

Psychologisches Institut der Universität Heidelberg

Fachbereich Arbeits- und Organisationspsychologie

Masterarbeit

**Ist Prioritätendurchsetzung
trainierbar?**

**– Eine Mehrebenenanalyse
im pflegerischen Arbeitskontext**

vorgelegt von:

Angelika Miller

Erstgutachterin: Dr. Christine Sattler
Zweitgutachter: Dr. Jan Rummel

Matrikelnummer: 3135897
E-Mail: Angelika_Miller@gmx.de

Stuttgart, 20. September 2017

Danksagung

Im Sinne des Zitats „people are both products and producers of their life circumstances“ (Bandura, 1996, p. 24) möchte ich mich bei denjenigen Personen bedanken, die mich bei der Erstellung dieser Arbeit bedeutend geprägt, unterstützt und motiviert haben.

Zuerst gebührt mein herzlichster Dank den Teilnehmern der Untersuchung für die gewissenhafte, interessierte und rege Teilnahme, sowie an das Untersuchungskrankenhaus für die Übernahme von Arbeitszeitkosten der Teilnehmer sowie die Bereitstellung von Räumen und Computern.

Danken möchte ich auch Frau Christine Sattler und Herrn Jan Rummel für die Unterstützung und Betreuung meiner Arbeit.

Abschließend möchte ich mich bei meiner Familie und Freunden bedanken, welche mir während des gesamten Studiums einen starken emotionalen Rückhalt boten. Hierbei möchte ich besonders Luisa Wille danken, für die zahlreichen interessanten Debatten und ihre Geduld, die maßgeblich dazu beigetragen haben, dass diese Masterarbeit in dieser Form vorliegt.

Inhaltsverzeichnis

<i>Abbildungsverzeichnis</i>	5
<i>Tabellenverzeichnis</i>	6
<i>Zusammenfassung</i>	7
1 Einleitung	8
2 Arbeitsfeld, Problemstellung und Relevanz	9
2.1 Arbeitsfeld	10
2.2 Problemstellung und Relevanz	12
3 Theorie	14
3.1 Durchsetzungsschwäche und das Konzept der Selbstkontrollkraft	14
3.2 Durchsetzungsschwäche, Selbstkontrollkraft und die Theorie des geplanten Verhaltens	17
3.3 Lösungsansatz, Zielsetzung und Hypothesen	20
4 Methode	22
4.1 Stichprobe	22
4.2 Material	24
4.3 Prozedur	27
4.3.1 Datenerhebung	27
4.3.2 Prioritätendurchsetzungstraining	28
4.4 Modelle und Erwartungen der Datenanalyse	34
5 Ergebnisse	37
5.1 Voranalysen und deskriptive Analysen	37
5.2 Mehrebenenanalyse	38
5.2.1 Modell 1: Gefährdungsfälle	41
5.2.2 Modell 2: Selbstkontrollkraft	44
5.2.3 Modell 3: Sicherheit über die eigene Entscheidung	47
5.2.4 Modell 4: Sicherheit über die Zustimmung der Kollegen	50
5.2.5 Modell 5: Berufsspezifische Selbstwirksamkeitserwartung	53

5.3	Weitere Ergebnisse.....	55
5.3.1	Häufigkeiten der Gefährdungsfälle und kategoriale Ursachenabfrage.....	55
5.3.2	Analyse der Kontrollvariable: Selbstkontrollanforderungen	57
5.3.3	Analyse der Kontrollvariable: Implizite Rationierung.....	59
5.3.4	Analyse des Zusammenhangs Selbstkontrollkraft und Selbstwirksamkeitserwartung	59
5.3.5	Manipulation Check der computergestützt erhobenen Variablen	60
6	Diskussion	60
6.1	Gefährdungsfälle	62
6.2	Selbstkontrollkraft	64
6.3	Sicherheit über die eigene Entscheidung	66
6.4	Sicherheit über die Zustimmung der Kollegen.....	68
6.5	Selbstwirksamkeitserwartung.....	70
6.6	Vorteile und Einschränkungen der Untersuchung	71
6.6.1	Methodische Vorteile der Untersuchung	71
6.6.2	Methodische Einschränkungen der Untersuchung	73
6.7	Implikationen.....	76
6.8	Ausblick und Fazit.....	78
	<i>Literatur</i>	80
	<i>Erklärung</i>	93
	<i>Anhang</i>	94

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Chronologische Darstellung des Sicherheitsratings mittels Screenshots.....	25
Abbildung 2:	Visualisierung der erwarteten Veränderungen in den abhängigen Variablen (AV) über die drei Messzeitpunkte hinweg.....	36
Abbildung 3:	Berichtete Gefährdungsfälle pro Messzeitpunkt für die Interventionsgruppe und die Wartelisten-Kontrollgruppe.....	43
Abbildung 4:	Berichtete Selbstkontrollkraft pro Messzeitpunkt für die Interventionsgruppe und die Wartelisten-Kontrollgruppe	46
Abbildung 5:	Berichtete Sicherheit über die eigene Entscheidung pro Messzeitpunkt für die Interventionsgruppe und die Wartelisten-Kontrollgruppe	48
Abbildung 6:	Berichtete Sicherheit über die Zustimmung der Kollegen pro Messzeitpunkt für die Interventionsgruppe und die Wartelisten-Kontrollgruppe	51
Abbildung 7:	Berichtete Selbstwirksamkeitserwartung pro Messzeitpunkt für die Interventionsgruppe und die Wartelisten-Kontrollgruppe.....	55
Abbildung 8:	Kreisdiagramm zur prozentualen Verteilung der Ursachenabfrage für Gefährdungsfälle über beide Untersuchungsgruppen hinweg....	57

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Übersicht zur relativen Häufigkeit von Berufserfahrung in den Untersuchungsgruppen.....	24
Tabelle 2:	Überblick zu Mittelwerten, Standardabweichungen und interner Konsistenz der erhobenen intervallskalierten Maße.....	39
Tabelle 3:	Überblick Modellinformationen und Devianzmaße.....	40
Tabelle 4:	Überblick Mehrebenenmodelle und Schätzung fester Parameter des Modells 1 Gefährdungsfälle.....	42
Tabelle 5:	Überblick Mehrebenenmodelle und Schätzung fester Parameter des Modells 2 Selbstkontrollkraft.....	45
Tabelle 6:	Überblick Mehrebenenmodelle und Schätzung fester Parameter des Modells 3 Sicherheit über die eigene Entscheidung.....	49
Tabelle 7:	Überblick Mehrebenenmodelle und Schätzung fester Parameter des Modells 4 Sicherheit über die Zustimmung der Kollegen.....	52
Tabelle 8:	Überblick Mehrebenenmodelle und Schätzung fester Parameter des Modells 5 Berufsspezifische Selbstwirksamkeitserwartung.....	54
Tabelle 9:	Übersicht zu relativen Häufigkeiten der gewählten Antwortkategorien bezgl. Gefährdungsfälle in den Untersuchungsgruppen.....	56
Tabelle 10:	Auflistung der Freitextantworten zur Ursachenabfrage Gefährdungsfälle nach Thema, Gruppe und Messzeitpunkt.....	58

Zusammenfassung

Im Fokus dieser Arbeit steht die Untersuchung der kurz- und langfristigen Wirksamkeit eines Prioritätendurchsetzungstrainings, das erstmalig auf die Erhöhung von Selbstkontrollkraft und Intentionstärke bei Pflegekräften im Krankenhaus abzielte. Verfehlt es eine Pflegekraft aufgrund mangelnder Willensressourcen, ihre gesetzten Prioritäten durchzusetzen, gefährdet sie sich, die Patienten und das Unternehmen. Zudem erhöht sich die Auftretenswahrscheinlichkeit von Gefährdungsfällen durch die defizitäre wirtschaftliche und personelle Lage des Krankenhaussektors. Im Rahmen eines Wartelisten-Kontrollgruppendesigns (drei Messzeitpunkte, Zeitraum 14 Monate) absolvierten 47 Pflegekräfte ein 90-minütiges Training. Die Ergebnisse der Mehrebenenanalyse konnten die generell langfristige Wirksamkeit statistisch nicht bestätigen: Nur in einer Untersuchungsgruppe konnten, unter Kontrolle für Arbeitsbelastung, kurzfristige Verbesserungen bezgl. Gefährdungsfällen und Sicherheitseinschätzungen erzielt werden. Berichtete Selbstkontrollkraft und berufsspezifische Selbstwirksamkeitserwartung wiesen deskriptiv einen positiven Trend auf. Weiterführende Analysen deuten darauf hin, dass das Ausmaß an berichteten Gefährdungsfällen einen dringenden Handlungsbedarf an Praxis und Forschung adressiert. Dementsprechend wurden Empfehlungen zur branchenübergreifenden Weiterentwicklung des Trainings sowie verhältnis- und verhaltenspräventiver Maßnahmen abgeleitet. Substantielle Zusammenhänge innerhalb und zwischen selbstregulatorischeren Konstrukten und impliziter Rationierung bieten Anstöße für interdisziplinäre Forschungsprojekte.

