber es
599 war einfach die Zeit zum Wechseln. In den Zentren ist der Krankheitsstand
600 zurück gegangen. In dem einen Zentrum ist es besonders aufgefallen. Da
601 waren drei Mitarbeiterinnen, die hatten andauernd Rückenschmerzen oder
602 waren psychisch angeschlagen. Die eine war [REDACTED] Monate ausgefallen, man
603 kann jetzt nicht sagen, ob es daran lag oder nicht, aber die sind wieder alle da
604 und denen geht es auch ganz gut. Bei den psychischen Sachen ist es aber
605 auch nicht immer die Arbeitsstelle, das sind ja auch persönliche Sachen. Das
606 ist ja multifaktoriell.

607 I: Hat sich aus ihrer Sicht die damalige Studienteilnahme gelohnt?

608 B: Auf jeden Fall. Für mich war das ein super Instrument, das Unternehmen
609 kennen zu lernen. Da ich ja auch relativ neu war. Meine erste Befragung hatte
610 ich ja selber vorher auch schon gemacht und da hat man schon eine
611 Änderung gesehen. Wobei es zwei komplett verschiedene Befragungen
612 waren. Meine Befragung ging darum wie es den Mitarbeitern in den
613 Unternehmen geht und wie sie sich fühlen usw. Diese war ja spezifisch auf die
614 Arbeitsbelastung und teilweise haben die überhaupt nicht übereingestimmt.
615 Das hat mich teilweise überrollt. Wissen sie ich habe eine Befragung gemacht,
616 sehr kritisch und die ist auch relativ kritisch ausgefallen und dann kommt die
617 andere (BGW) und die ist dann so aggressiv auf Personen bezogen. So würde
618 ich es mal sagen. Es gab in einigen Zentren, da haben Mitarbeiter ihre
619 Aggressivität an den Ärzten und an den Leitungen ausgelassen mit diesem
620 Mobbing und so. Da waren [REDACTED] Zentren wo das ganz extrem war und das
621 waren auch die Zentren wo wir die Leitungen ausgetauscht haben. Also dafür
622 hat mir die Befragung wirklich geholfen.

623 I: Wie war die Zusammenarbeit mit der BGW? Ist da alles gut gelaufen?

624 B: Klasse! Das fand ich ganz toll.

625 I: Wenn sie die Befragung mit heutiger Erfahrung zum ersten Mal machen
626 würden. Was würden sie sich wünschen bei einer erneuten Befragung?

627 B: Das weiß ich nicht. Vom Ablauf her war das sehr gut gesteuert, auch von der
628 BG. Was ich für ein Problem hatte, war das das intern so lange gedauert hat
629 mit den Gesellschaftern. Aber das kann ich nicht ändern. Das hat mich ein
630 bisschen geblockt. Aber das hat ja nichts mit der Befragung zu tun sondern mit
631 unserer Struktur. Vielleicht noch der Vergleich mit anderen Dialysen. Um das
632 alles aufzuarbeiten für alle Zentren fand ich das sehr langwierig für mich. Das
633 war sehr viel Lesearbeit. Wenn einer nur ein Zentrum hat ist das natürlich
634 etwas anderes als wenn man mehrere Zentren hat. Das liegt dann natürlich
635 auch wieder an uns.

636 I: Ein Hinweis für sie. Wussten sie, dass diese Befragung als erste Bausteine für
637 eine Gefährdungsbeurteilung zur psychischen Belastung zu nutzen ist?

638 B: Ja, das hatte die Projektmitarbeiterin uns damals gesagt.

639 I: Haben sie bereits eine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt?

640 B: Nein

641 I: Sie haben angesprochen, dass sie die Befragung noch einmal durchführen
642 möchten. Brauchen sie noch weitere Unterstützung?

643 B: Wir haben bereits einen Beratervertrag mit der BGW. Das heißt einen Vertrag
644 zu einer Durchführung eines Beratungsprojektes "Einführung von BGM". Da
645 sind wir schon bestens begleitet von der BGW.

646 I: Dann sind sie ja schon bestens ausgestattet.

647 B: Da meine ich gibt es hinterher auch noch einmal eine Mitarbeiterbefragung.

648 I: Abschließend würde ich gerne Wissen, ob sie einen Rat haben für andere
649 Einrichtungen, die diese oder vergleichbare Maßnahmen durchführen wollen?

650 B: Auf jeden Fall Mitarbeiter mit einbinden. Also damit haben wir so positive
651 Resultate, dass wir gesagt aber, wir möchten jetzt aus jedem Zentrum, aus
652 jeder Berufsgruppe, eine Mitarbeiterin hier mit am Tisch haben. Da waren die
653 erst einmal überrascht: Ja wie, die wollen jetzt mit uns sprechen? Das
654 bekommt eine ganz andere Facette. Die Mitarbeiter haben so tolle Ideen, das

655 ist wirklich Klasse. Wo wir eigentlich hier in unserem Büro sitzen, vielleicht
656 auch etwas Betriebsfremd, die Mitarbeiter sind an der Front. Die bekommen
657 das alles mit. Das hat uns sehr bereichert, dass wir die Mitarbeiter mit
658 eingebunden haben.

659 I: Sehr gut, wir sind auch schon fast durch. Gibt es noch Anmerkungen zum
660 Interview?

661 B: Sie waren sehr nett. Die Fragen habe ich alle gut verstanden. An manchen
662 Stellen konnte ich mir nur nicht mehr merken, was sie für eine Frage gestellt
663 haben.

664 I: Danke, da werde ich nochmal drauf achten! Mit welcher Teilnahme Motivation
665 haben sie an unserem Gespräch teilgenommen?

666 B: Erst einmal war ich sehr neugierig auf sie. Ich finde, das sehr interessant und
667 finde das diese Sachen weitergegeben werden sollten auch an andere
668 Dialysen und auch an andere Unternehmen, das man so was auf jeden fall
669 einführen soll. Mein Ziel ist es wirklich das man die Mitarbeiter mit einbindet.
670 Ich sag immer so, die verdienen unser Geld. Ohne die, säßen wir nicht hier
671 und die sind wirklich sehr wichtig. Das muss einfach auch weitergegeben
672 werden finde ich.

673 I: Das finde ich einen schönen Abschlussatz. Dann sind wir jetzt fertig mit dem
674 Interview. Ich bedanke mich herzlich für ihre Teilnahme und bin froh das dass
675 alles so super geklappt hat. Bei Rückfragen können sie sich selbstverständlich
676 immer an die BGW wenden.

677 B: Machen wir, vielen Dank!

Interviewübergreifendes Kategoriensystem

K1: Situation vor der damaligen MA-Befragung

Subkategorien	Paraphrasen
K1 a Teilnahmemotivation	<p>Interne Qualitätsmessung (I1, Z. 7-9); gute Bestätigung und Benchmarking (der Dialysequalität Z. 416)(I1, Z. 409f); MA-Befr. war im Rahmen des QM wieder fällig (I1, Z. 15f); Erkenntnisse des Belastungszustandes der MA zu erhalten (I2, Z. 3ff); objektives Instrument um zu sehen ob die Ergebnisse die Sicht der Einrichtung widerspiegelt (I2, Z. 7ff); Im Rahmen der QM-Arbeit mit eingebracht (I2; Z. 11); es sollte im Rahmen eines Großprojektes BGM und BEM eingeführt werden und Befragung passte als Start da gut rein (I4, Z. 11-25, 35f); Wahrnehmung das sich kontinuierlich der Arbeitsdruck und Stress erhöht und Einflussnahmen sinkt für D. MA in den letzten Jahren und Jahrzehnten (durch Pauschalenabsenkungen (Z. 7), Patienten sind älter mit sekundär Erkrankungen, pflegebedürftiger (Z. 18-25,27)→ Pflegepersonal wird gekürzt und Arbeitsvolumen steigt (Z. 33-36)); Einrichtung möchte Dinge zu Gunsten der MA machen (I3, Z. 41f) ; Vorgesetzter hat der Befragung zugestimmt (I3, Z. 44-47)</p>
K1 b Situation der Einrichtung zum Befragungszeitpunkt	<p>Mobbing virulentes Thema zum Befragungszeitpunkt, da Fälle von emotionale Erschöpfung und Burnout vorkamen (I2, Z. 237ff); eklatanten Personalmangel zum Befragungszeitpunkt in der Einrichtung (I2, Z. 464); Neue VL und keine funktionierende Personalabteilung (I4, Z. 11,17f); es gab bisher nur eine MA-Befr. 2009 (I4, Z. 11f); Einrichtung wird geführt wie seit Eröffnung (35 Jahre→ familiär, persönlicher Bezug zum Vorgesetzten) (I4, Z. 149f) und seit 4 Jahren gibt es einen kompletten Umbruch, da die alten Gesellschafter die Einrichtungen verlassen (Pension) und junge nachkommen (Generationswechsel) (I4, Z. 149-159, 203f). Es soll jetzt alles rechtlich sicher gemacht werden und das Unternehmen unternehmensfähig (I4, Z. 160f); Befragung kam zu der Zeit, wo ein Schlusstrich unter die alte Unternehmensführung gemacht wurde (I4, Z. 168-182)</p>
K1 c Handlungsbedarf gesehen	<p><u>Pro:</u> Ja, Unternehmen muss unternehmensfähig gemacht werden, zudem IST-Zustand als Grundlage für Großprojekt (I4, Z. 26ff, 43, 161), <u>Contra:</u> Nein, es ist immer eine stätige Entwicklung. Wie überall gibt es mal Konflikte, aber es war nichts besonderes (I1, Z. 13f); Nein, IST-Zustand interessant (I2, Z. 15); Nein, Probleme werden zeitnah behandelt (I3, Z. 50ff), Vergleich zu anderen D- Einrichtungen interessant (I3, Z. 57-61)</p>
K1 d Annahme d. Fremdbefragung	<p><u>Pro:</u> Kein Problem, das war gut (I1, Z. 19ff);</p>

	<p><u>Contra:</u> Ich habe einen Dämpfer bekommen, da die Ergebnisse z. T. nicht gut waren (I2, Z. 37ff); MA haben die Befragung durch niedrige Teilnahmequote geblockt (I4, Z. 32ff); Es kamen negative Aspekte an Tageslicht, als Leitungskraft schluckt man da erstmal. Man muss darüber hinweg versuchen Dinge in im Interesse der MA in Bewegung zu setzen (I3, Z. 75-80)</p>
--	--

K2: Ergebnisbericht

Subkategorien	Paraphrasen
K2 a Verständlichkeit	<p><u>Pro:</u> Keine Schwierigkeiten (I1, Z. 26); Ja, es ist deutlich (I2, Z. 93), keiner sagt er hat es nicht kapiert (I2, Z. 110f); Auswertung der offenen Fragen war verständlich (I4, Z. 53); Recht gut verständlich (I3, Z. 137f)</p> <p><u>Contra:</u> Erst mal nein (I4, Z. 53); Ganz so verständlich kam das nicht rüber, Einrichtung hat sich Hilfe bei der BG geholt (I4, Z. 57ff, 84); Anfangs Vergleiche und Ausführungen teilweise sehr kompliziert (I4, Z. 60f), weil die Einrichtung ist nicht ganz im Thema drin und hat die Studie nur als kleinen Baustein (I4, Z. 60ff, 72f); Ärztliche Leitung hat den EB nicht verstanden (I4, Z. 82f); Anfangs Säulendiagramme und Vergleiche (I2, Z. 102ff); Zuviel Text (I3, Z. 148); Bericht war zu voluminös, je kürzer und prägnanter desto besser (I3, Z. 158f)</p>
K2 b Bewertung des EB (▼1-10▲)	<p>Mit 10 tut man sich schwer, weil kein Vergleich da ist, es war aber sehr gut und sehr hilfreich (I1, Z. 29f); Sehr dankbar für den EB, man konnte gut damit arbeiten (I1, Z. 300f); Bei 8, ich fand das gut (I2, Z. 94f, 98); Bei 7 (I4, Z. 67), was besser hätte sein soll, weiß ich nicht mehr nach dieser langen Zeit (I4, Z. 76); 8 könnte man geben (I3, Z. 152)</p>
K2 c Hilfreiche Aspekte	<p>Bericht reflektiert Schwächen und Stärken (I1, Z. 34ff); Hilfreiches Instrument für eine Diskussion „da stehen wir“, sonst hat man nur eine Meinung (I1, Z. 34-39); mit klaren Zahlen kann man besser arbeiten als mit Vermutungen (I1, Z. 302f); deutlich in kurzen Sätzen erklärt, auch wie die Mittelwerte zustande kommen und wie man sich am EB orientieren kann (I2, Z. 93f); Diagramme waren sehr aussagekräftig und selbsterklärend (I3, Z. 129ff, 137f, 149f); Belastungsfaktoren isoliert dargestellt, Aufbereitung der Durchschnittswerte Dialyse allgemein und Trend für eigenes Zentrum (I3, Z. 132-137)</p>
K2 d Von wem gelesen	<p>alle Ärzte und die Pflegedienstleitung (I1, Z. 43); Verwaltungsleitung, Teamleiter und Ärzte (I2, Z. 113); VL und ärztliche Leitung (Gesellschafter) der Zentren haben ihn vollständig gelesen (I4, Z. 79-82) und Sicherheitsbeauftragte, sowie ZL haben ihn ohne offene Fragen, also verfremdet gelesen (I4, Z.99ff);</p>