1 Einleitung

„Es ist aber zuweilen schwer zu entscheiden, welches von zwei Dingen man wählen, und welches von zwei Übeln man ertragen soll; noch schwerer aber ist es, bei dem als Pflicht Erkannten zu beharren“ (Aristoteles [Übers. Rolfes, 1911, S. 40]). Ob im privaten oder beruflichen Kontext, mit diesem Zitat können sich sicher die meisten von uns identifizieren. Bspw. haben Sie sich für das Lesen dieser Arbeit entschieden. Vielleicht mussten Sie dafür eine andere Aufgabe zurückstellen und jemanden, vielleicht auch Ihre eigenen Bedürfnisse, verträsten oder sogar enttäuschen. Ich hoffe daher, dass Sie nicht von anderen daran gehindert werden, Ihre gewählte „Pflicht“ in die Tat umzusetzen. Denn Prioritäten zu setzen bedeutet immer auch, zu entscheiden, *was* zunächst liegen bleiben soll. Je mehr Tätigkeiten angefragt werden, desto wahrscheinlicher ist es, dass das Zurückgestellte nicht nur warten muss, sondern dass nachrangige Anliegen gar nicht erfüllt werden können. Steht hinter der zu erledigenden Aufgabe ein Mensch, muss zudem entschieden werden, *wer* warten muss bzw. enttäuscht wird. Verständlicherweise wird im Alltag immer wieder beobachtet, dass nicht nur Kinder, sondern Menschen jeden Alters, die zurückgestellt wurden, ihrer Enttäuschung oftmals Ausdruck verleihen. Sie demonstrieren eklatant die Wichtigkeit und Dringlichkeit ihres Anliegens, bspw. durch Drohungen, Verzweiflungsgesten oder Anreize, mit dem Ziel, im Prioritätenranking des Entscheiders zu steigen. Hier standhaft zu bleiben und, in Verwendung von Aristoteles' Worten, auf seiner Pflicht zu beharren, empfinden wir oftmals als schwierig.

Mit diesem urmenschlichen Phänomen sind auch Pflegekräfte in ihrem Berufsalltag konfrontiert. Sie entscheiden permanent, welche Tätigkeiten bei welchem Patient wann, von wem und in welcher Form durchgeführt werden, und organisieren diese Tätigkeiten intuitiv in einer zeitlichen Abfolge (Benner, 1984; Hendry & Walker, 2004). Bspw. trafen in einer Beobachtungsstudie Intensivpflegekräfte alle 30 Sekunden eine Interventions-, Kommunikations- oder Evaluationsentscheidung bezüglich ihrer Tätigkeiten (Bucknall, 2000). Ihre Entscheidungen haben weitreichende Konsequenzen für das physische und psychische Wohlergehen der ihnen anvertrauten Patienten. Auch Pflegekräfte sind oftmals mit eklatanten Patienten/Angehörigen oder Kollegen konfrontiert und nicht davor gefeit, ihre geplante Tätigkeitsabfolge zu verändern, zugunsten einer salient

vorgebrachten aber nachrangigen Forderung (Halvorsen, Førde, & Nortvedt, 2009; Tønnessen, Førde, & Nortvedt, 2009; Vryonides, Papastavrou, Charalambous, Andreou, & Merkouris, 2015;). Die Tatsache, dass Pflegekräfte diesen Missstand artikulieren, deutet daraufhin, dass ihnen diese Durchsetzungsschwäche bewusst ist. Attribuieren sie die Durchsetzungsschwäche internal, könnte ihre Selbstwirksamkeitserwartung (Bandura, 1977), welche im Zusammenhang mit Arbeitsunzufriedenheit (Judge & Bono, 2001) und Burn-out (Alarcon, Eschleman, & Bowling, 2009; Shoji et al., 2016; Wang, Liu, & Wang, 2015) steht, geschwächt werden. Darüber hinaus gefährden sie hilfebedürftige Patienten und, in Zeiten von Internet-Bewertungsportalen, das Image und somit den Umsatz des Krankenhauses.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der menschlichen Durchsetzungsschwäche im pflegerischen Arbeitskontext. Einleitend werden der Arbeitskontext und die Relevanz der Problemstellung für die Zielgruppe vorgestellt. Nach einer eingehenden theoretischen Beleuchtung des Phänomens Durchsetzungsschwäche, mittels Synthese verschiedener Konzepte aus der psychologischen Selbstregulationsforschung, fokussiert der gewählte Lösungsansatz die Kernfrage dieser empirischen Untersuchung: Ist Prioritätendurchsetzung im pflegerischen Arbeitskontext trainierbar? Denn als erste dieser Art verfolgt die vorliegende Arbeit das Ziel, Pflegekräfte zu unterstützen, die berichtete Durchsetzungsschwäche, in Situationen mit hoher Arbeitsbelastung und eklatanter Beeinflussung durch Patienten oder Dritte, zu reduzieren. Im Anschluss an die Präsentation der Untersuchungshypothesen werden Methodik, Untersuchungsprozedur und das statistische Auswertungsvorhaben vorgestellt. Eine umfassende Mehrebenenanalyse bildet die Basis für die anschließend berichteten Ergebnisse. Im letzten Kapitel werden diese eingehend diskutiert, interpretiert und Implikationen abgeleitet. Ausblick und Fazit runden die vorliegende Arbeit ab.

2 Arbeitsfeld, Problemstellung und Relevanz

Psychologische Anwendungsforscher sind auf der Suche nach bereichsspezifischen und nützlichen Erkenntnissen für den jeweiligen Kontext (Kanning, 2006). Dementsprechend werden im Folgenden der zugrunde gelegte Arbeitskontext, die Problemstellung und die Relevanz der vorliegenden Arbeit skizziert.

2.1 Arbeitsfeld

Pflegekräfte arbeiten mit Individuen und/oder Gruppen jeden Alters zusammen. Ihre Aufgaben umfassen, Personen vor Krankheit zu bewahren, deren Gesundheit zu verbessern, Sterbende und/oder psychisch/physisch eingeschränkte Menschen bei allen Aktivitäten des täglichen Lebens zu unterstützen (International Council of Nurses, 2017). Hierbei können Pflegekräfte in unterschiedlichsten Institutionen des Gesundheitswesens tätig sein (Bundesagentur für Arbeit, 2017). Die vorliegende Arbeit untersucht das größte und somit bedeutsame Beschäftigungsfeld für Pflegekräfte: den Krankenhausesektor (Simon, 2012). Die dort beschäftigten rund 427 000 Pflegekräfte (Statistisches Bundesamt, 2016) führen grundpflegerische (z. B. Unterstützung bei bzw. Übernahme von Körperpflege), behandlungspflegerische (z. B. Wundverbände, Medikamentengabe, etc.) und administrative sowie beratende Tätigkeiten (z. B. Beratung, Dokumentation, Anleitung von Auszubildenden, Reinigungs- und Wartungsarbeiten, Botengänge, etc.) teils autonom, teils kollaborativ durch (Büssing & Glaser, 1999; Lauster, 2014).

Die wirtschaftliche Lage des deutschen Krankenhausesektors wird von Fachinstituten als konstant problematisch bewertet (Blum, Löffert, Offermanns, & Steffen, 2016). Neben Finanzierungsproblemen ist der fortschreitende und massive Fachkräftemangel momentan die größte Herausforderung für die Branche: So klagen 51.4 % der befragten Krankenhäuser über Stellenbesetzungsprobleme (Blum et al., 2016). Durchschnittlich stieg diese Problematik in den letzten fünf Jahren um 30%, sodass derzeit durchschnittlich 6.6 Pflegestellen pro Pflegestation als vakant gelten (Blum et al., 2016). Schichtarbeit, überdurchschnittlich hohe physische und psychische Belastungen (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2014), geringe Verdienst- und Karrieremöglichkeiten und das karitative Image der Berufsgruppe (Glaser & Höge, 2005) scheinen mit den sinkenden Nachwuchsraten und zunehmenden Berufsaussteigerquoten assoziiert zu sein (Hasselhorn, Müller, Tackenberg, Kümmerling, & Simon, 2005). Es bleibt offen, ob die zögerlichen Versuche, ausländische Fachkräfte zu rekrutieren (Bonin, Braeseke, & Ganserer, 2015), vertriebene Heimatflüchtlinge zu gewinnen (Muschel, 2017) und die Akademisierung voranzutreiben (Blum, Löffert, Offermanns, & Steffen, 2014) den als hoch prognostizierten Pflegepersonalbedarf unserer alternden Gesellschaft decken wird.

Der beschriebene Mangel an finanziellen und personellen Ressourcen übersteigt die Nachfrage und erfordert somit eine geregelte Zuteilung der beschränkten Ressourcen. Rationierung, die Vorenthaltung oder Nicht-Durchführung von notwendigen medizinischen und pflegerischen Maßnahmen, aufgrund defizitärer zeitlicher, personeller und/oder fachlicher Ressourcen, scheinen im modernen Gesundheitswesen bereits heute unvermeidbar (Fuchs, Nagel, & Raspe, 2009; Jones, Hamilton, & Murry, 2015; Schubert et al., 2013; Staber & Rothgang, 2010; Zander, Dobler, Bäuml, & Busse, 2014). So konnten 92.6 % der 1 511 deutschen Befragungsteilnehmer einer europaweiten Studie unter Pflegekräften mindestens eine von dreizehn abgefragten notwendigen Pflegetätigkeiten aufgrund von Zeitmangel nicht ausführen (Jones et al., 2015; Zander et al., 2014). Nach Zander et al. (2014) zählt Deutschland mit durchschnittlich knapp fünf (4.7) rationierten Pflegetätigkeiten zu den europäischen Ländern, in denen überdurchschnittlich viel rationiert wird ($M = 3,9$). Im Praxisalltag obliegt die Entscheidung, welche Tätigkeit, wann und in welchem Ausmaß unerfüllt bleibt, allein der Pflegekraft. Unter Berücksichtigung des hohen ethischen Selbstanspruches des Berufsbildes (ÖGKV, SBK, & DBfK, 2014) und strafrechtlicher Aspekte (§ 13 StGB) entscheiden Pflegekräfte in der Regel routiniert, stationsspezifisch, patientenorientiert und autonom, in welcher zeitlichen Abfolge Pflegetätigkeiten ausgeführt werden (Miller, 2015).

Die prekäre wirtschaftliche und personelle Lage des Krankenhausesektors und anderer Institutionen im Gesundheitswesen beeinflusst auch die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte: So berichten in der Erwerbstätigenbefragung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2014 zwei Drittel der Pflegekräfte, überdurchschnittlich häufig unter starkem Termin- und Leistungsdruck zu arbeiten, und mehr als die Hälfte von häufigem Pausenausfall, im Vergleich zum deutschen Durchschnitts-Erwerbstätigen. Pflegekräfte fühlten sich doppelt so häufig mengenmäßig ihren beruflichen Anforderungen nicht gewachsen (34%) und wiesen überdurchschnittlich oft muskuloskeletale und psychovegetative Beschwerden auf, im Vergleich zum Durchschnitts-Erwerbstätigen. Zur Kompensation solch hoher Anforderungen profitiert die Berufsgruppe von der Ressource Sinnhaftigkeit der Arbeit. Sie ist gestern wie heute eine überdurchschnittlich ausgeprägte Ressource dieses Arbeitsfeldes: 90 % der befragten Pflegekräfte bewerten ihre Tätigkeit als

wichtig. Darüber hinaus besitzt die Berufsgruppe überdurchschnittlich ausgeprägte soziale Ressourcen (z. B. soziale Unterstützung), im Vergleich zum deutschen Durchschnitts-Erwerbstätigen. (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2014; Lauster, 2014)

Personelle Finanzierungs- und Besetzungsprobleme, die anhaltend problematische wirtschaftliche Lage des deutschen Krankenhausesektors und die hohen psychischen und physischen Arbeitsanforderungen machen die gesellschaftlich relevante Ressource Pflege zu einem belasteten, nachgefragten und knapper werdenden Gut, welches im Arbeitsalltag immer öfter autonom entscheiden muss, welche notwendigen Pfl egetätigkeiten ausgeführt werden können und welche nicht.

2.2 Problemstellung und Relevanz

Richtig, schnell und gerecht zu entscheiden, welches Patientenbedürfnis zeitlich priorisiert wird, diese Fertigkeit steht im Zusammenhang mit Patientenwohl (Benner, 1982; Hendry, 2001; Hendry & Walker, 2004; Sundin, Fahlen, Lundgren, & Jacobsson, 2014; Zander et al., 2014) und stellt damit für Krankenhäuser bereits heute und auch künftig einen erfolgsentscheidenden Wettbewerbsfaktor dar. Jedoch scheinen Pflegekräfte besonders unter psychischen Belastungsfaktoren empfänglich für eine willkürliche Bevorzugung von verbal eklatanten Patienten oder deren Angehörigen zu sein. Denn Pflegekräfte berichten in qualitativen Interviewstudien, die Bedürfnisse von eklatant Auftretenden höher zu priorisieren als Bedürfnisse von Patienten (oder Dritten), die verständnisvoll oder unauffällig agieren, und bewerten dies selbst als unethisch aber unvermeidlich (Halvorsen et al., 2009; Tønnessen et al., 2009; Vryonides et al., 2015) So berichtet eine Pflegekraft: „Those who shout loudest get the best treatment. And it shouldn't be like that. Many patients really need more help but they don't say anything. And then they don't get it.“ (Tønnessen et al., 2009, p. 279). Neben Patienten und Angehörigen haben offenbar auch eklatante ärztliche und pflegerische Kollegen negativen Einfluss (Nortvedt et al., 2008). Bisher wurde solch aufmerksamkeitsgetriebenes und willkürliches Entscheidungsverhalten in der Forschungsliteratur vorwiegend unerfahrenen Pflegekräften angelastet (Hendry, 2001; Hendry & Walker, 2004). Die Tatsache, dass den Pflegekräften ihr Willkürverhalten anscheinend bewusst ist und sie dies beklagen, deutet darauf hin, dass nicht deren Entscheidung fehlerhaft war, sondern deren Durchsetzung.

Welche Konsequenzen ergeben sich, wenn Pflegekräfte es nicht schaffen, ihre gesetzten Prioritätenentscheidungen gegenüber nachrangigen Anfragen durchzusetzen? Primär verletzen sie ihre ethisch und strafrechtlich relevante Garantenstellung gegenüber dem Patient und gefährden ihn wohl wissentlich (ÖGKV et al., 2014, § StGB 13). Lässt sich bspw. eine Pflegekraft davon abbringen, nach dem kritischen Patient A zu sehen, weil sich ihr der eklatante Angehörige von Patient B zwecks dem Aufwärmen einer Mahlzeit in den Weg stellt (nachrangige Tätigkeit) oder eine Funktionsstelle mit Nachdruck den Transport des Patienten C einfordert, um freie Terminkapazitäten zu füllen (nachrangige Tätigkeit), handelt sie nicht fahrlässig, sondern vorsätzlich. Denn die möglichen Konsequenzen ihres Handelns (Kreislaufkollaps von Patient A) sind ihr aufgrund ihrer fundierten theoretischen und praktischen Ausbildung bekannt. Pflegekräfte beklagen diesen Missstand und nehmen demnach die Durchsetzungsschwäche bewusst wahr. Attribuieren Pflegekräfte die Durchsetzungsschwäche external, kann dies dazu führen, dass sie bspw. bewusst Dokumente fälschen, um nicht durchgeführte Handlungen nicht verantworten zu müssen (Hopperdietzel, 2004). Die Fälschung von Trink-, Bilanzierungs-, Lagerungs- oder sonstigen Protokollen kann wiederum eine Patientengefährdung darstellen, wenn diese Dokumente zur Diagnosefindung hinzugezogen werden. Neben Patienten gefährdet die Pflegekraft auch das Image und damit den Umsatz des Krankenhauses, da derartige Zwischenfälle von Betroffenen auf sozialen Bewertungsplattformen gepostet werden könnten und deren Nutzungsfrequenz steigt (Pöhls, 2012). Zudem schädigt sie auch sich selbst, denn attribuiert sie die emotionale Erregung, welche mit der Durchsetzungsschwäche einhergeht, internal, kann dies ihre Selbstwirksamkeitserwartung schwächen (Bandura, 1977). Niedrige Selbstwirksamkeitserwartung steht im Zusammenhang mit Arbeitsunzufriedenheit (Judge & Bono, 2001) und Burn-out (Alarcon et al., 2009; Shoji et al., 2016; Wang et al., 2015). Demnach kann die beschriebene Situation zum Begriff *Gefährdungsfall* zusammengefasst und folgendermaßen definiert werden: Eine alltägliche Arbeitssituation, in der Pflegekräfte ihre geplante Prioritätenentscheidung zugunsten nachrangiger, eklatant vorgetragener Forderungen verändern und dadurch wissentlich riskieren, sich, den Patienten und das Krankenhausimage zu schaden.