	Leitung und Vorgesetzter (I3, Z. 92f); Der komplette EB wurde für die MA in der Einrichtung ausgelegt (I3, Z. 165-169),
K2 e Diskussion der Ergebnisse	Wurde in einer Mitarbeiterfortbildung diskutiert (I1, Z. 83, 103); EB ist erst mit Teamleitern, dann mit Ärzten besprochen worden (I2, Z. 107ff, 112f, 149); verfremdete Ergebnisse gemeinsam in Projektgruppe diskutiert und besprochen und besprechen noch (I4, Z. 40, 123ff); Diskussion im Rahmen der Teambesprechung im Anschluss an die MA-Information (I3, Z. 110f, 213f)
K2 f Nachvollziehbare Ergebnisse	<u>Pro:</u> Ja absolut, keine Überraschung (I1, Z. 41); Selbstwahrnehmung hat gepasst (I1, Z. 33f); einiges war vorhersehbar (I4, Z. 128f), Ich hatte schon eine Vorstellung (I3, Z. 221f) <u>Contra:</u> Einige Dinge erklärten sich nicht (Mobbing) (I2, Z. 40f, 153f), was die MA bei den offenen Fragen gesagt haben, hat uns umgehauen und erschreckt (I4, Z. 54ff); einiges war ganz überraschend, z.B. Mobbinggeschichte (I4, Z. 128, 130f) und das war für uns unbegreiflich, weil wir das nicht so empfunden haben (I4, Z. 131f); weniger Lebenszufriedenheit kann Einrichtung nicht nachvollziehen, steht im Widerspruch zu positiven Aspekt „seltenerer Absicht der Berufsaufgabe“ (I3, Z. 378ff).
K2 g Umgang mit dem EB	Überlegt, wie erklären sich die kritischen Ergebnisse (I2, Z. 39); Altersstruktur und Zusammensetzung analysiert (I2, Z. 54); Altersschnitt bei 50 gesetzt und analysiert, wer die Antwort gegeben haben kann (I2, Z. 59-62); Besprechung des EB mit Teamleitern und Ärzten (I2, Z. 114f); Ärzte u. VL relativieren Ergebnisse und Ärzte weisen alle Ergebnisse von sich (I2, Z. 119f); Projektgruppe (Steuerkreis) entstehen lassen (siehe K3)(I4, Z. 37);Hilfe von der BG geholt um den EB zu verstehen (I4, Z. 58, 84), Ergebnisse wurden nicht Zentrumsbezogen sondern global bearbeitet (I4, Z. 41f); Gesellschafterversammlung entschlossen wie die Rückmeldung an die MA erfolgt (verfremdet→ u.a. C1 + Schlagwörter wie Mobbing von Vorgesetzten wurden aussortiert) (I4, Z. 91ff); Maßnahmen mittels Ablaufplan geplant z.B. Mitarbeiteraufklärung betreiben, Ansprechpartner in den einzelnen Zentren (wir haben dafür die Sicherheitsbeauftragten genommen). Umstrukturierung durch Implementierung einer externen Fachkraft für Arbeitssicherheit, vorher Interne. Wir haben dann MA-Schulungen bei der BG angefragt und haben dann angefangen unsere MA zu den Schulungen zu schicken (erst mal die Sicherheitsbeauftragten). Dann wurde Herrn Genz Bidou von der BG angefragt bzw. wir haben noch einen Schulungsplan erarbeitet, wo wir die Maßnahmen auch umgesetzt haben was wir überhaupt bei den MA machen müssen, damit die dann soweit sind, dass die

	<p>uns auch folgen können was wir machen möchten. Dann haben wir die Projektgruppe gebildet. Dann haben wir Begehungen in den Zentren gemacht und Teamsitzungen die jetzt stattfinden und haben eine BEM Beauftragte vorgestellt (I4, Z. 306-322); ein richtiges Großprojekt geworden (I4, Z. 325); Leitung hat EB ventiliert und an Vorgesetzten weitergeleitet, der hat überlegt wie vorzugehen ist (I3, Z. 92-94); Vorgesetzter hat MA-Information aus höherer Etage beschlossen (I3, Z. 98-101) (genaueres bei K4); EB wurde für MA ausgelegt (I3, Z. 169)</p>
--	--

K3: Steuerkreis

Subkategorien	Paraphrasen
K3 a Steuerkreis Bildung	Kein extra Arbeitskreis, Strukturen bereits vorhanden (I1, Z. 54f);Keinen Steuerkreis entwickelt, Strukturen bereits vorhanden (I2, Z. 115, 144ff); Bildung einer Projektgruppe (I4, Z. 37ff); Vorgesetzter war dabei, aber als Steuerkreis würde Einrichtung es nicht beschreiben (I3, Z. 177f)
K3 b Alternativen zum Steuerkreis	Regelmäßige, monatliche Teamsitzungen (I1, Z. 45, 50) mit anschließendem Treffen der Ärzte um eine Entscheidung zu fällen (I1, Z. 51f); monatliche Teamleitersitzung, wöchentliche Geschäftsführungssitzung mit den Ärzten (I2, Z. 116ff)
K3 c Beteiligte Akteure	Ärzte, ein Krankenpfleger; Pflegedienstleitung und jemand aus [REDACTED] (I1, Z. 47f); Verwaltungsleitung, Teamleiter, Ärzte (I2, Z. 115-118); VL und Sicherheitsbeauftragte, Betriebsarzt, FASI und Beauftragter der BGW (I4, Z. 38, 104-110); Vorgesetzter, ZL, Vertreter des Betriebsrates, Sachbearbeiterin (I3, Z. 110)

K4: Mitarbeiterinformation

Subkategorien	Paraphrasen
K4 a wurden MA über die Ergebnisse des EB informiert?	<p>Pro: Ja (I1, Z. 58) mit zeitlicher Verzögerung nach EB erhalt, damit alle wussten worum es geht (I1, Z. 61-64), Ja (I2, Z. 122-128,140); Ja, Information an das gesamte Pflgeteam (I3, Z. 99)</p> <p>Contra: Einrichtung ist jetzt erst (Dez.2012) soweit die Ergebnisse an die MA zurückzumelden (I4, Z. 112ff, 118ff);</p>
K4 b Umsetzung der MA-Information	P-P-Präsentation in interner Mitarbeiterfortbildung (→17.01.12) (I1, Z. 58f, 63); Fragebogen wurde erläutert; Ergebnisse einzeln vorgestellt (I1, Z. 65f); Kurzfassung der Ergebnisse wurde in Dienstbesprechung angesprochen (I2, Z. 126f, 136f)

	<p>Kurzfassung wurde von Teamleitern und VL abteilungsweise (Z. 131) vorgestellt und es wurde nach Verbesserungsvorschlägen gefragt (I2, Z. 126ff); BG beauftragter geht in Teambesprechungen (einzelne Teams ohne Leitung) in den einzelnen Zentren und bespricht EB mit den MA (I4, Z. 115ff, 405ff); Einrichtung war es wichtig, dass Vorgesetzter aus höherer Etage informiert. Vertreter des Betriebsrates war im Vorfeld von der Befragung bereits involviert und war bei der MA-Information dabei, Sachbearbeiterin war auch dabei (I3, Z. 99-106, 128f). Information im Rahmen einer großen Veranstaltung (Sonderteambesprechung zum Thema Befragung (Z. 201)) mittels Power-Point-Präsentation (Diagramme wurden gezeigt) (I3, Z. 106-110, 138f); EB wurde deutlich erklärt (I3, Z. 170)</p>
--	---

K5: Begründung für positive Ergebnisse aus Sicht der Einrichtungen

Subkategorien	Paraphrasen
K5 a Arbeitszufriedenheit	<p>gutes Klima durch überdurchschnittlich gute Arbeitsbedingungen (I1, Z. 75f); Einrichtung stellt Arbeitsschuhe und Arbeitskleidung (I1, Z. 200); Sitzungen und Fortbildungen sind Arbeitszeit (I1, Z. 384f); Alle Veranstaltungen sind Arbeitszeit (I2, Z. 507); die Hälfte der Veranstaltungen ist Arbeitszeit, bei den Leitungen die komplette Zeit (I4, Z. 510ff)</p>
K5 b Quantitative Anforderungen	<p>MA nicht so gestresst wie in anderen Dialysen; Einrichtung achtet auf gute Besetzung und geringe Patientenanzahl (I1, Z. 71ff);</p>
K5 c Führungsqualität	<p>Unterschiedliche Charaktere (I1, Z. 112f); Sturheit der PDL, die sein muss bei der Dienstplangestaltung um es für alle erträglich zu machen (I1, Z. 115f, 278f); Ermunterung durch die Ärzte das sich MA an Fortbildungen beteiligen (I1, Z. 407f); Regelmäßigkeiten in der Führung mit Team-und Arztsitzungen (I1, Z. 381f); Ärzte geben MA weitgehend Rückendeckung (I1, Z. 238); Ärzte mit autoritären FS halten sich raus (I2, Z. 318ff), VL (kooperativen Führungsstil) und Teamleiter + Stellvertreter werden seit 4 J. in Führung geschult (I2, Z. 324-330); Ermunterung an Fortbildungen teilzunehmen (I2, Z. 257f, 407); Neue MA haben eine lange, strikte Einarbeitungsvorgabe (I2, Z. 226-229); Einrichtung beobachtet am Krankenstand und anderen Gesprächen geäußerte Bel. (I2, Z. 5ff); Einrichtung macht sehr viel für seine MA, MA stehen immer im Blickpunkt (I2, Z. 24ff); MA werden als absolut notwendiges Element im Betrieb gesehen (I2, Z. 32f); Einrichtung bemüht sich sehr stark um gute Führung, vllt. daher besser bewertet (I2, Z. 330); Führung versucht Arbeitsleben durch Strukturveränderungen einfacher zu machen (I3, Z. 328f, 430ff); Einrichtung ermöglicht den MA Möglichkeiten der</p>