Folglich sind die Konsequenzen der beschriebenen Durchsetzungsschwäche von Pflegekräften mannigfaltig und weitreichend. Zunehmende Arbeitsverdichtung erhöht die Wahrscheinlichkeit für Tätigkeitskonflikte und damit auch für Gefährdungsfälle. Die defizitäre wirtschaftliche und personelle Lage des deutschen Krankensektors begünstigt somit Gefährdungsfälle. Die Tatsache, dass eine Stabilisierung für die Branche noch nicht absehbar ist (Blum et al., 2016) und dass nahezu jeder von uns bereits einmal Krankenhauspatient war oder sein wird¹, unterstreicht die gesamtgesellschaftliche und individuell persönliche Relevanz dieser Arbeit. Soweit der Verfasserin bekannt, ist dies die erste Arbeit, welche sich anwendungsorientiert und quantitativ mit der Reduktion von Gefährdungsfällen befasst.

3 Theorie

Im Folgenden werden die der Arbeit zugrunde gelegten theoretischen Konzepte zur Erklärung der Durchsetzungsschwäche detailliert beschrieben, auf den pflegerischen Arbeitskontext übertragen und zur Erklärung der Problemstellung angewandt. Abschließend werden Zielsetzung und abgeleitete Hypothesen präsentiert.

3.1 Durchsetzungsschwäche und das Konzept der Selbstkontrollkraft

Einen Erklärungsansatz für die beschriebene Durchsetzungsschwäche ist das Konzept der Selbstkontrollkraft. Baumeister, Bratslavsky, Muraven und Tice (1998) definieren Selbstkontrollkraft als eine limitierte Willensressource, die für die Kontrolle und/oder Unterdrückung von Emotionen, Leistungen, Kognitionen und Verhalten verantwortlich ist. Selbstkontrolle ist u. a. erforderlich, um Ablenkungen und Versuchungen zu widerstehen, die einer zielbezogenen Aufgabenerfüllung entgegenstehen, somit scheint Selbstkontrollkraft auch zur Durchsetzung von Entscheidungen benötigt zu werden (Baumeister, Heatherton, & Tice, 1994). Da nach Auffassung der Theoriebegründer diese Willensressource limitiert ist, kann sich die Selbstkontrollkraft durch Selbstkontrollanforderungen erschöpfen (Ich-Erschöpfung), sodass weniger Ressourcen für nachgeschaltete Kontrolloperationen

¹ Im Durchschnitt waren 12.9 % der Bevölkerung in den letzten zwölf Monaten stationär im Krankenhaus untergebracht (Rattay et al., 2013).

bereitstehen. Die Forschergruppe um Baumeister konnte in einer Reihe eindrücklicher Laborexperimente aufzeigen, dass Personen, die ihr Verhalten, ihre Emotionen oder Kognitionen unterdrücken mussten, in anschließenden Aufgaben deutlich schneller eine sogenannte Ich-Erschöpfung aufwiesen und schlechtere Leistungen erbrachten als Personen, die keine Selbstkontrollanforderungen erfüllen mussten (Baumeister, Bratslavsky, Muraven, & Tice, 1998; Baumeister et al., 1994). Ob Selbstkontrolle auch physische Korrelate besitzt, wie bspw. Einfluss auf den Glukosestoffwechsel oder die Herzratenvariabilität, wird in der Literatur nach ersten konformen Hinweisen inzwischen kritisch diskutiert (Boyle et al., 2016; Dang, 2016; Zahn et al., 2016).

Persuasive Beeinflussung, d. h. der Versuch, beim Kommunikationspartner eine Einstellungs-/Verhaltensänderung herbeizuführen, kann ebenfalls als Selbstkontrollanforderung verstanden werden (Baumeister et al., 1998; Burkley, 2008). Im Kontext von persuasiver Beeinflussung konnte Burkley (2008) zeigen, dass Personen, welche persönlich relevanten Überredungsversuchen von Dritten ausgesetzt waren, höhere Ich-Erschöpfung aufwiesen als Personen der Kontrollgruppe. Zudem waren Personen, die vorab Selbstkontrollanforderungen ausführen mussten, empfänglicher für Überredungen als die der Kontrollgruppen (Burkley, 2008). Außerdem scheint eine hohe Sicherheit über die eigene Einstellung in Kombination mit starken Gegenargumenten (Beeinflussung) und einer vorhandenen Ich-Erschöpfung zu einer wahrscheinlicheren Meinungs-/Verhaltensänderung zu führen, als wenn keine Ich-Erschöpfung vorliegt (Petrocelli, Williams, & Clarkson, 2015). Wird das beschriebene eklatante Auftreten von Patienten oder Dritten als eine persuasive Beeinflussung verstanden, kann die vorgestellte Problemstellung wie folgt erklärt werden: Verbal eklatante Patienten oder Dritte generieren durch ihr Auftreten starke Gegenargumente und lösen eine emotionale Reaktion bei der Pflegekraft aus (z. B. Angst, Mitleid), die mithilfe von Selbstkontrollkraft unterdrückt werden muss, um das intendierte Verhalten (Ausführen der Prioritätenentscheidung) durchzusetzen. Reicht die vorhandene Selbstkontrollkraft hierzu nicht aus, gibt die Pflegekraft der persuasiven Beeinflussung nach und verfehlt es, das intendierte Verhaltensziel durchzusetzen. Analog zum Eingangsbeispiel könnte sich die Pflegekraft somit vom eklatanten Auftreten des Angehörigen von Patient B, der mit Nachdruck das nachrangige

Aufwärmen einer Mahlzeit einfordert, oder vom eklatanten Verhalten des Kollegen aus der Funktionsstelle, der mit Nachdruck auf den nachrangigen Transport von Patient C besteht, nur dann davon abbringen lassen, zuerst nach dem kritischen Patient A zu sehen, wenn ihre verfügbare Selbstkontrollkraft nicht ausreicht, sich gegen die persuasive Beeinflussung durchzusetzen.

Selbstkontrollanforderungen bei der Arbeit sind nach Schmidt und Neubach (2010) eine bedeutsame und bislang wenig beachtete Belastungsquelle. Unser komplexer werdender und dynamischer Arbeitsalltag erfordert ein hohes Maß an „flexible[r] Selbstkontrolle des Verhaltens, der Emotionen und Gedanken“ (Schmidt & Neubach, 2010, S.133). Besonders Arbeitsrollen im Dienstleistungssektor, zu dem das Arbeitsfeld der Pflegekräfte zählt, erfordern von den Beschäftigten die Kontrolle von impulsivem Verhalten, Emotionen und Kognitionen, um ein optimales positives Kundenerlebnis und Professionalität zu gewährleisten (Brotheridge & Grandey, 2002; Neubach & Schmidt, 2006). Zur Charakterisierung und Belastungsanalyse von Arbeitsplätzen entwickelten Schmidt und Neubach (2010) ein Fragebogeninstrument, welches situativ die drei Anforderungsdimensionen *Impulskontrolle*, *Überwinden innerer Widerstände* und *Ablenkungen widerstehen* beinhaltet. In ihren Untersuchungen konnten die Autoren signifikante Zusammenhänge mit Beanspruchungsindikatoren (Fehlzeiten, Burn-out, Depressivität) aufzeigen, welche über die Konstrukte Zeitdruck, Arbeitsmenge, Arbeitskomplexität, Konzentrationsanforderungen, Rollenambiguität und fehlende soziale Unterstützung hinaus zusätzliche Varianzanteile (4–10 %) erklärten (Schmidt & Neubach, 2007, 2009). Selbstkontrollanforderungen scheinen darüber hinaus die Auswirkungen von Arbeitsbelastung (Aufgabenkomplexität, Arbeitsmenge, Zeitdruck) auf Erschöpfungs-/Angstzustände und Fehltage zu mediieren (Diestel & Schmidt, 2009).