	Wunschäußerungen und auch der Kritik, im Rahmen eines Verbesserungsprozesses (I3, Z. 416-420), Ziel den MA auch Einflussnahme zu ermöglichen (I3, Z. 433), Firma ermöglicht MA viel und investiert dafür auch Geld um Prozesse im Miteinander zu fördern (I3, Z. 677ff).
K5 d Soziale Beziehungen	MA haben Zeit sich auszutauschen, sie müssen es aber selber für wichtig halten (Einstellungssache) (I1, Z. 142f); Teamarbeit ist gefragt, besonders durch Gruppenpflege und offene Struktur (I1, Z. 312-318); MA besprechen sich miteinander (I4, Z. 234)
K5 e Gemeinschaftsgefühl	Jährliche Weihnachtsfeier, manchmal Grillfest im Sommer oder eine Fahrradtour (I1, Z. 138f); MA treffen sich privat (I1 Z. 74); MA sind untereinander sehr verbunden und kennen sich gut (I4, Z. 233, 236); MA machen was privat oder auch nicht (I3, Z. 251); MA-Umstrukturierung durch Ausscheiden von Personal (Rente) und Personaleinstellungen, Teamcharakter ist verändert und Durchschnittsalter gesunken. Es bilden sich neue Sympathiestrukturen (I3, Z. 252-264); Hohe Bereitschaft der MA einzuspringen bei Ausfällen (I3, Z. 272-276)
K5 f Soziale Unterstützung	Arbeit ist extrem anstrengend und daher haben MA viel Unterstützung durch gute Organisation (I1, Z. 71); ausgeprägte, gegenseitige Hilfe der MA (I1, Z. 73f); gegenseitige Hilfe bei der Patientenlagerung (auch vom Fahrdienst) (I1, Z. 201ff); Kollegen helfen sich bei Projektarbeiten (I2, Z. 257); ältere MA könnten ausschlaggebend sein, denn sie haben eine große Bindung mit den Gesellschaftern (I4, Z. 198f, 208f)
K5 g Mobbing	Bei Ansätzen von Mobbing ist Einrichtung sofort tätig geworden (I1, Z. 150)
K5 h Allg. Gesundheitszustand	MA haben Schuhe fürs aktive gehen bekommen gegen Rückenschmerzen (I1, Z. 195f);
K5 i Burnout	MA mit Problemen haben Möglichkeit zu Wechseln in Arbeit mit Rückzugsmöglichkeiten um Konfrontation mit Akutsituation zu verringern (I1, Z. 208ff, 214)
K5 j Lebenszufriedenheit	MA lebenslustig, feiern u.a. Karneval (I1, Z. 220)
K5 k Bel. d. körperl./verb.Aggr.	MA erhalten Rückendeckung von der Führung (I1, Z. 237f); Pat. werden auf andere Standorte verlagert bei Problemen (I1, Z. 238ff)
K5 l Patientenferne Tätigkeiten	Machen die MA eher weniger (I1, Z. 241)
K5 m Entwicklungsmöglichkeiten	Weiterqualifikation engagierter MA z.B. auf Geräte oder Schulungen (I1, Z. 252f); Förderung der MA durch interne/externe Fortbildungen (I1, Z. 256f, 406); Schulungen; Fachkräfte Ausbildung in der Dialyse, Arzthelferin in der Dialyse, es werden auch Facharbeiten geschrieben (I1, Z. 260ff); lernen über MentorInnen im Betrieb (I1, Z. 367); das ist das Bestreben der Jahre, Fortbildungen und Hocharbeiten können (I2, Z. 69ff); gute Strukturierung (z.B. Einarbeitungsvorgabe(Z. 226)) (I2, Z. 244ff); interne und externe Fortbildungen (I2, Z. 252);
K5 n Feedback	Regelmäßige Teamsitzungen (I1, Z. 382); wir haben

	MA-Besprechungen, also MA-Jahresgespräche (I2, Z. 81f); Maßnahmenkatalog wie Teamleiter bei Fehlern reagieren (I2, Z. 83ff); es gibt kritisches und positives Feedback (I2, Z. 86f); regelmäßige Teamsitzungen alle 8 Wochen (I3, Z. 565), jährliche Mitarbeitergespräche (I3, Z. 574f)
K5 o Unsicherheit des AP	große Stabilität und wenig Fluktuation bei den MA (I1, Z. 151)
K5 p Rollenklarheit	Ist gegeben (I1, Z. 107)
K5 q Rollenkonflikte	Geringer als wo anders (I1, Z. 107f)
K5 r Angst vor blutübertragbaren Krankheiten	Extrem wenig MRSA Patienten, extra Behandlungsräume für Infektionsschutz von MA und Pat. (I1, Z. 389-394); Kompetente Hygienebeauftragte die das Personal schult (I2, Z. 440ff)
K5 s Verbundenheit mit dem AP	MA verbleiben aufgrund der Gesamtfirmenstruktur überdurchschnittlich lange im Unternehmen (I3, Z. 238ff, 245), Attraktive Firma in der man auch unter schwieriger werdenden Bedingungen gerne Arbeit, das schafft Verbundenheit (I3, Z. 247ff)
K5 t Vorhersehbarkeit der Arbeit	Dienstplanung für MA möglichst transparent im längeren Vorfeld, damit die MA wissen wo sie am nächsten Dienst zu arbeiten haben (I3, Z. 264-272); Arbeitsablauf wiederholt sich Tag für Tag, chronisch kranke Patienten, das Patientengut verändert sich sehr langsam (I3, Z. 395-398)
K5 u ↓ Gedanken an Berufsaufgabe	Gute Gesamtsituation in der Firma, die besser ist als wo anders (I3, Z. 285f)

K6: Begründung für kritische Ergebnisse aus Sicht der Einrichtungen

Subkategorien	Paraphrasen
K6 a Arbeitszufriedenheit	Oft schwierig in solchen Strukturen sich hochzuarbeiten, gerade auch wenn Leitungspositionen bereits besetzt sind (I1, Z. 250f); MA werden ermuntert von der Einrichtung den Mund aufzumachen (I1, Z. 228); Einrichtung geht auf jede Kritik ein, vllt. ist das nicht immer gut und die MA sind deshalb weniger zufrieden (I1, Z. 230f); durch geringe Fluktuation ist es schwierig an eine Leitungsposition zu kommen, was junge und neue MA gerne möchten (I4, Z. 263f)
K6 b Vorhersehbarkeit d. Arbeit	Veränderung des Dienstplanes (I1, Z. 104ff)
K6 c Feedback	MA möchten mehr gelobt werden (I1, Z. 122,277); Das ist sehr global (I1, Z. 123); einen nicht wertschätzenden MA (I1, Z. 128); Unterschiedlicher Umgang mit dem Personal von verschiedenen Ärzten (I1, Z. 279f)
K6 d Unsicherheit des AP	Anzahl der Patienten seit zwei Jahren nicht gewachsen, lehrstehende Dialyseplätze (I1, Z. 157ff), Aber keine Verunsicherung von Leitungspositionen (I1, Z. 188f), Kosten sind gestiegen und Vergütung soll gesenkt werden (I1, Z. 289f); Gehaltskürzung in Diskussion (I1, Z. 281f)

K6 e Burnout	Ältere MA zu integrieren ist schwierig (I1, Z. 207); Bei den psychischen Sachen ist es aber auch nicht immer die Arbeitsstelle, das sind ja auch persönliche Sachen. Das ist ja multifaktoriell (I4, Z. 602ff); Modekrankheit (I3, Z. 369), wenig repräsentativer Aspekt wegen geringer Teilnehmerzahl (I3, Z. 374-377)
K6 f Kognitiver Stress	MA müssen in Bereitschaft sein und sich auf verschiedene Geräte und Ärzte einstellen (I1, Z. 216ff)
K6 g Lebenszufriedenheit	regionaltypisch (I1, Z. 229), Einzelmeinungen (I3, Z. 386)
K6 h Bel. d. körperl./verb.Aggr.	Pat. beschimpfen MA oder verweigern Punktierung (I1, Z. 236f); psychische Belastung wegen dem aggressiven Verhalten von den Patienten (I2, Z. 376)
K6 j Mobbing	vllt. ein oder zwei unzufriedene Leute ausschlaggebend die zur Brust genommen worden sind (I2, Z. 74ff, 154f); vllt. auf kollegiales Jahresgespräch mit MA und Ärzten zurückzuführen, wo Fachfragen an MA gestellt werden (das kommt nicht bei allen MA gut an) (I2, Z. 156-161); Thema Mobbing geht durch die Medien (I2, Z. 169); Virulentes Thema zum Befragungszeitpunkt, da Fälle von emot. Erschöpf. und Burnout vorkamen (I2, Z. 237ff); das hat sich aufgeklärt, das lag daran, dass die ungeschulten, unsicheren Leitungen nicht fähig waren Konflikte zwischen einzelnen MA im Keim zu ersticken und dadurch fühlten sich die MA gemobbt, da die Leitung nicht geholfen hat (I4, Z. 283-289); es wird viel zu schnell von Mobbing gesprochen, wo es noch kein Mobbing ist (I3, Z. 361f); Leute sind unterschiedlich anfällig (I3, Z. 366), Modewort (I3, Z. 368); wenig repräsentativer Aspekt wegen geringer Teilnehmerzahl (I3, Z. 374-377)
K6 k Work-privacy-Conflikt	Belastung durch Wechseldienste (2 Tagschichten(Z. 50)) und Nachtschicht (→ 6 Tage von 21-6h(Z. 47f)) (I2, Z. 44ff, 171), Wenig Wechselpersonal bei Krankheit und sonstigen Dingen, da müssen berufliche Sachen vorgenommen werden (I2, Z. 172-179)
K6 l Patientenferne Tätigkeiten	Es werden administrative Tätigkeiten wie Rezeptvergabe und Terminvergabe von den MA durchgeführt (I2, Z. 214ff)
K6 m Entscheidungsspielraum	Geringer Freiheitsgrad der MA (können z. B. nicht zwischendurch einkaufen gehen) (I2, Z. 207ff);
K6 n Angst vor blutübertragbaren Krankheiten	Bei z.B. Noro-Viren, ESBL usw. muss man sich anders aufführen (I2, Z. 439f),
K6 o ▲ Quantitative Anforderung	Einrichtung bildet selbst aus (I2, Z. 469); Anforderungsspektrum an MA ausgefächerter als in anderen D. (durch z.B. patientenferne T., Ernährungs- u. Sozialberatung) (I2, Z. 218ff); früher Insel der Glückseligkeit (Z. 13f), heute gestiegene Kosten und mehr Patienten (I3, Z. 302-309), Patientenschlüssel wurde 2003,2004 erhöht (I3, Z. 310-313)
K6 p Führungsqualität	
K6 q emotionale Anforderungen	Bel. werden mit zunehmenden Alter höher (I2, Z. 67f),
K6 r Verbundenheit mit dem AP	MA rotieren zwischen mehreren Standorten (u.a. aus wirtschaftlichen und organisatorischen Gründen

	(Z.89,270))(I1, Z. 89f; 264) und müssen sich immer wieder umstellen (I1, Z. 93);
K6 s Einfluss bei der Arbeit/Rollenklarheit	Durch Umstrukturierung und gesetzlich korrektes Arbeiten, dürfen die Pflegekräfte und Arzthelferinnen nicht mehr so viele Sachen bei der Arbeit machen wie vorher (I4, Z. 186-193); Patienten stehen im Mittelpunkt, deshalb hält sich Einflussnahme durch MA in Grenzen (I3, Z. 411-414)
K6 t Rollenkonflikte	Durch Veränderung des Altersschnitts (I3, Z. 336), aufgrund von hinzugewonnen neuer hochqualifizierter Berufsgruppen, sind Konfliktpotenziale entstanden (I3, Z. 341-347); Generationenkonflikt, wenn alt auf jung prallt (I3, Z. 348)

K7: Subjektive Begründungen für positive Ergebnisse in der Dialyse allgemein

Subkategorien	Paraphrasen
K7 a soziale Beziehungen (AP)	Teamarbeit gefragt, man lernt voneinander und hilft sich (I1, Z. 312, 317); Arbeit zwingt zu Teamarbeit (Gruppenpflege/offene Struktur) (I1, Z. 314f; I2, Z. 282ff); Abhängig davon welches Klima die Leitung verbreitet und wie sie die MA fordert (I1, Z. 319f); notwendige Teamarbeit führt dazu vernünftig miteinander zu arbeiten und sich zu verstehen (I2, Z. 288ff); Patienten-MA Verhältnis ist aufgrund der chronischen Erkr. und der jahrelangen Betreuung meist sehr eng (I4, Z. 225-229)
K7 b ▼ Unsicherheit des AP	D. hat guten Ruf, man verdient viel Geld, D. werden gebraucht (Alterspyramide, es kommt immer Nachschub), man sucht sich diese Krankheiten ja nicht aus (I2, Z. 274-281); sehr geringe Fluktuation in der Dialyse bundesweit (I4, Z. 237f), wo kranke Menschen sind, ist der AP eigentlich immer gesichert (I4, Z. 241f); Standards in den Dialysen, die Arbeit wird überall gleich gemacht (I4, Z. 244f)

K8: Subjektive Begründungen für kritische Ergebnisse in der Dialyse allgemein

Subkategorien	Paraphrasen
K8 a Einfluss bei der Arbeit	Auf Arbeitsvorgang, Tätigkeitsstruktur und Dienstplan wenig Einflussmöglichkeiten (I2, Z. 296-299); Dialyse relativ starres Geschäft (I2, Z. 300), die Arbeit ist in allen D.-Einrichtung fast die Gleiche, man kann nichts ändern (I4, Z. 251-256); Gewisse Rahmenbedingungen müssen eingehalten werden (I3, Z. 410ff)
K8 b ▼ Entwicklungsmöglichk.	Weiterentwicklung ist schwer, ist man eine D.-fachschwester ist man das. Da geht es nicht weiter (I4, Z. 260ff)
K8 c Führungsqualität	Häufig Männer und Ärzte in Führungspositionen ohne

	Struktur dazwischen (I2, Z. 309f, 311f); Ärzte machen nicht unbedingt Führungsseminare (I2, Z. 314f); Häufig autoritärer Führungsstil (I2, Z. 316), Hierarchie: erst Ärzte, dann Leitung, dann MA (I4, Z. 258f); Immer Männer in Führungspositionen (Krankenpfleger wurden gleich Leitung), ohne jegliche Führungskurse (I4, Z. 271ff)
K8 d Mobbing	Wenn man jemanden nicht mag oder haben will hat man ja viele Möglichkeiten den auflaufen zu lassen (I1, Z. 330f)

K9: Maßnahmen 1

Subkategorien	Paraphrasen
K9 a Maßnahme	Organisatorische Maßnahme
K9 b angegangener Aspekt	Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz (I1, Z. 338)
K9 c Grund/Ziele für diesen Aspekt	MA sollen sich an jedem Standort auskennen und kein Problem damit haben überall zu arbeiten (I1, Z. 343ff)
K9 d Maßnahmenumsetzung	Dienstplan umgestalten, das die Schicht immer von MA begleitet wird, die sich in der jeweiligen Dialyse auskennen (I1, Z. 343f), Einrichtung versucht MA möglich auch konstant einzusetzen (I1, Z. 96f)
K9 e Ermittlung d. M. (wie)	Es wurde überlegt was man ändern kann (I1, Z. 337)
K9 f Ermittlung der M. (wer)	Weiß ich nicht mehr (I1, Z. 439)
K9 g Entscheidung d. M.-durchsetzung (wer)	Ärztliches Gremium zusammen mit dem Team (I1, Z. 422f)
K9 h Betriebsbereich	Alle Standorte und alle MA wurden einbezogen (I1, Z. 452ff)
K9 i Vorgehensweise	PDL bemüht sich den Dienstplan anders zu gestalten (I1, Z. 347ff)
K9 j förderliche Aspekte (generell)	Fr. Böhmert (BGW), die die Ergebnisse zu Zahlen aufbereitet hat, die präsentierfertig waren (I1, Z. 458ff)
K9 k hinderliche Aspekte (generell)	Fällt mir jetzt nicht ein (I1, Z. 461)
K9 l Umsetzungszeitpunkt	
K9 m Erfahrung	<u>Positiv:</u> MA sehen, das die Einrichtung es Ernst nimmt was sie sagen (I1, Z. 523f) <u>Negativ:</u>

K10: Maßnahmen 2

Subkategorien	Paraphrasen
K10 a Maßnahme	Fortbildung (I1, Z. 353)
K10 b angegangener Aspekt	Emotionale Bewältigung von Krisensituationen bei Patienten: wie geht man damit und mit den eigenen psychischen Problemen und Bedürfnissen um? (I1, Z. 355ff)
K10 c Grund/Ziele für diesen Aspekt	Von MA Hilfestellung gewünscht zum Thema: Leiden, Schmerzen, Tod (I1, Z. 436f); Nach Meinung der MA

	gab es Defizite im psychologischen Umgang (I1, Z. 434f); MA sollten Bestärkt werden, das sie ihre Arbeit richtig machen und sollten über emotionale Krisen sprechen können (I1, Z. 446f); MA sollen lernen die Krisen der Patienten (z.B. Depressionen und Leid) aufzufangen und richtig damit umzugehen und zu intervenieren (I1, Z. 448-451)
K10 d Maßnahmenumsetzung	Niedergelassenen Psychologen engagiert (I1, Z. 354); Drei Sitzungen (I1, Z. 344f); Thema Tod und Sterben ausführlich behandelt (I1, Z. 361ff)
K10 e Ermittlung d. M. (wie)	Im Rahmen der Fortbildung geguckt was getan werden kann (I1, Z. 353); Besprechung ärztliches Gremium und Team (I1, Z. 422); Psychologe kam über PDL zur Einrichtung (I1, Z. 425f); Einrichtung wollte einen Externen, in Diskussion war Coaching für Führungskräfte (I1, Z. 441f);
K10 f Ermittlung der M. (wer)	Weiß ich nicht mehr (I1, Z. 439);
K10 g Entscheidung d. M.-durchsetzung (wer)	Ärztliches Gremium zusammen mit dem Team (I1, Z. 422f);
K10 h Betriebsbereich	Alle Standorte und alle MA wurden einbezogen (I1, Z. 452ff);
K10 i Vorgehensweise	Besprechung im Team, dann kommen Vorschläge, man trifft Entscheidungen und fragt an ob es geht. Vorab Besprechung mit dem Psychologen und der PDL (was wird thematisiert, wie setzt man es um); dann Umsetzung (I1, Z. 492-496)
K10 j förderliche Aspekte	Vorab Gespräch mit dem Psychologen (I1, Z. 498ff)
K10 k hinderliche Aspekte	
K10 l Umsetzungszeitpunkt	Bis zum Sommer 2012 (I1, Z. 502);
K10 m Erfahrungen	<u>Positiv:</u> Psychologe war eine gute Lösung für diese Aspekte (I1, Z. 443f); MA sehen, das die Einrichtung es Ernst nimmt was sie sagen (I1, Z. 523f) <u>Negativ:</u> Viele haben gesagt sie können mit dem Psychologen nichts anfangen (I1, Z. 524f); MA kamen mit manchen Inhalten des Psychologen nicht zurecht (Familienaufstellung nach Hellinger) (I1, Z. 357-361)

K11: Maßnahmen 3

Subkategorien	Paraphrasen
K11 a Maßnahme	Fortbildung (I1, Z. 372)
K11 b angegangener Aspekt	Bauchfelldialyse (I1, Z. 369)
K11 c Grund/Ziele für diesen Aspekt	Personal vorbereiten, schulen und informieren (I1, Z. 373); Manche Kollegen haben Bauchfelldialyse nicht in ihrer Ausbildung kennengelernt (I1, Z. 369f), aktiver Bauchfelldialyse betreiben (I1, Z. 378)
K11 d Maßnahmenumsetzung	
K11 e Ermittlung d. M. (wie)	
K11 f Ermittlung der M. (wer)	Weiß ich nicht mehr (I1, Z. 439)
K11 g Entscheidung d. M.-	Ärztliches Gremium zusammen mit dem Team (I1, Z.

durchsetzung (wer)	422f);
K11 h Betriebsbereich	Alle Standorte und alle MA wurden einbezogen (I1, Z. 452ff);
K11 i Vorgehensweise	Besprechung im Team, dann kommen Vorschläge, man trifft Entscheidungen und fragt an ob es geht. (I1, Z. 492-496)
K11 j förderliche Aspekte	Fr. Böhmer (BGW), die die Ergebnisse zu Zahlen aufbereitet hat, die präsentierfertig waren (I1, Z. 458ff)
K11 k hinderliche Aspekte	
K11 l Umsetzungszeitpunkt	
K11 m Erfahrungen	<u>Positiv:</u> MA sehen, das die Einrichtung es Ernst nimmt was sie sagen (I1, Z. 523f) <u>Negativ:</u>

K12: Maßnahmen 4

Subkategorien	Paraphrasen
K12 a Maßnahme	Seminar (I2, Z. 18; 336) für 2 Gruppen (über 40 J. und unter 40 J.) (I2, Z. 345)
K12 b angegangener Aspekt	Stress (I2, Z. 18) mit Beachtung der Altersstruktur (I2, Z. 341)
K12 c Grund/Ziele für diesen Aspekt	Hilfestellung im Umgang mit stressigen Situationen (I2, Z. 351f), MA vielleicht gerade wegen der Altersstruktur besonders beansprucht (I2, Z. 342); was eine unter 40 jährige stresst (ob Familie oder Arbeit) ist anders als was eine über 50 jährige als Stress empfindet (I2, Z. 346ff)
K12 d Maßnahmenumsetzung	
K12 e Ermittlung d. M. (wie)	In Dienstbesprechung nach Vorschlägen gefragt (I2, Z. 337f, 364), Altersstruktur beachtet (viele über 40 oder 50 J.) (I2, Z. 342)
K12 f Ermittlung der M. (wer)	Vorschlag aus dem Team (I2, Z. 338, 362f) oder Teamleitern (I2, Z. 488)
K12 g Entscheidung d. M.-durchsetzung (wer)	VL sagt dann bescheid das sie entschieden hat (I2, Z. 339, 491f); Ärzte stimmen zu (I2, Z. 121)
K12 h Betriebsbereich	Schulungen standen allen MA offen, incl. Hilfskräfte (I2, Z.414, 417f)
K12 i Vorgehensweise	
K12 j förderliche Aspekte	Wir haben das einfach umgesetzt (I2, Z. 356); MA durften alle ihre Ideen mit einbringen (I2, Z. 409ff)
K12 k hinderliche Aspekte	
K12 l Umsetzungszeitpunkt	im Februar 2012 (I2, Z. 336)
K12 m Erfahrungen	<u>Positiv:</u> Das war total positiv, hat sich als gut bewährt, MA waren sehr davon angetan (I2, Z. 346, 349f, 357); MA haben Hilfestellungen und Tipps bekommen (I2, Z. 358), Nach dem Seminar schwirrten witzige Sachen rum aus dem Seminar, das war wie eine Gemeinsamkeit (I2, Z. 359); kurzfristige Erfolge, die sich in der Atmosphäre darstellen (I2, Z. 509)

	<u>Negativ:</u>
--	------------------------

K13: Maßnahmen 5

Subkategorien	Paraphrasen
K13 a Maßnahme	Persönliche (technische?) Maßnahme (I2, Z. 366)
K13 b angegangener Aspekt	Körperliche Belastungssituation (I2, Z. 363)
K13 c Grund/Ziele für diesen Aspekt	Damit die körperliche Belastung der MA geringer gehalten werden kann indem die Patienten besser transportiert werden können (I2, Z. 366f)
K13 d Maßnahmenumsetzung	Matten unter die Betten legen, damit die Pat. besser transportiert werden können (I2, Z. 366f)
K13 e Ermittlung d. M. (wie)	In Dienstbesprechung nach Vorschlägen gefragt (I2, Z. 337f, 364); mit den MA überlegt mit welchen Hilfsmitteln man die körperl. Bel. geringer halten kann (I2, Z. 364); Vorgang nachgespielt, wie ein Pat. transportiert wird, mit Überlegung was man gegen die Belastung tun kann (I2, Z. 367f)
K13 f Ermittlung der M. (wer)	
K13 g Entscheidung d. M.-durchsetzung (wer)	VL sagt dann bescheid das sie entschieden hat (I2, Z. 339, 491f); Ärzte stimmen zu (I2, Z. 121)
K13 h Betriebsbereich	Schulungen standen allen MA offen (I2, Z.414)
K13 i Vorgehensweise	
K13 j förderliche Aspekte	MA durften alle ihre Ideen mit einbringen (I2, Z. 409ff)
K13 k hinderliche Aspekte	
K13 l Umsetzungszeitpunkt	
K13 m Erfahrungen	<u>Positiv:</u> <u>Negativ:</u>

K14: Maßnahmen 6

Subkategorien	Paraphrasen
K14 a Maßnahme	Workshop (I2, Z. 377)
K14 b angegangener Aspekt	Psychische Bel. wegen aggressiven Verhalten von dementen Pat. (I2, Z. 376);
K14 c Grund /Ziele für diesen Aspekt	Tipps und Hilfestellungen wie geht das Pflegepersonal mit den demenzerkrankten Patienten um (I2, Z. 382f); Dialyse-Pat. werden immer älter, mit zunehmenden Alter auch mehr demenzerkrankte Pat. (I2, Z. 384-387); Demenzerkrankung absolute Herausforderung für MA im D.-Alltag (I2, Z. 387f)
K14 d Maßnahmenumsetzung	4 Sitzungen mit ausgewählter Gruppe (I2, Z. 378f); mit Experten für Schwererkrankte und Demenzerkrankte (I2, Z. 379f); Interne Regelung für Umgang mit demenzerkr. Pat. (I2, Z. 381)
K14 e Ermittlung d. M. (wie)	
K14 f Ermittlung der M. (wer)	
K14 g Entscheidung d. M.-durchsetzung (wer)	VL sagt dann bescheid das sie entschieden hat (I2, Z. 339, 491f); Ärzte stimmen zu (I2, Z. 121)
K14 h Betriebsbereich	Schulungen standen allen MA offen (I2, Z.414);

	ausgewählte Gruppe (I2, Z. 378f)
K14 i Vorgehensweise	
K14 j förderliche Aspekte	MA durften alle ihre Ideen mit einbringen (I2, Z. 409ff)
K14 k hinderliche Aspekte	
K14 l Umsetzungszeitpunkt	VOR der Befragung 2011, nachher dem EB zugeordnet (I2, Z. 401ff)
K14 m Erfahrungen	<u>Positiv:</u> Das Seminar umzusetzen, da gab es keine Probleme (I2, Z. 406); Die MA fanden das richtig toll, keiner war dagegen (I2, Z. 407f); Wirkung: kleine Dinge wie das Pat. Fotos mitbringen von zuhause, Rotation der MA für Betreuung der demenzerkr. Pat. um Belastung zu verteilen (I2, Z. 393-398) <u>Negativ:</u>