Verfügbare Selbstkontrollkraft ist anscheinend nicht nur von situativen Anforderungen abhängig, sondern auch eine Persönlichkeitseigenschaft, deren Kapazität und Grad der Ich-Erschöpfung analog zu einem Muskel situativ trainiert und gepuffert werden kann (Baumeister, Gailliot, DeWall, & Oaten, 2006; Hagger, Wood, Stiff, & Chatzisarantis, 2010). Zur Vertiefung der theoretischen Analyse der beschriebenen Problemstellung wird im folgenden Kapitel das Konzept der Selbstkontrollkraft in Bezug zu anderen Theorien und Erklärungsansätzen aus der Selbstregulation diskutiert und beleuchtet.

3.2 Durchsetzungsschwäche, Selbstkontrollkraft und die Theorie des geplanten Verhaltens

„All men are tempted. There is no man that lives that can't be broken down, provided it is the right temptation, put in the right spot.“ (Beecher & Drysdale, 1887, p. 220). Dieses literarische Zitat verdeutlicht, dass sich bereits seit früher Zeit Literatur- und Geisteswissenschaften mit dem Thema Beeinflussung und der urmenschlichen Durchsetzungsschwäche beschäftigt haben. Die psychologische Forschungslandschaft wurde besonders von der Theorie des geplanten Verhaltens (Ajzen, 1985, 1991; Ajzen & Madden, 1986) geprägt. Diese Theorie versucht die Ausführungswahrscheinlichkeit von intendiertem Verhalten vorherzusagen, dessen Determinanten zu beschreiben und einen Erklärungsansatz für die Durchsetzungsschwäche, die sogenannte Intentions-Verhaltenslücke, zu leisten. Im Modell geht Ajzen (1991) davon aus, dass die Ausführung von intendiertem Verhalten von zwei interagierenden Hauptkomponenten abhängt: der Intentionsstärke und der aktuellen Verhaltenskontrolle, welche im Folgenden näher erörtert werden.

Eine Grundregel des Modells lautet: Je stärker die Intention, desto wahrscheinlicher ist die Ausführung von intendiertem Verhalten. Hierbei hängt die Intentionsstärke von drei Komponenten ab: Der Einstellung gegenüber dem Verhalten, der subjektiven Norm und der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle. Die Einstellung gegenüber dem Verhalten wird generiert durch die Einschätzung der Person, wie wünschenswert das Verhalten ist. Hierbei spielen persönliche Überzeugungen eine zentrale Rolle. Die subjektive Norm hingegen wird geprägt durch normative Überzeugungen. Sie wird definiert als der empfundene soziale Druck, das intendierte Verhalten auszuführen bzw. zu unterlassen und die Motivation der Person, diesem Druck zu entsprechen. Die dritte Komponente ist die wahrgenommene Verhaltenskontrolle. Diese Komponente unterscheidet die Theorie des geplanten Verhaltens von ihrer Vorgängerversion der Theorie des überlegten Verhaltens. Beide Theorien beinhalten die Komponenten Einstellung gegenüber dem Verhalten und subjektive Norm. Die Revision der Theorie liegt in der zusätzlichen Komponente wahrgenommene Verhaltenskontrolle. Dieser Zusatz war erforderlich, da oftmals interne oder externe Faktoren den Pfad zwischen Intention und Verhalten beeinflussen und somit eine Intentions-Verhaltenslücke erklären können. Wahrgenommene Verhaltenskontrolle wird definiert als die erwartete Mühelosigkeit

der Ausführung des intendierten Verhaltens unter Einbezug von Vorerfahrung und antizipierten Barrieren: „the perceived ease or difficulty of performing the behavior and it is assumed to reflect past experience as well as anticipated impediments and obstacles“ (Ajzen, 1991, p. 188). Nach Ajzen ist dieses von Kontrollüberzeugungen geprägte Konstrukt höchstkompatibel mit der Selbstwirksamkeitserwartung. Selbstwirksamkeitserwartung wiederum kann als die persönliche Einschätzung der eigenen Kompetenz, ein Verhalten auch in diffizilen Situationen ausführen zu können, definiert werden (Bandura, 1977). Die Komponente wahrgenommene Verhaltenskontrolle beeinflusst nicht nur die Stärke der Intention, sondern kann auch direkt das Verhalten beeinflussen und nimmt damit eine Schlüsselrolle in der Theorie ein (Ajzen, 1985, 1991; Ajzen & Madden, 1986).

Übertragen auf die Problemstellung der pflegerischen Durchsetzungsschwäche, kann die Sicherheit über die eigene Prioritätenentscheidung als die Komponente Einstellung gegenüber dem Verhalten deklariert werden. Denn ist die Pflegekraft mit einem Tätigkeitskonflikt konfrontiert, wägt sie nach Wichtigkeit und Dringlichkeit ab, was sie zuerst tut, und trifft eine Entscheidung (intendiertes Verhalten). Je sicherer sie sich in ihrer Entscheidung ist, dass sie zuerst nach dem kritischen Patient A sieht und danach die Mahlzeit von Patient B aufwärmt oder Patient C zur Untersuchung bringt, desto überzeugter ist ihre Einstellung gegenüber ihrem intendierten Verhalten. Die subjektive Norm kann als Einschätzung der sozialen Zustimmung bezüglich des intendierten Verhaltens verstanden werden, kurz gesagt, ob die Pflegekraft sich sicher ist, dass ihre Kollegen sich ebenfalls für die Priorisierung des kritischen Patient A entscheiden würden. Das Ausmaß, in dem sich die Pflegekraft als fähig einschätzt, ihr intendiertes Verhalten, zuerst nach Patient A zu sehen, gegenüber konkurrierenden Anfragen durchzusetzen, kann als wahrgenommene Verhaltenskontrolle deklariert werden.

Die aktuelle Verhaltenskontrolle hingegen stellt die zweite determinierende Hauptkomponente der Theorie dar. Sie hängt sowohl von externen als auch von internen Faktoren ab. Zu den externen Faktoren zählen Ressourcen wie Geld, Zeit, Kooperationsbereitschaft von Dritten, etc. (Ajzen, 1985, 1991). Zu den internen zählen neben Fertigkeiten auch Persönlichkeitseigenschaften wie Willensstärke. Ajzen (1985) definiert Willensstärke, analog zu Baumeisters Selbstkontrollkraft, als eine Fähigkeit, Versuchungen zu widerstehen. Er geht davon aus, dass diese

Fähigkeit am bedeutsamsten mit der Ausführungswahrscheinlichkeit von intendiertem Verhalten zusammenhängt: „people`s ability to resist temptation (their willpower) may be an important determinant of certain types of behavior, over and above the influence of attitudes or intentions“ (Ajzen, 1985, p. 26). Übertragen auf die Problemstellung könnten Pflegekräfte bspw. der Versuchung verfallen, sich vor zeitintensiven Konfliktgesprächen zu schützen: „I give priority to those [...] because otherwise they will consume much more of my time. They`ll ring and nag [...] and one protects oneself by being complaisant“ (Tønnessen et al., 2009, p. 278).

Analog zu diesen Überlegungen haben Autoren domänenübergreifend versucht, Konstrukte der Willensstärke und die Theorie des geplanten Verhaltens zusammenzuführen (Higgins & Marcum, 2005; Lin, Lee, Modeste, & Johnson, 2012). Tomasone, Meikle und Bray (2015) integrierten erstmalig Baumeisters Konzept der Selbstkontrollkraft im Kontext Gesunde Ernährung. Neuere Studien von Redondo und Puelles (2017) integrierten, im umweltpsychologischen Kontext, ebenfalls die beiden Theorien. Selbstwirksamkeitserwartung und Selbstkontrollkraft scheinen nach Bertrams und Dickhäuser (2009) diskriminante Konstrukte zu sein, da das Messinstrument für Selbstkontrollkraft nur marginale nicht signifikante Korrelationen mit Selbstwirksamkeitserwartung aufweist. Dieser Befund unterstreicht die Annahme, dass Selbstkontrollkraft als interner Faktor der aktuellen Verhaltenskontrolle verortet werden könnte.

Die Verwendung der Theorie des geplanten Verhaltens und die Einbettung des Konstruktes Selbstkontrollkraft erscheinen auch für die Domäne der vorliegenden Arbeit aus zwei Gründen sinnvoll: Erstens sind bewusste kognitive Prozesse Voraussetzung für die Theorie des geplanten Verhaltens. Nach Betsch (2005) führt negativer Affekt und Affektinkohärenz, welche durch das eklatante Auftreten und die nachrangige Forderung von Patienten/Dritten vermutet werden kann, zur Aktivierung eines deliberaten bewussten Entscheidungsprozesses. Obwohl Miller (2015) pflegerische Prioritätensetzung als automatisierten, intuitiven Entscheidungsprozess deklariert, der besonders unter Zeitdruck daher höchst effizient ist, steht dies in keinem argumentativen Widerspruch zur Theorie des geplanten Verhaltens. Denn würde die Pflegekraft in ihrem Ausführungsprozess nicht unterbrochen werden, würde sie routiniert ihre Prioritätenentscheidung umsetzen, unabhängig von ihrer momentan verfügbaren Selbstkontrollkraft. Das eklatante Auftreten führt nach der

routinierten und automatisierten Prioritätenentscheidung zu der Notwendigkeit, dass die Pflegekraft bewusst ihre Intention (Prioritätenentscheidung) prüft bzw. erstmals bewusst bildet und plant, um ihre intuitive Prioritätenentscheidung durchzusetzen. Im Beispiel bedeutet dies, dass die Pflegekraft, bei neutralem Erhalt der Information (z. B. durch einen Kollegen), dass Patient A in einem kritischen Zustand ist und Patient B das Aufwärmen seiner Mahlzeit benötigt, routiniert und automatisiert die Intention bildet, zuerst zu Patient A zu gehen. Das nachgeschaltete eklatante Auftreten erfordert eine Reevaluation der Entscheidung. Nach Ajzen (1991) können durch persuasive Beeinflussung alle drei Komponenten der Intentionsbildung beeinflusst werden. Bekommt die Pflegekraft die Information direkt von dem eklatanten Angehörigen, führt sie nur den deliberaten Prozess durch, wobei natürlich diejenigen Komponenten, die für die Generierung der routinierten Entscheidungsbildung zuständig sind, auch hier die Intentionsstärke beeinflussen. Zweitens deuten die persuasiven Beeinflussungsbefunde aus der Selbstkontrollkraftforschung darauf hin, dass Prioritätendurchsetzung gegen Widerstände Selbstkontrollkraft erfordert und von den momentan verfügbaren Ressourcen abhängt (Burkley, 2008; Janssen, Fennis, Pruyn, & Vohs, 2008).

Zusammenfassend lässt sich daher argumentieren, dass die Einbettung des Konstruktes Selbstkontrollkraft in die Theorie des geplanten Verhaltens als interner Faktor der aktuellen Verhaltenssteuerung sinnvoll erscheint und einem beginnenden Trend psychologischer Forschung entspricht. Diese Arbeit hat nicht das Ziel, diese theoretischen Überlegungen zu prüfen, sondern vielmehr den Anspruch, einen praxisrelevanten Lösungsansatz zu generieren. Dies erfordert, im Einklang mit der Lewin'schen Maxime, die eingehende detaillierte theoretische Beleuchtung der Thematik, denn „Nothing as practical as a good theory“ (McCain, 2015, p. 1).

3.3 Lösungsansatz, Zielsetzung und Hypothesen

Unabhängig von notwendigen strukturellen und gesamtgesellschaftlichen Änderungen, fokussiert diese Arbeit einen praxisbezogenen Lösungsansatz auf Individual- und Prozessebene aus zwei Gründen: Erstens können Individualmaßnahmen und Prozessanpassungen schnell in den Kliniken umgesetzt werden, im Gegensatz zu langwierigen strukturellen Veränderungen im defizitären Krankenhaussektor. Zweitens kann hierdurch die Thematik erste fundierte Beachtung

im Gesundheitswesen erlangen, welche notwendig ist, um nachhaltige gesamtgesellschaftliche Veränderungen anzustoßen.

In Anbetracht der angeführten mannigfaltigen und weitreichenden Konsequenzen der Problemstellung und aufbauend auf den theoretischen Überlegungen zur Erklärung derselben lautet die primäre Zielsetzung dieser Arbeit: Die Selbstkontrollkraft und die Intensionsstärke von Pflegekräften zu stärken, um die berichtete Durchsetzungsschwäche in Situationen mit hoher Arbeitsbelastung und eklatanter Beeinflussung durch Patienten oder Dritte zu reduzieren.

Dieses Ziel soll primär mithilfe eines Trainings auf Individualebene erreicht werden. Es soll zum einen die Intentionen der Pflegekräfte stärken, um, wie von Ajzen (1991) postuliert, die Ausführungswahrscheinlichkeit des intendierten Verhaltens zu erhöhen. Wie vermutlich jeder von uns schon selbst erfahren musste, reicht eine starke Intention allein nicht immer aus, um die Intentions-Verhaltens-Lücke zu schließen, besonders dann, wenn, wie in der zugrunde gelegten Problemstellung beschrieben, interne und externe Faktoren der determinierenden aktuellen Verhaltenskontrolle wirksam sind. Demnach muss das Training ebenfalls den internen Faktor der aktuellen Verhaltenssteuerung Selbstkontrollkraft stärken.

Darüber hinaus soll das Training in einen größeren Projektrahmen eingebettet sein, damit entwickelte Prozessanpassungen eine nachhaltige und wirksame Lösung ermöglichen. Das Projekt RESIST (Richtig Entscheiden, Stationsspezifisch, Intuitiv, Sicher und Tragfähig) soll einen geeigneten Rahmen für dieses Training bieten. Das Projekt RESIST verfolgt zwei Ziele, erstens die Analyse der pflegerischen Prioritätensetzung und Ableitung von Prozessoptimierungen, zweitens, analog zur beschriebenen Zielsetzung dieser Arbeit, die Stärkung der Prioritätendurchsetzung. Im Zuge des ersten Zieles wurde im Jahr 2015 erfolgreich eine quantitative, computergestützte pflegerische Prioritätenliste generiert, welche die tiefgehende Analyse der rudimentär untersuchten Schlüsselkompetenz Prioritätensetzung im pflegerischen Arbeitskontext ermöglichte. Zudem konnten stationsspezifische Prozessoptimierungen abgeleitet und umgesetzt werden. Das Training soll das zweite Ziel des Projekts, die Stärkung der Prioritätendurchsetzung, bedienen. Diese Arbeit fokussiert primär das durchgeführte Prioritätendurchsetzungstraining bzw. das zweite Projektziel. Weiterführende Informationen zum Projektkonzept RESIST sind dem

Anhang A zu entnehmen. Die Befunde zur generierten Prioritätenliste können bei Miller (2015) detailliert nachgelesen werden.

Zielkonform wurde in der vorliegenden Untersuchung erwartet, dass Pflegekräfte, welche am Prioritätendurchsetzungstraining teilnehmen, jeweils unmittelbar nach dem Training und unter Berücksichtigung relevanter Kontrollfaktoren, wie bspw. der vorherrschenden Selbstkontrollanforderungen, über signifikant weniger Gefährdungsfälle (*Hypothese 1*), höhere Selbstkontrollkraft (*Hypothese 2*), mehr Sicherheit in ihrer Entscheidung (*Hypothese 3*), mehr Sicherheit über die Zustimmung ihrer Kollegen (*Hypothese 4*) und mehr Selbstwirksamkeitserwartung (*Hypothese 5*) berichten als unmittelbar vor dem Training. Die erwarteten Trainingseffekte wurden mithilfe eines Wartelisten-Kontrollgruppendesigns und insgesamt drei Messzeitpunkten getestet. Nach bestem Wissen der Verfasserin ist die vorliegende Untersuchung die erste dieser Art, welche empirisch untersucht, ob Prioritätendurchsetzung trainierbar ist.

4 Methode

Im Folgenden werden Stichprobe, Untersuchungsmaterialien, -durchführung und das statistische Auswertungsvorhaben ausführlich beschrieben.