K15: Maßnahmen 7

Subkategorien	Paraphrasen
K14 a Maßnahme	Umgestaltung der Vergütung
K14 b angegangener Aspekt	Leistungsbezogene Gehaltseinstufung (I4, Z. 350f)
K14 c Grund /Ziele für diesen Aspekt	Verschiedene Vergütungssysteme für Arzthelferinnen und Krankenschwester (I4, Z. 346f), es sollte ein nachvollziehbares Vergütungssystem entstehen (I4, Z. 348-351); MA sollen sich wieder wertgeschätzt fühlen (I4, Z. 415, 418f); MA sollen das Gefühl erhalten, das ihre Wünsche auch berücksichtigt werden (I4, Z. 419f); Unternehmen soll unternehmensfähig bleiben und Arbeitsplatzsicherheit gewähren. Dazu brauchen wir unsere MA und dafür müssen wir natürlich auch einiges tun. Das Ziel ist, dass wir glückliche Mitarbeiter haben möchten (I4, Z. 422-426)
K14 d Maßnahmenumsetzung	Vergütungssystem eingeführt (I4, Z. 352f)
K14 e Ermittlung d. M. (wie)	C1 Wünsche und Verbesserungsvorschläge zur psychosozialen Arbeitssituation in eine Exceltabelle übertragen (nicht Zentrumsspezifisch sondern für alle) und haben daraus die Verbesserungen abgeleitet (I4, Z. 341-346)
K14 f Ermittlung der M. (wer)	Steuerkreis ohne Sicherheitsbeauftragte, die kamen nach der Ermittlung dazu woraufhin noch Dinge geändert wurden (I4, Z. 378ff, 389-393)
K14 g Entscheidung d. M.-durchsetzung (wer)	Bei VL läuft alles zusammen (I4, Z. 521)
K14 h Betriebsbereich	
K14 i Vorgehensweise	Maßnahmenkatalog im Steuerkreis (erst ohne, später mit Sicherheitsbeauftragte) entwickelt und Frage gestellt: was möchten wir?, wo möchten wir hin?; Was haben wir für ein Ziel?; Ziel zuerst gesetzt mit Frist von 5 Jahren (I4, Z. 301-305); C1 Wünsche und Verbesserungsvorschläge zur psychosozialen Arbeitssituation in eine Exceltabelle übertragen (nicht Zentrumsspezifisch sondern für alle) und haben daraus die Verbesserungen abgeleitet (I4, Z. 341-346);

	<p>Kritikpunkte und pos. Ergebnisse wurden sukzessive, zentrumsspezifisch durchgesprochen (I4, Z. 380-386), Im zweiten Schritt kommen die MA-Vertretungen zu den Besprechungen hinzu (I4, Z. 404f); Ich spreche auch mit den Referenten. Ich gebe aber auch Sachen an die Sicherheitsbeauftragten in den einzelnen Zentren. Wenn wir z.B. Mitarbeiterveranstaltungen machen, dann ist das meistens von hier aus gelaufen. Seit dem wir das eingeführt haben ist es so, dass die Zentren jetzt selber dafür zuständig sind das zu organisieren. Die Verträge werden immer noch von hier (Verwaltung) geschlossen, aber die Organisation vor Ort läuft dann über die Sicherheitsbeauftragten, die wir ins Projekt etabliert haben (I4, Z. 521-528)</p>
K14 j förderliche Aspekte	<p>Das wir den Sicherheitsbeauftragten mit ins Boot geholt haben, die das Thema in die einzelnen Zentren weiter geleitet haben (I4, Z. 328ff). Zudem erklärten die MA (Sicherheitsbeauftragte) das manche Aspekte kleinlicher gesehen werden als es die MA meinen, das bringt eine andere Sichtweise (I4, Z. 396-401); Ergebnisse der Befragung (I4, Z. 506);</p>
K14 k hinderliche Aspekte	<p>Die Gesellschafter haben etwas gebremst, das war ihnen zu viel Unruhe im Unternehmen. Zudem haben sie nicht verstanden warum die MA auf einmal so wichtig sein sollen. Deshalb dauert das auch alles so lange (I4, Z. 331-337, 626ff); Die MA, die sich über Mehraufwand beschwert haben (I4, Z. 506f); MA wollten es in erster Linie haben, aber möchten dafür nichts investieren. Das ist eine Sache die funktioniert nicht (I4, Z. 513f)</p>
K14 l Umsetzungszeitpunkt	<p>Letzten Februar haben wir gestartet die Maßnahmen umzusetzen. Das genaue Datum weiß ich gerade nicht. Die Befragung war allerdings der Startschuss (I4, Z. 517ff)</p>
K14 m Erfahrungen	<p><u>Positiv:</u> <u>Negativ:</u> Krankheitszahlen aufgrund von psychischen Belastungen und Rückenschmerzen im Vergleich vom letzten und diesem Jahr um 13% gestiegen. Das ist für mich ein Warnsignal, das wir da auf jeden Fall schnellsten was machen müssen. Wir tun natürlich schon viel, aber die Krankheitsfälle werden immer mehr (I4, Z. 568-573).</p>

K16: Maßnahmen 8

Subkategorien	Paraphrasen
K14 a Maßnahme	Mitarbeitervertretung (I4, Z. 367)
K14 b angegangener Aspekt	Kommunikation zwischen Ärzten und MA (I4, Z. 355)
K14 c Grund /Ziele für diesen	Betriebsrat stand im Raum, der wurde aber von den MA

Aspekt	abgelehnt (zuviel Arbeit) (I4, Z. 364ff); MA sollen sich wieder wertgeschätzt fühlen (I4, Z. 415, 418f); MA sollen das Gefühl erhalten, das ihre Wünsche auch berücksichtigt werden (I4, Z. 419f); Unternehmen soll unternehmensfähig bleiben und Arbeitsplatzsicherheit gewähren. Dazu brauchen wir unsere MA und dafür müssen wir natürlich auch einiges tun. Das Ziel ist, dass wir glückliche Mitarbeiter haben möchten (I4, Z. 422-426)
K14 d Maßnahmenumsetzung	Aus jedem Zentrum kommt eine Krankenschwester und eine Arzthelferin als MA-Vertretung zwei bis dreimal im Jahr mit an den grünen Tisch und dann wird das Projekt weiterentwickelt (I4, Z. 367-370)
K14 e Ermittlung d. M. (wie)	C1 Wünsche und Verbesserungsvorschläge zur psychosozialen Arbeitssituation in eine Exceltabelle übertragen (nicht Zentrumsspezifisch sondern für alle) und haben daraus die Verbesserungen abgeleitet (I4, Z. 341-346)
K14 f Ermittlung der M. (wer)	Steuerkreis ohne Sicherheitsbeauftragte, die kamen nach der Ermittlung dazu woraufhin noch Dinge geändert wurden (I4, Z. 378ff, 389-393)
K14 g Entscheidung d. M.-durchsetzung (wer)	
K14 h Betriebsbereich	
K14 i Vorgehensweise	Maßnahmenkatalog im Steuerkreis (erst ohne, später mit Sicherheitsbeauftragte) entwickelt und Frage gestellt: was möchten wir?, wo möchten wir hin?; Was haben wir für ein Ziel?; Ziel zuerst gesetzt mit Frist von 5 Jahren (I4, Z. 301-305); C1 Wünsche und Verbesserungsvorschläge zur psychosozialen Arbeitssituation in eine Exceltabelle übertragen (nicht Zentrumsspezifisch sondern für alle) und haben daraus die Verbesserungen abgeleitet (I4, Z. 341-346); Kritikpunkte und pos. Ergebnisse wurden sukzessive, zentrumsspezifisch durchgesprochen (I4, Z. 380-386), Im zweiten Schritt kommen die MA-Vertretungen zu den Besprechungen hinzu (I4, Z. 404f)
K14 j förderliche Aspekte	Das wir den Sicherheitsbeauftragten mit ins Boot geholt haben, die das Thema in die einzelnen Zentren weiter geleitet haben (I4, Z. 328ff). Zudem erklärten die MA (Sicherheitsbeauftragte) das manche Aspekte kleinlicher gesehen werden als es die MA meinen, das bringt eine andere Sichtweise (I4, Z. 396-401); Ergebnisse der Befragung (I4, Z. 506);
K14 k hinderliche Aspekte	Die Gesellschafter haben etwas gebremst, das war ihnen zu viel Unruhe im Unternehmen. Zudem haben sie nicht verstanden warum die MA auf einmal so wichtig sein sollen. Deshalb dauert das auch alles so lange (I4, Z. 331-337, 626ff); Die MA, die sich über Mehraufwand beschwert haben (I4, Z. 506f)
K14 l Umsetzungszeitpunkt	Letzten Februar haben wir gestartet die Maßnahmen umzusetzen. Das genaue Datum weiß ich gerade nicht. Die Befragung war allerdings der Startschuss (I4, Z. 517ff)

K14 m Erfahrungen	<p><u>Positiv:</u> Aspekte waren Hilfestellung für den weiteren Verlauf des ganzen Großprojektes (I4, Z. 370f); MA geben Feedback, dass Führung sehr viel macht für die MA-Zufriedenheit (I4, Z. 421f)</p> <p><u>Negativ:</u> Krankheitszahlen aufgrund von psychischen Belastungen und Rückenschmerzen im Vergleich vom letzten und diesem Jahr um 13% gestiegen. Das ist für mich ein Warnsignal, das wir da auf jeden Fall schnellsten was machen müssen. Wir tun natürlich schon viel, aber die Krankheitsfälle werden immer mehr (I4, Z. 568-573).</p>
-------------------	---

K17: Maßnahmen 9

Subkategorien	Paraphrasen
K14 a Maßnahme	Seminar (I4, Z. 133)
K14 b angegangener Aspekt	Mobbing (Mobbingseminar) (I4, Z. 133)
K14 c Grund /Ziele für diesen Aspekt	
K14 d Maßnahmenumsetzung	Mobbingseminar bei der BGW (I4, Z. 133f);
K14 e Ermittlung d. M. (wie)	C1 Wünsche und Verbesserungsvorschläge zur psychosozialen Arbeitssituation in eine Exceltabelle übertragen (nicht Zentrumsspezifisch sondern für alle) und haben daraus die Verbesserungen abgeleitet (I4, Z. 341-346)
K14 f Ermittlung der M. (wer)	Steuerkreis ohne Sicherheitsbeauftragte, die kamen nach der Ermittlung dazu woraufhin noch Dinge geändert wurden (I4, Z. 378ff, 389-393)
K14 g Entscheidung d. M.-durchsetzung (wer)	
K14 h Betriebsbereich	
K14 i Vorgehensweise	Maßnahmenkatalog im Steuerkreis (erst ohne, später mit Sicherheitsbeauftragte) entwickelt und Frage gestellt: was möchten wir?, wo möchten wir hin?; Was haben wir für ein Ziel?; Ziel zuerst gesetzt mit Frist von 5 Jahren (I4, Z. 301-305); C1 Wünsche und Verbesserungsvorschläge zur psychosozialen Arbeitssituation in eine Exceltabelle übertragen (nicht Zentrumsspezifisch sondern für alle) und haben daraus die Verbesserungen abgeleitet (I4, Z. 341-346); Kritikpunkte und pos. Ergebnisse wurden sukzessive, zentrumsspezifisch durchgesprochen (I4, Z. 380-386), Im zweiten Schritt kommen die MA-Vertretungen zu den Besprechungen hinzu (I4, Z. 404f);
K14 j förderliche Aspekte	Das wir den Sicherheitsbeauftragten mit ins Boot geholt haben, die das Thema in die einzelnen Zentren weiter geleitet haben (I4, Z. 328ff). Zudem erklärten die MA (Sicherheitsbeauftragte) das manche Aspekte kleinlicher gesehen werden als es die MA meinen, das bringt eine andere Sichtweise (I4, Z. 396-401);

	Ergebnisse der Befragung (I4, Z. 506);
K14 k hinderliche Aspekte	Die Gesellschafter haben etwas gebremst, das war ihnen zu viel Unruhe im Unternehmen. Zudem haben sie nicht verstanden warum die MA auf einmal so wichtig sein sollen. Deshalb dauert das auch alles so lange (I4, Z. 331-337, 626ff); Die MA, die sich über Mehraufwand beschwert haben (I4, Z. 506f)
K14 l Umsetzungszeitpunkt	Letzten Februar haben wir gestartet die Maßnahmen umzusetzen. Das genaue Datum weiß ich gerade nicht. Die Befragung war allerdings der Startschuss (I4, Z. 517ff)
K14 m Erfahrungen	<u>Positiv:</u> Festgestellt, was die MA als Mobbing empfinden ist gar kein Mobbing (I4, Z. 134f) und erwies sich in 99% der Fälle als haltlos (I4, Z. 139f) <u>Negativ:</u> Krankheitszahlen aufgrund von psychischen Belastungen und Rückenschmerzen im Vergleich vom letzten und diesem Jahr um 13% gestiegen. Das ist für mich ein Warnsignal, das wir da auf jeden Fall schnellsten was machen müssen. Wir tun natürlich schon viel, aber die Krankheitsfälle werden immer mehr (I4, Z. 568-573).