4.1 Stichprobe

Die Untersuchung wurde in einem südwestdeutschen Krankenhaus mit Funktionen der Maximalversorgung² über einen Zeitraum von 14 Monaten von Februar 2015 bis März 2016 durchgeführt. Aufgrund betriebswirtschaftlicher Erwägungen wurden vom Management zwei Pflegestationen mit ähnlicher Mitarbeiteranzahl für die Untersuchung freigegeben, sodass eine Beschränkung der Stichprobengröße (~ 60 potentielle Teilnehmer) und der Randomisierung vorlag. Die Interventionsgruppe war eine interdisziplinäre Aufnahmestation mit angeschlossener kardiologischer Überwachungseinheit. Die Wartelisten-Kontrollgruppe war eine kardiologische und herzchirurgische Normalstation. Auf beiden Pflegestationen wurde mittels Werbeplakat, personalisierten Flyern und Vorsprachen in

² Der Begriff *Maximalversorgung* beschreibt die höchstmögliche Stufe in der Versorgungsklassifikation von Krankenhäusern. Sie verfügen über hochspezialisierte medizinisch-technische Geräte, ein großes Einzugsgebiet und sind oftmals Universitätskliniken. (Landauer, 2014)

Stationsbesprechungen für die Untersuchung geworben (siehe Anhang B und C). Insgesamt folgten 53 Mitarbeiter des Pflegedienstes dem Aufruf. Ausschlusskriterien waren: Auszubildende und Personen, die Freiwilligendienste ableisteten, deutsches Sprachniveau < B2³ und Teilnahme an weniger als zwei Messzeitpunkten. Drei Teilnehmer wurden ausgeschlossen, da sie nur zu einem Messzeitpunkt anwesend waren. Drei weitere Teilnehmer wurden ausgeschlossen, weil sie nur zum Training und zu keinem Messzeitpunkt anwesend waren ($N = 47$). Die Interventionsgruppe (IG)⁴ umfasste 29 Teilnehmer (28 Gesundheits- und Krankenpflegekräfte, 1 medizinische Fachangestellte), die Wartelisten-Kontrollgruppe (WG)² wies 18 Teilnehmer (16 Gesundheits- und Krankenpflegekräfte, 1 medizinische Fachangestellte, 1 Gesundheits- und Krankenpflegehelferin) auf. Obwohl drei Teilnehmer keine professionellen Pflegekräfte waren, wurden sie auf Wunsch des Managements mit einbezogen. Geschlechts- und Altersdaten konnten aufgrund datenschutzrechtlicher Restriktionen nicht erhoben werden. Nach Benner, Tanner und Chelsea (1996) sind Pflegekräfte nach fünf oder mehr Jahren dazu in der Lage, Prioritäten automatisiert und intuitiv zu setzen und können als Experten klassifiziert werden. Dementsprechend wurde Berufserfahrung zweistufig erhoben: < 5 Jahre versus ≥ 5 Jahre (siehe Tabelle 1). Die IG wies signifikant mehr berufserfahrene bzw. weniger berufsunerfahrene Teilnehmer auf als die WG ($\chi^2 [1] = 4.36; p < .05$)⁵. Der Zusammenhang kann nach De Vaus (2002) als mittel bewertet werden ($\Phi = -.35; p < .05$). Die Teilnahme an der Untersuchung war freiwillig, und alle Termine wurden als geleistete Arbeitszeit vergütet.

³ Der Begriff *Sprachniveau B2* wird nach dem Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen für Sprachen (GER) als Sprachkompetenz definiert, die eine selbständige Sprachverwendung bescheinigt (Gemeinsamer europäischer Referenzrahmen für Sprachen [GER], 2004).

⁴ Hier wird von der klassischen Namensgebung Experimental- und Kontrollgruppe abgewichen, um dem vorliegenden Randomisierungsproblem Ausdruck zu verleihen.

⁵ Kontinuitätskorrektur nach Yates.

Tabelle 1

Übersicht zur relativen Häufigkeit von Berufserfahrung in den Untersuchungsgruppen

	Wartelisten-Kontrollgruppe	Interventionsgruppe	Gesamt
Berufserfahrung			
< 5 Jahre	25.5 %	19.1 %	44.7 %
≥ 5 Jahre	12.8 %	42.6 %	55.3 %
Gesamt	38.3 %	61.7 %	100.0 %

4.2 Material

Das Sicherheitsrating (*Sicherheit über die eigene Entscheidung, Sicherheit über die Zustimmung der Kollegen*) erfolgte mittels einer computergestützten Sequenz. Die restlichen Variablen wurden mit Papierfragebögen erhoben. Alle Materialien wurden vorab mit dem verantwortlichen Management und dem Betriebsrat abgestimmt. Analysen der intervallskalierten Variablen beruhen jeweils auf Mittelwertbildungen. Im Folgenden werden zunächst die computergestützt erhobenen Materialien und danach die Papierfragebogeninstrumente präsentiert.

Sicherheit über die eigene Entscheidung und die *Sicherheit über die Zustimmung der Kollegen* wurde mithilfe einer computergestützten 6-stufigen Likert-Skala (0 *Sehr Unsicher* – 5 *Sehr Sicher*) erhoben. Zur Programmierung wurde die Open-Source-Programmierschnittstelle *Psychopy* (Version 1.81.03, Peirce, 2007) genutzt. Insgesamt wurden den Teilnehmern neun verschiedene Tätigkeitspaare in roter/orangener Schriftfarbe (Schriftart Arial) auf hellblauem Hintergrund präsentiert. Zusätzlich wurde oberhalb jeder Tätigkeitsbezeichnung ein Foto dargeboten (0.4 × 0.5 Bildschirmeinheiten). Das vollständige Material zum Sicherheitsrating kann Anhang D entnommen werden. Zuerst entschieden sich die Teilnehmer, welche der beiden Tätigkeiten sie zuerst bearbeiten würden (Wichtigkeitsbeurteilung). Danach wurden sie gefragt, wie sicher sie sich in ihrer Entscheidung sind und wie sicher sie sich sind, dass ihre Kollegen dieselbe Entscheidung getroffen hätten (siehe Abbildung 1). Sieben Tätigkeitspaare wurden aus derselben Dringlichkeitsstufe, zwei aus benachbarten Dringlichkeitsstufen randomisiert aus dem Tätigkeitspool von Miller (2015) gezogen. Weiterführende Details zur Konzeption und Darbietung der Tätigkeitsbezeichnungen, sowie Fotos können dem Tätigkeitspool von Miller (2015) entnommen werden. Die beiden Vergleiche aus benachbarten Dringlichkeitsstufen



Abbildung 1: Chronologische Darstellung des Sicherheitsratings mittels Screenshots.

(1) Die Teilnehmer mussten sich per Mausklick für eine von zwei Tätigkeitsbezeichnungen entscheiden. (2) Danach mussten sie per Mausklick einschätzen, wie sicher sie sich selbst in der eigenen Entscheidung sind. (3) Anschließend verschwand der dazugehörige Zahlenstrahl, und sie schätzten ein, wie sicher sie sich sind, dass ihre Kollegen dieselbe Entscheidung treffen würden.

fungierten als Manipulationscheck, zur Prüfung der Gewissenhaftigkeit der Teilnehmerbewertungen. Es wurde davon ausgegangen, dass Entscheidungen zwischen Tätigkeiten benachbarter Dringlichkeitskategorien einfacher und daher mit höherer Sicherheit getroffen werden können als Entscheidungen zwischen Tätigkeiten derselben Dringlichkeitsstufe.

Gefährdungsfälle wurden mit einem selbstkonzipierten Item erhoben, da kein vergleichbares Instrument vorlag: „Wie oft ist es in den letzten 14 Arbeitstagen vorgekommen, dass Sie ihre geplante Tätigkeitsabfolge verändern mussten, um eine von jemandem anderen geforderte Tätigkeit zu erfüllen, die Ihrer Meinung nach nachrangige Priorität hatte?“. Das Item wurde, am Ende des im weiteren beschriebenen BERNCA-Fragebogens zur impliziten Rationierung, mit identischer Antwortskala integriert, um Demand-Effekte (Orne, 1962) zu vermeiden. Zur explorativen qualitativen Informationsgewinnung wurden zusätzlich Ursachen für die Gefährdungsfälle als Mehrfachantworten-Set mit Freitextoption abgefragt („Was waren die Gründe für das Verändern der Tätigkeitsabfolge?“). Die selbstkonzipierten Antwortoptionen lauteten: 1. Druck von einer anderen Station/Funktionsstelle (z. B.