K18: Maßnahmen 10

Subkategorien	Paraphrasen
K14 a Maßnahme	Leitungswechsel (I4, Z. 275), Leitungsseminar (I4, Z. 281)
K14 b angegangener Aspekt	Führungskompetenzen (I4, Z. 276);
K14 c Grund /Ziele für diesen Aspekt	Der Krankenpfleger, der in der Dialyse ist, ist immer die Führung. Das ist das was ich hier auch durchbrechen wollte (I4, Z. 272ff, 277f); Leitung hatte nicht die Führungskompetenzen die gewünscht waren (I4, Z. 275f); Leitungen waren komplett überfordert mit der Umstrukturierung (I4, Z. 582ff); Es war einfach Zeit zu wechseln (I4, Z. 597); MA haben ihre Aggressionen wegen dem Mobbing-Ergebnis an den Ärzten und an den Leitungen ausgelassen (besonders in den Zentren wo die Leitungen ausgetauscht wurden) (I4, Z. 616-619)
K14 d Maßnahmenumsetzung	Leitungen wurden alles ausgebildet zur Stationsleitung in der D. (I4, Z. 281f; 482f, 485, 492f); Führungskompetenzen wurden ausgebaut (I4, Z. 483); Mit extra Konfliktmanagement mit Mitarbeiterführungsseminare und Kommunikationstraining (I4, Z. 486ff); Eine Frau wurde gegen einen Leitungserfahrenen Mann ausgewechselt, in der zweiten Einrichtung entstand eine Doppelspitze aus Mann und Frau (I4, Z. 587f, 595)
K14 e Ermittlung d. M. (wie)	C1 Wünsche und Verbesserungsvorschläge zur psychosozialen Arbeitssituation in eine Exceltabelle übertragen (nicht Zentrumsspezifisch sondern für alle)

	und haben daraus die Verbesserungen abgeleitet (I4, Z. 341-346)
K14 f Ermittlung der M. (wer)	Steuerkreis ohne Sicherheitsbeauftragte, die kamen nach der Ermittlung dazu woraufhin noch Dinge geändert wurden (I4, Z. 378ff, 389-393)
K14 g Entscheidung d. M.-durchsetzung (wer)	
K14 h Betriebsbereich	
K14 i Vorgehensweise	Maßnahmenkatalog im Steuerkreis (erst ohne, später mit Sicherheitsbeauftragte) entwickelt und Frage gestellt: was möchten wir?, wo möchten wir hin?; Was haben wir für ein Ziel?; Ziel zuerst gesetzt mit Frist von 5 Jahren (I4, Z. 301-305); C1 Wünsche und Verbesserungsvorschläge zur psychosozialen Arbeitssituation in eine Exceltabelle übertragen (nicht Zentrumsspezifisch sondern für alle) und haben daraus die Verbesserungen abgeleitet (I4, Z. 341-346); Kritikpunkte und pos. Ergebnisse wurden sukzessive, zentrumsspezifisch durchgesprochen (I4, Z. 380-386), Im zweiten Schritt kommen die MA-Vertretungen zu den Besprechungen hinzu (I4, Z. 404f)
K14 j förderliche Aspekte	Das wir den Sicherheitsbeauftragten mit ins Boot geholt haben, die das Thema in die einzelnen Zentren weiter geleitet haben (I4, Z. 328ff). Zudem erklärten die MA (Sicherheitsbeauftragte) das manche Aspekte kleinlicher gesehen werden als es die MA meinen, das bringt eine andere Sichtweise (I4, Z. 396-401); Ergebnisse der Befragung (I4, Z. 506)
K14 k hinderliche Aspekte	Die Gesellschafter haben etwas gebremst, das war ihnen zu viel Unruhe im Unternehmen. Zudem haben sie nicht verstanden warum die MA auf einmal so wichtig sein sollen. Deshalb dauert das auch alles so lange (I4, Z. 331-337, 626ff); Die MA, die sich über Mehraufwand beschwert haben (I4, Z. 506f)
K14 l Umsetzungszeitpunkt	Das gesamte Jahr (2012) an einem Wochenende im Monat (I4, Z. 484); Leitungswechsel vor einem Jahr (ca. Dez. 2011) (I4, Z. 584f)
K14 m Erfahrungen	<u>Positiv:</u> Es läuft einfach ganz anders seit dem Wechsel (I4, Z. 596); In den betreffenden Zentren ist der Krankenstand zurückgegangen (I4, Z. 597f) <u>Negativ:</u> als negativ empfunden wurde die MA-Beteiligung, das Gefühl entstand, dass es boykottiert wurde in den Zentren (Leitung wurde ausgetauscht) (I4, Z. 578-582); Krankheitszahlen aufgrund von psychischen Belastungen und Rückenschmerzen im Vergleich vom letzten und diesem Jahr um 13% gestiegen. Das ist für mich ein Warnsignal, das wir da auf jeden Fall schnellsten was machen müssen. Wir tun natürlich schon viel, aber die Krankheitsfälle werden immer mehr (I4, Z. 568-573).

K19: Maßnahmen 11

Subkategorien	Paraphrasen
K14 a Maßnahme	Schulung (I4, Z. 494); Einsteigerkurse (I4, Z. 496)
K14 b angegangener Aspekt	MA-Schulungen (I4, Z. 494)
K14 c Grund /Ziele für diesen Aspekt	Arzthelferinnen in pflegerischen Tätigkeiten schulen (I4, Z. 497f)
K14 d Maßnahmenumsetzung	alle Mitarbeitern die letzten Jahr angefangen haben, die neu in er Dialyse sind, haben Einsteigerkurse für die Dialyse bekommen (I4, Z. 494ff); als fester Punkt etabliert (I4, Z. 499); Einarbeitungsplan für MA umgeändert (neue MA bekommen einen Paten/Mentorinnen/Praxisanleiter an die Seite) (I4, Z. 500-503)
K14 e Ermittlung d. M. (wie)	C1 Wünsche und Verbesserungsvorschläge zur psychosozialen Arbeitssituation in eine Exceltabelle übertragen (nicht Zentrumsspezifisch sondern für alle) und haben daraus die Verbesserungen abgeleitet (I4, Z. 341-346)
K14 f Ermittlung der M. (wer)	Steuerkreis ohne Sicherheitsbeauftragte, die kamen nach der Ermittlung dazu woraufhin noch Dinge geändert wurden (I4, Z. 378ff, 389-393)
K14 g Entscheidung d. M.-durchsetzung (wer)	
K14 h Betriebsbereich	Arzthelferinnen betrifft das in erster Linie, weil die in pflegerischen Tätigkeiten nicht so gewandt sind (I4, Z. 497f)
K14 i Vorgehensweise	Maßnahmenkatalog im Steuerkreis (erst ohne, später mit Sicherheitsbeauftragte) entwickelt und Frage gestellt: was möchten wir?, wo möchten wir hin?; Was haben wir für ein Ziel?; Ziel zuerst gesetzt mit Frist von 5 Jahren (I4, Z. 301-305); C1 Wünsche und Verbesserungsvorschläge zur psychosozialen Arbeitssituation in eine Exceltabelle übertragen (nicht Zentrumsspezifisch sondern für alle) und haben daraus die Verbesserungen abgeleitet (I4, Z. 341-346); Kritikpunkte und pos. Ergebnisse wurden sukzessive, zentrumsspezifisch durchgesprochen (I4, Z. 380-386), Im zweiten Schritt kommen die MA-Vertretungen zu den Besprechungen hinzu (I4, Z. 404f);
K14 j förderliche Aspekte	Das wir den Sicherheitsbeauftragten mit ins Boot geholt haben, die das Thema in die einzelnen Zentren weiter geleitet haben (I4, Z. 328ff). Zudem erklärten die MA (Sicherheitsbeauftragte) das manche Aspekte kleinlicher gesehen werden als es die MA meinen, das bringt eine andere Sichtweise (I4, Z. 396-401); Ergebnisse der Befragung (I4, Z. 506);
K14 k hinderliche Aspekte	Die Gesellschafter haben etwas gebremst, das war ihnen zu viel Unruhe im Unternehmen. Zudem haben sie nicht verstanden warum die MA auf einmal so wichtig sein sollen. Deshalb dauert das auch alles so lange (I4, Z. 331-337, 626ff); Die MA, die sich über

	Mehraufwand beschwert haben (I4, Z. 506f)
K14 l Umsetzungszeitpunkt	
K14 m Erfahrungen	<p><u>Positiv:</u> <u>Negativ:</u> Krankheitszahlen aufgrund von psychischen Belastungen und Rückenschmerzen im Vergleich vom letzten und diesem Jahr um 13% gestiegen. Das ist für mich ein Warnsignal, das wir da auf jeden Fall schnellsten was machen müssen. Wir tun natürlich schon viel, aber die Krankheitsfälle werden immer mehr (I4, Z. 568-573).</p>

K20: Maßnahmen 12

Subkategorien	Paraphrasen
K20 a Maßnahme	Teamworkshop (I3, Z. 470)
K20 b angegangener Aspekt	Teamsituation (I3, Z. 478)
K20 c Grund /Ziele für diesen Aspekt	EB zeigte kritische Aspekte im Team-Zusammenleben, dem hat sich die Einrichtung gestellt (I3, Z. 479f); Auf negativ empfundene Gesichtspunkte in der Zusammenarbeit Einfluss zu nehmen um diese zu verbessern (I3, Z. 541f)
K20 d Maßnahmenumsetzung	Professionelles Coaching-Team hat Einrichtung betreut (I3, Z. 473f), neue Art und Weisen des Umgangs nahegebracht, Dinge aufgeknackt und Methoden für die Nachhaltigkeit vermittelt (I3, Z. 481-485); Kommunikation war ein wichtiger Gesichtspunkt und würde ausführlich besprochen (I3, Z. 488f); alle Dinge wo es gemeinschaft hat wurden angesprochen (I3, Z. 545ff)
K20 e Ermittlung d. M. (wie)	während der Vorstellungsrunde (I3, Z. 182ff)
K20 f Ermittlung der M. (wer)	Vorgesetzter hat Vorschlag gemacht, Team hat Vorschlag begrüßt (I3, Z. 183f),
K20 g Entscheidung d. M.-durchsetzung (wer)	Vorgesetzter (I3, Z. 467f)
K20 h Betriebsbereich	Alle MA aus der Pflege waren komplett dazu eingeladen (I3, Z. 530f); FSJ und Bundesfreiwilligen Dienst waren ausgeschlossen (I3, Z. 531f)
K20 i Vorgehensweise	Nach Ermittlung der Maßnahme und nach Absprache mit dem Betriebsrat hat der Vorgesetzte sich ein Angebot bei Fachleuten eingeholt (I3, Z. 186-191); Leitung hat Feinplanung (Terminplanung, logistische Planung vorort, MA vorinformiert und eingeladen, dienstplanerisch umgesetzt (Z. 497ff)) Vorort durchgeführt (I3, Z. 192f, 466-470); Termin wurde mit MA abgestimmt (Sonntagstermin) (I3, Z. 510-513)
K20 j förderliche Aspekte	Kann Einrichtung nichts benennen (I3, Z. 493)
K20 k hinderliche Aspekte	Umsetzung des Workshops an zwei Sonntagen innerhalb von 14 Tagen (I3, Z. 193-196, 471f, 593); MA mussten das in ihrer Freizeit machen, das ist eine bittere Pille (I3, Z. 196ff, 504ff, 523f)
K20 l Umsetzungszeitpunkt	Februar 2012 (I3, Z. 538)

K20 m Erfahrungen	<p><u>Positiv:</u> Trotz der hinderlichen Aspekte, wurde Workshop von den MA gut wahrgenommen (I3, Z. 197f); Coachs haben das in positiver Art und Weise umgesetzt und vermittelt (I3, Z. 482); Einrichtung hat festgestellt, dass langfristig nachgearbeitet werden muss und hat den Gesichtspunkt „wie geht es unserem Team“ als ständigen Tagespunkt auf die Besprechungsagenda der Teambesprechungen (alle 8 Wochen(Z.565)) gesetzt (mit den Fragen: wie geht’s uns?, was gibt’s Neues?, was können wir tun?) (I3, Z. 551-557, 565ff); Einrichtung hat entschlossen, dass diese kleinen Schritte, die kleine immer wieder ins Gespräch kommen während der Teambesprechung und auch zwischendurch, noch mehr voranbringen als diese großen Maßnahmen die mit einem gewaltigen Organisationsaufwand verbunden sind (I3, Z. 557-561); zunächst wurde vorsichtig miteinander umgegangen, aber manche Sachen schleifen sich nach einer gewissen Laufzeit wieder ein (I3, Z. 650ff)</p> <p><u>Negativ:</u></p>
-------------------	--

K15: Zukunft

Subkategorien	Paraphrasen
K15 a weitere Planungen	<p><u>Pro:</u> Nächstes Jahr Fortbildung über „Basics der Dialyse“ für jüngere MA (I1, Z. 364-368); Ja klar, es ist ein Prozess und es kommen immer neue Aufgaben und Probleme (I1, Z. 483f); Wir werden im nächsten Jahr mit den Schulungen starten, also mit Rückenschule, Kinästhetik Kurse, das startet erst nächstes Jahr. Also da sind wir jetzt in den Vorbereitungen aber dafür brauchen Sie Trainer, dafür brauchen Sie Räume. Das gestaltet sich alles ein bisschen schwierig. Ich wollte gerne eine Kooperation mit Fitnessstudios haben aber auch da gibt es steuerliche Aspekte die zu beachten sind die wir mit dem Steuerberater umändern dürfen (I4, Z. 479); also das wird starten (I4, Z. 482); Das nächste, das wir jetzt im Februar (2012) umsetzen werden, ist das unsere Ärzte geschult werden in Kommunikation mit den MA (I4, Z. 488ff); Das war alles in unserem Maßnahmenkatalog drin und wie gesagt, da stehen zumindest schon die Termine (I4, Z. 491f); ab nächstes Jahr soll ein Budget für die Sicherheitsbeauftragten entstehen, um Sachen vor Ort zu entscheiden und um ihnen Handlungsspielraum zu gewähren (I4, Z. 536-539); Wenn MA-Gespräche im März abgeschlossen sind, folgt z.B. Begehung durch die FASI; Begehung durch den Betriebsarzt, Ergebnisse der Teambesprechung in den einzelnen Zentren und die erneute Mitarbeiterbeurteilung, die die Leitungen gemacht haben. Das wollen wir dann in eine</p>

	<p>Großsitzung nehmen, die Mitte März stattfinden soll und dann sollen alle Ergebnisse die bis dahin da sind zusammengeführt werden. Daraus möchten wir ein Ergebnisprotokoll an die Mitarbeiter erstellen. Das dient uns wiederum für die nächste Mitarbeitervertretung im Mai, dass wir das dann bis dahin besprechen (I4, Z. 548- 557)</p> <p><u>Contra:</u> Überlegt was geändert werden kann, soviel kann man da nicht ändern (I1, Z. 337f); wir haben ja die meisten Dinge implementiert (I1, Z. 405); wegen Personalmangel zur Zeit keine weiteren Planungen (I2, Z. 462f); an zeitlichen Bedingungen (z.B. Schichten) kann nur wenig geändert werden (I2, Z. 188f); Ergebnis (Angst vor Blutübertragbaren Krankh.) ist emotional aber real Unsinn (I2, Z. 433f), man kann nicht mehr machen als wir schon tun (I2, Z. 443f); Vom Dienstplan her sind Dinge oft nicht zu erfüllen was work-privacy-conflict verbessert (I2, Z. 458f); Vorschläge was arbeitsmedizinisch gemacht werden kann hat keinen Neuigkeitswert (I2, Z. 424f) und verlief im Sande (Z. 429), Bei Angst vor übertragbaren Krankh. Kann man drüber reden aber nicht mehr tun als wir schon machen (I2, Z. 443f); ein Betriebsrat stand im Raum, das war den MA aber zuviel Arbeit (I4, Z. 362-366); Das Problem ist, das wir z.B. beim Entscheidungsspielraum den MA nicht geben können was sie wollen. Bei der Besprechung kam raus, dass die MA z.B. bei der Wahl des Frühstücks mitentscheiden wollen, da sie neben den Pat. auch mit frühstücken. Wir dachten es geht um Entscheidungen was die Arbeit mit dem Pat. betrifft, das war schon schwierig (→ Frühstückslisten wurden daraufhin abgefragt) (I4, Z. 443-463); es wurden schon alle Dinge im Workshop angesprochen (I3, Z. 545f)</p>
--	--

K16: Vorhandene Strukturen

Subkategorien	Paraphrasen
K16 a BGM	Es wird gerade eingeführt, wir haben schon die Kurse bei der BG belegt, sind also gerade dabei (I4, Z. 429ff);
K16 b Alternativen zu BGM	Ja, Betriebsärztin (externe Arbeitsmedizinerin)→Hepatitis Impfungen und entsprechende Gesundheitsuntersuchungen (I1, Z. 477-479); arbeitsmed. Untersuchungen + u.a. Rückenschule und Raucherentwöhnkurse (I2, Z. 478ff); Betriebsarzt der sich um MA-Gesundheit kümmert (I3, Z. 454f)
K16 c QM	QM vorhanden (nicht zertifiziert) (I1, Z. 464; I2, Z. 471); Interne Qualitätsmessungen bereits in der Vergangenheit durchgeführt, halten das für wichtig (I1, Z. 7f); QM vorhanden, kritisch C zertifiziert. Allerdings nur im medizinischen Bereich (I4, Z. 433ff); QM vorhanden um die Arbeit und die Strukturen zu

	verbessern (I3, Z. 442ff)
K16 d Ablaufprozesse QM	<p>Pro: Zuerst gemeinsam überlegen wo das Problem liegt und wie man es lösen kann. Dann die entsprechenden Überlegungen dazu anstellen. Das machen wir i.d.R. mit den Teamleitern (I2, Z. 473ff),</p> <p>Contra: nein, keine Ablaufprozesse (I4, Z. 438f); Ablaufprozesse für Tätigkeiten vorhanden (I3, Z. 447-451)</p>
K16 e Gefährdungsbeurteilung (GB) psych. Bel.	Wusste nicht das Befragung als erste Bausteine für GB dient (I1, Z. 536); weiß gar nicht was eine Gefährdungsbeurteilung ist (I1, Z. 538); Einrichtung hat keine GB psych. Bel. durchgeführt, weiß aber das die MA-Befr. als erster Baustein dienen kann (I2, Z. 555,557); Keine GB durchgeführt (I4, Z. 638), weiß aber, dass die MA- Befr. als erster Baustein dienen kann (I4, Z. 636); In meinem Tagesgeschäft habe ich das bisher nicht berücksichtigt, aber ich halte es durchaus für sinnvoll es so zu machen (I3, Z. 721f); Für GB ist die Zentrale verantwortlich (I3, Z. 724)

K17: Evaluation

Subkategorien	Paraphrasen
<p>K17 a Erfolgskontrolle</p> <p>→ beinhaltet auch erneute Befragung</p>	<p>Würde FB gerne wiederholt durchführen (I1, Z. 411f, 505) um Tendenz zu sehen (I1, Z. 412); In Eigenregie ist das schwer; gute Aufgabe für die BGW (I1, Z. 528f) Erfolgskontrolle vom Stresseminar nicht gemacht (I2, Z. 499), ob das nachhaltig ist kann ich nicht sagen, kein Instrument entwickelt (I2, Z. 519ff); erneute COPSOQ-Befr. nicht konkret angedacht, da die Einrichtung sie nicht auswerten kann (I2, Z. 528ff) Alternativ einfacheres Instrument der MA-Zufriedenheit (I2, Z. 532f); Wenn BG erneute Befragung anbietet, würde Einrichtung gerne mitmachen (I2, Z. 533f); noch nicht durchgeführt, da Einrichtung noch bei der Umsetzung ist (I4, Z. 543), aussehen soll sie so: Im Januar, Februar, März werden erneut Mitarbeitergespräche geführt (Novum: Leitung führt MA- Gespräche in Einzelgespräche). VL als Moderatorin dabei (I4, Z. 543-537). Frühestens ende nächsten Jahres soll eine erneute Mitarbeiterbefragung durchgeführt werden, wenn das möglich ist mit der BG mit dem COPSOQ. Wenn nicht würden wir das selber machen, die Befragungsbögen sind vorhanden, das wir das einfach auf uns runter brechen was wir wirklich brauchen. Den Fragebogen würden wir dann wieder in der Projektgruppe entwickeln und würden das wieder an die MA weitergeben (I4, Z. 557-566); Keine erneute Befragung geplant (I3, Z. 663), Umweg über BGW bringt Einrichtung nicht weiter, auch wegen der geringen Teilnehmerquote. Sie hält es für sinnvoller</p>

	Probleme regelmäßig in Teambesprechungen anzusprechen (I3, Z. 665-668)
K17 b Aufwand-Nutzen-Relation der M.	Es war unproblematisch und schnell durchführbar (I1, Z. 508), Finanzielle Aufwand i.d.R. überschaubar (I2, Z. 504), hoher Arbeitszeitaufwand (I2, Z. 505); Bisher noch nicht erkennbar (I4, Z. 568); große Maßnahmen bringen kurzfristig viel, muss aber nachhaltig bearbeitet werden (I3, Z. 610ff), Einrichtung bringt kleine Maßnahmen, wie regelmäßige Besprechungen weiter, da sie regelmäßig stattfinden können, als große Maßnahmen. Kleine Maßnahmen sind dadurch nachhaltiger (I3, Z. 623, 683ff); Große Maßnahmen werden auch irgendwann zu teuer (I3, Z. 625f), Leitung hat sich gefragt ob es sich gelohnt hat, weil es wirklich sehr teuer war (I3, Z. 631f)
K17 c Anm. z. MA-Befragung → beinhaltet alles allgemeine, keine Verständlichkeit, hilfreiche/hinderliche Aspekte)	Fragen gut formuliert, besser angepasst auf Dialyseverhältnisse als andere Befragungen (I1, Z. 21f); Teilnehmerquote zu gering → Unzufriedene MA haben sich vllt. weniger beteiligt (I1, Z. 511f); MA fühlen sich ausspioniert und denken die Befragung sei Unsinn der nur Zeit kostet. Jetzt sehen die MA das die Äußerungen unmittelbar Eingang finden und kommuniziert werden, Antwortquote nächstes Mal bestimmt höher (I1, Z. 516-520); Untersuchung des Samples sehr selektiert, vermutlich bessere und kooperativere Dialysen in Befragung einbezogen (I1, Z. 570ff); wurden auch gemeinnützige Anbieter einbezogen?, das wirft bestimmt andere Aspekte auf (I1, Z. 575f); BGW muss intern diskutieren wie repräsentativ die Befragung ist und ob vllt. die besseren 20% abgebildet werden, die die Dimension der Probleme nicht ausreichend darstellen (I1, Z. 580-584); BGW könnte seine Mitglieder mit erneuter Befragung helfen, interne Qualitätsdaten wichtig (Benchmarking); Hauptarbeit ist bereits getan durch Etablierung des Verfahrens (I1, Z. 413.419); Man muss sich ja hauptsächlich mit der D. vergleichen, andere Bereiche sind ja anders (I1, Z. 86f);Vergleichsgruppen: amb. Pflege schneidet immer besser ab, ist nicht gut vergleichbar, da D. ambulant-stationäre Einrichtungen sind (I2, Z. 190-193); Man muss wissen wie eine D. strukturiert ist um auch an die Problematik der D. ran zu kommen (I2, Z. 204f); Mobbing umfasst nur eine Frage (I2, Z. 163); Fragestellung: Work-privacy-conflikt schon Gegenstand der Kritik, auf irgendwas muss man ja verzichten (I2, Z. 180-185) Eindruck, Ärzte nehmen diese Frage nicht ernst (I2, Z. 185f); Die Befragung war aggressiv auf Personen bezogen (I4, Z. 615); Die Aufarbeitung der Daten für alle Zentren war sehr langwierig für die Einrichtung (I4, Z. 629f); Teilnehmerquote zu gering, daraus lassen sich Rückschlüsse ziehen, dass das Interesse der MA nicht besteht (I3, Z. 112f, 121f); Ergebnisse nur Einzelmeinungen, daher Allgemeingültigkeit

	grenzwertig (I3, Z. 386f)
K17 d Verbesserungsvorschläge für die MA-Befragung	Einrichtung würde Sorge tragen für mehr Teilnahmebeteiligung und nachhaken ob die Fragebögen abgegeben wurden, weil das wichtig ist (I1, Z. 552ff); Einrichtung fand das so in Ordnung, würde es wieder so machen (I2, Z. 549, 552); Vom Ablauf her war das gut gesteuert, auch von der BG (I4, Z. 625f); Einrichtung dachte MA haben Interesse und daher ist die Befragung ein Selbstläufer (I3, Z. 968f), es müssen mehr MA zur Teilnahme motiviert werden (I3, Z. 696), Mehr im Vorfeld werben (I3, Z. 703); weniger Text, die Gefahr besteht, das dieser ins Hintertreffen gerät (I3, Z. 149ff)
K17 e Studienteilnahme gelohnt?	<u>Pro:</u> Ja (I1, Z. 531); Ja, auf jeden Fall (I2, Z. 546); Auf jeden Fall, super Instrument um das Unternehmen kennenzulernen (I4, Z. 606f, 620); <u>Contra:</u> Nein, Umfrageergebnis nicht repräsentativ. Es hat trotzdem einiges angestoßen (I3, Z. 675f, 681); Einrichtung wollte MA ein Podium zum Äußern geben, das ist nicht wahrgenommen wurden (I3, Z. 683f);
K17 f Zusammenarbeit m. BGW	<u>Pro:</u> Unkompliziert, zuvorkommend und sehr nett (I1, Z. 533);relativ problemlos (I2, Z. 541); Klasse! Das fand ich ganz toll (I4, Z. 622), Wir haben bereits einen Beratervertrag mit der BGW für das Projekt „Einführung von BGM“ geschlossen (I4, Z. 641ff), hat funktioniert. Konstruktive Emails und Telefonkontakte, ansonsten keine Berührungspunkte zuvor mit der BGW gehabt, außer Gesetze, Regeln und Pflichten einzuhalten (I3, Z. 708-712), Berührungspunkte mit der BGW waren in der normalen täglichen Praxis nicht vorhanden. Wäre ein Anstoß in Richtung BGW, da mehr Eigenwerbung zu machen, was kann die BGW noch für ihre Mitgliedsunternehmen tun (I3, Z. 714-718) <u>Contra:</u> Befragung und Auswertung etwas länger gedauert als ursprünglich angegeben (nicht tragisch) (I2, Z. 542ff)
K17 g Motivation f. d. Interview	Als Dank für MA-Befragung; Interviewpartner ist grundsätzlich kooperativer Mensch; Zusammenarbeit mit der BGW und gegenseitige Hilfe ist wichtig (I1, Z. 588-591); Interviewpartner findet gut, dass eine Abschlussarbeit darüber gemacht wird; alle Leute die lernen oder weiterkommen wollen unterstütze ich gerne (I2, Z. 608f); Ich war neugierig auf sie. Ich finde, das sehr interessant und finde das diese Sachen weitergegeben werden sollten auch an andere Dialysen und auch an andere Unternehmen, das man so was auf jeden Fall einführen soll. Mein Ziel ist es wirklich das man die Mitarbeiter mit einbindet. Ich sag immer so, die verdienen unser Geld. Ohne die, säßen wir nicht hier und die sind wirklich sehr wichtig. Das muss einfach auch weitergegeben werden finde ich (I4, Z. 664-670);

	Vorgesetzter hat zugestimmt (I3, Z. 775f); Interviewpartner macht das gerne und möchte auch die BA unterstützen. Zudem gewisses Herz aus privaten Gründen (I3, Z. 778ff); Einrichtung findet es sinnvoll und sieht es als Qualitätssicherung für sich selber (I3, Z. 783ff); es wurden ja keine Geheimnisse verraten sondern nur Dinge die umgesetzt wurden (I3, Z. 786f)
--	---

K18: Empfehlungen/Anmerkungen

Subkategorien	Paraphrasen
K18 a Rat für andere Einrichtungen	<p>Einfach machen! Das Wichtigste ist strukturiert miteinander kommunizieren und regelmäßige Treffen. Diese müssen protokolliert werden und das Protokoll muss innerhalb von Stunden für alle zugänglich gemacht werden. Das ist die Grundlage auf der man kontinuierlich arbeitet. Bestimmte Dinge z.B. Arbeitssicherheit sollte ein eigener Bereich für entsprechend beauftragte Mitarbeiter sein (I1, Z. 557-563); Regelmäßige aber nicht zu viele Arzt- und Teamsitzungen (I1, Z. 381-384); sich im Dialog mit den MA, Teamleitern oder Schichtleitern sehr genau darüber unterhalten und die Ohren auch richtig weit aufzumachen, wo die MA Bel. sehen oder versteckt zum Ausdruck bringen (nicht nur was MA sagen, sondern auch beobachten). Auch über die Teamleiter, über die MA-Gespräche zu konferieren und zu überlegen wie die Situation der MA in ihrer Einrichtung ist. Viele MA äußern bspw. den Ärzten ggü. nicht was sie wirklich denken. Denn Vorgesetzten zeigt man u.U. nicht die Schwäche. Viele Dinge werden als Schwäche empfunden, wobei sie vielleicht nur ein Organisationsproblem sind. Und je nachdem wie die Menschen geartet sind, verpacken sie das oder manche schreien es auch raus. Aber gerade die die es verpacken, oder glauben es zu verpacken, die sind besonders gefährdet. Also von daher würde ich immer raten in einen engen, kooperativen, nicht strafenden und nicht unbedingt immer beurteilenden Dialog sich mit den Mitarbeitern aufzustellen. Es müssen nicht unbedingt die Ärzte machen, im Gegenteil, das ist manchmal sogar hinderlich. Die Vertrauensperson soll aber nicht aushorchen, sondern wirklich teilnehmend beobachten und gucken. Und daraus dann sehr sehr vorsichtig Schlüsse ziehen und sehr sehr vorsichtig versuchen ein Gespräch zu führen. Und dann aber auch Konsequenzen ziehen. Das ist das aller wichtigste aus meiner Erfahrung. Haben sich manche Sachen im Gespräch bestätigt mit den MA, dann zu überlegen wie können wir gemeinsam dagegen angehen. Es wird so viel gequatscht und so viel geschwafelt und jeder weiß noch alles besser. Das Problem ist, Ideen haben ganz viele was man machen könnte aber es wird letztendlich nicht getan. Und</p>

dieses tun und die Konsequenz den MA zu zeigen, pass mal auf, ich sehe du bist gestresst und ich sehe, ich biete dir an, hast du Lust, machen wir das? Gut, das dann eben auch umzusetzen. Das größte Problem ist die viele Quatscherei und dann letztendlich keine Schlüsse zu ziehen. Das würde ich immer immer sehen. Und den Mitarbeitern immer auf Augenhöhe zu betrachten. Es ist nicht NUR eine Arzthelferin, und es ist nicht NUR eine Hilfskraft in der Dialyse. Natürlich ist der Chef der Chef. Punkt, gibt es nichts zu mäkeln. Aber der Chef ist nur Chef, weil andere da sind in dessen Umfeld er Chef sein kann. Sonst kann er gar nicht Chef sein. Insofern dieses auf Augenhöhe mit den Mitarbeitern und sie als ernst zu nehmen als Person und denjenigen der mit im Boot sitzt damit das Schiff in die gleiche Richtung fährt, finde ich schon sehr sehr wichtig (I2, Z. 561-601); Auf jeden Fall Mitarbeiter mit einbinden. Also damit haben wir so positive Resultate, dass wir gesagt aber, wir möchten jetzt aus jedem Zentrum, aus jeder Berufsgruppe, eine Mitarbeiterin hier mit am Tisch haben. Da waren die erst einmal überrascht: Ja wie, die wollen jetzt mit uns sprechen? Das bekommt eine ganz andere Facette. Die Mitarbeiter haben so tolle Ideen, das ist wirklich Klasse. Wo wir eigentlich hier in unserem Büro sitzen, vielleicht auch etwas Betriebsfremd, die Mitarbeiter sind an der Front. Die bekommen das alles mit. Das hat uns sehr bereichert, dass wir die Mitarbeiter mit eingebunden haben (I4, Z. 648-656); Positive Aspekte heraus streichen. Ich denke, den MA die Informationen zu geben, das kann von Nutzen sein und das wird wohl nicht zum Schaden sein, weil die Befragung ja anonym ist damit möglichst viele daran teilnehmen. Möglichst auch die MA mobilisieren an der Befragung teilzunehmen (I3, Z. 735-740), um eine repräsentative Befragung zu bekommen. Ansonsten macht so eine Befragung wenig Sinn. Man sagt ja eigentlich unter Interviewern über 50% dann hat man auch eine gewisse Repräsentativität. Wobei ich finde 50% eigentlich auch noch zu wenig. Ich finde das sollten über 80% sein um sagen zu können, da spiegelt sich auch wirklich das komplette Team weitgehendst wieder. Das ist natürlich eine schwierige Nummer und da muss man die Mitarbeiter auch erst einmal dazu kriegen auch den Sinn zu sehen, das Transparent zu machen und zu sagen, was will man mit der Befragung erreichen, was sind die Ziele und was sind die möglichen Maßnahmen? Vielleicht muss letztendlich auch, wenn so eine Befragung durchgeführt wird, von Seiten des AG mitgeteilt werden, die und die Möglichkeiten stehen auch mit zur Verfügung. Aber ich denke das könnte man daraus lernend vielleicht verwenden. In diesem Fall haben wir letztendlich Erfahrungen für andere gesammelt. Es macht Sinn im Vorfeld schon etwas mehr zu informieren über Ziele

	und Möglichkeiten, die eine solche Befragung eröffnet um damit dann wirklich auch zu signalisieren, es ist etwas, was auch positiv sein kann, weil ich denke daran kann man die Bereitschaft fördern daran teilzunehmen. Ich denke je repräsentativer eine Befragung ist desto besser (I3, Z. 741-764)
K18 b Anm. zum Interview	In Ordnung (I1, Z. 586); Fein gemacht (I2, Z. 605); Sie waren sehr nett, Fragen gut verstanden, manches Mal zu viele Fragen auf einmal gestellt (I4, Z. 659ff), Interviewer hat Befragten gründlich auf den Zahn gefühlt (I3, Z. 769)

Abkürzungsverzeichnis:

AP= Arbeitsplatz

MA= Mitarbeiter

BGW= Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

BEM= Betriebliches Wiedereingliederungsmanagement

D.= Dialyse

QM= Qualitätsmanagement

BGM=Betriebliches Gesundheitsmanagement

EB= Ergebnisbericht

FS= Führungsstil

FASI= Fachkraft für Arbeitssicherheit

BG= Berufsgenossenschaft

ÄL= Ärztliche Leitung

VL= Verwaltungsleitung

ZL= Zentrumsleitung

Zitationserklärung (Beispiel (I1, Z. 7f))

I1= Interview 1

Z= Zeile

7= Zeile Nr. 7

f= Eine Zeile darauf folgt in der Zitation

ff= zwei Zeilen folgen noch in der Zitation