Patienten zu bringen oder zu holen), 2. Angst vor Beschwerden von Patienten und/oder Angehörigen, 3. Druck von einem Kollegen/Arzt, seine Forderung zuerst zu erfüllen, 4. Falsche Einschätzung der Situation, 5. Starker Nachdruck von Patient und/oder Angehörigen und 6. Freitext. Bis auf Antwortoption zwei und vier beinhalteten alle Items somit die Thematik Druck von externer Stelle. Aufgrund des explorativen und innovativen Charakters der Abfrage wurden keine Hypothesen zum Antwortverhalten der Teilnehmer generiert.

Selbstkontrollkraft wurde mit der 26-Item-Skala von Hupke (2011) erhoben (z. B. „In den letzten 14 Arbeitstagen verlor ich zu schnell die Geduld“). Das Instrument ist angelehnt an die häufig verwendete 36-Item-Skala zur Erfassung von Selbstkontrollkraft von Tangney, Baumeister und Boone (2004). Hupke (2011) beschränkt sich in ihrer Skala auf diejenigen Items, welche dem Arbeitskontext zugeordnet werden können und berichtet eine interne Konsistenz von .80 (Cronbachs α). Der Fragebogen weist eine 5-stufige Likert-Skala auf (1 *Stimmt nicht* – 5 *Stimmt genau*).

Berufsspezifische Selbstwirksamkeitserwartung wurde im Sinne Banduras (1977) bereichsspezifisch mit der 13-Item-Kursskala für Pflegekräfte im Krankenhaus von Heindle (2009) erhoben. Teilnehmer konnten anhand einer 4-stufigen Likert-Skala (1 *Stimmt nicht* – 4 *Stimmt genau*) ihre Zustimmung zu Aussagen wie „Es gelingt mir selbst bei todkranken Patienten, eine gute Pflege zu gewährleisten“ bewerten. Die eindimensionale Skala weist eine interne Konsistenz von Cronbachs $\alpha = .82$ auf. Für weiterführende Analysen zum Zusammenhang zwischen Selbstkontrollkraft und Selbstwirksamkeitserwartung wurde die vielfach verwendete 10-Item-Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung von Schwarzer und Jerusalem (1999) erhoben. Sie weist eine interne Konsistenz von Cronbachs $\alpha = .92$ (Hinz, Schumacher, Albani, Schmid, & Brähler, 2006) auf. Daten wurden ausschließlich für die Zusammenhagsuntersuchung erhoben, da das Instrument von Heindle (2009) auf den spezifischen Arbeitskontext zugeschnitten ist und auch Bandura (1997) appelliert, Selbstwirksamkeitserwartung bereichsspezifisch zu untersuchen.

Selbstkontrollanforderungen bei der Arbeit wurden mit der 15-Itemskala von Schmidt und Neubach (2010) erhoben (1 *Trifft gar nicht zu* – 5 *Trifft völlig zu*). Das Instrument beinhaltet die drei Skalen *Impulskontrolle* (z. B. „Meine Arbeit verlangt von

mir, niemals die Beherrschung zu verlieren.“), *Überwinden innerer Widerstände* (z. B. „Einige meiner Arbeitsaufgaben kann ich nur gegen innere Widerstände bearbeiten.“) und *Ablenkungen widerstehen* („Um mein Arbeitsziel zu erreichen, darf ich mich nicht ablenken lassen.“). Die drei Skalen bilden distinkte, moderat korrelierte Anforderungsformen ab. Die interne Konsistenz der Skalen beträgt laut Schmidt und Neubach (2007) zwischen .88 bis .91 (Cronbachs α). Selbstkontrollanforderungen sollten die vorherrschende Arbeitsbelastung abbilden und als Kontrollvariable fungieren.

Ein zusätzlicher Fragebogen zur *impliziten Rationierung* wurde aus zwei Gründen erhoben: Erstens zur Einbettung der Gefährdungsfälle-Abfrage und zweitens, um explorativ das heterogene, aber pflegewissenschaftlich und in der Praxis relevante Konstrukt zu analysieren und um für etwaige Einflüsse des komplexen Konstruktes als zweite Kontrollvariable zu kontrollieren. *Implizite Rationierung* wurde mithilfe des Basel-Extent-of-Rationing-of-Nursing-Care-(BERNCA-)Fragebogens erfasst (Schubert, Glass, Clarke, Schaffert-Witvliet, & De Geest, 2007). Das Instrument beinhaltet 20 Items (Cronbachs $\alpha = .93$) und erhebt auf einer 4-stufigen Likert-Skala (0 *Nie* – 3 *Oft*), wie häufig in den letzten Arbeitstagen pflegerische Tätigkeiten aufgrund von Zeitmangel, Arbeitsüberlastung oder Kostengründen nicht/ungenügend durchgeführt werden konnten, z. B. wie oft die Teilnehmer „keine angemessene Händehygiene durchführen konnten“. Das Item „eine Pflegeplanung nicht erstellen oder aktualisieren“ wurde vom Management nicht zugelassen, sodass 19 Items verblieben.

Berufserfahrung wurde kategorial (0 *wenig Berufserfahrung < 5 Jahre*, 1 *viel Berufserfahrung ≥ 5 Jahre*) als dritte Kontrollvariable erhoben.

4.3 Prozedur

Die Untersuchung umfasste drei Phasen zur Datenerhebung und zwei Trainingsphasen. Diese werden im Folgenden erläutert.

4.3.1 Datenerhebung

Die Teilnehmer absolvierten die Datenerhebung zu allen drei Messzeitpunkten (Frühjahr 2015, Sommer 2015, Winter/Frühjahr 2016) einzeln oder in Gruppen mit maximal sieben Personen jeweils an einem PC-Einzelarbeitsplatz. In der Regel war der Erhebungszeitpunkt nachmittags (14:00 Uhr), nach einer absolvierten

Frühschicht. In 8 von 141 möglichen Messfällen (47 Teilnehmer × 3 Messzeitpunkte) haben die Teilnehmer aufgrund von Dienstplanänderungen, Arbeitsplatzwechsel, Elternzeit oder Urlaub den Fragebogen selbstständig ausgefüllt, ohne Angabe der Uhrzeit, zuhause oder am Arbeitsplatz, und ohne die Computersequenz zu bearbeiten. Da diese Abweichung nur einen geringen Teil der Datensätze betrifft (5.67 %) und daher keine massiven und systematischen Abweichungen zu erwarten waren, wurden diese Datensätze in die Analysen regulär mit eingeschlossen.

Zu Beginn des ersten Messzeitpunktes willigten die Teilnehmer schriftlich zu allen Teilen der Untersuchung ein und wurden über die Anonymität der Daten informiert (siehe Anhang E). Des Weiteren verlief die Datenerhebung zu allen drei Messzeitpunkten sequentiell und inhaltlich identisch: Sie begann mit einer kurzen, standardisierten Begrüßung durch den Versuchsleiter und der Aushändigung der Papierfragebögen. Die Durchführungsdauer der Fragebögen betrug 45 Minuten und beinhaltete schriftliche Instruktionen (siehe Anhang E). Nachdem die Teilnehmer ihre Fragebögen abgegeben hatten, wurde die zehnminütige computergestützte Sequenz gestartet und die Teilnehmer standardisiert durch das Sicherheitsrating geleitet (siehe Abbildung 1 und Anhang D). Die Teilnehmer wurden anfangs zu Bedienungsmodalitäten instruiert. Zudem wurde den Teilnehmern mitgeteilt, dass es keine richtigen und falschen Antworten gibt und dass sie für jedes der neun Entscheidungspaare insgesamt 20 Sekunden Zeit hatten. Tatsächlich enthielt das Programm keinen Timeout. Teilnehmer sollten hierdurch zum schnellen Antworten motiviert werden, analog zu Entscheidungssituationen im Arbeitsalltag. Abschließend erhielten die Teilnehmer eine Einladung zur nächstdatierten Ergebnispräsentation (inklusive Debriefing) des Projekts RESIST und hatten die Möglichkeit, schriftliches Feedback zu geben (Formblatt siehe Anhang E, Ergebnisse siehe Anhang F).

4.3.2 Prioritätendurchsetzungstraining

Das Training fand für die IG zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt (Mai/Juni 2015), für die WG zwischen dem zweiten und dritten Messzeitpunkt (September/Oktober 2015) statt. Aufgrund betriebswirtschaftlicher Restriktionen dauerte das Training nur 90 Minuten und fand in Gruppen von zwei bis sechs Personen nachmittags, nach einer absolvierten Frühschicht an insgesamt acht Terminen (vier pro Untersuchungsgruppe) statt. Aufgrund zahlreicher Termenschwierigkeiten im Rahmen von kurzfristigen Dienstplanänderungen und dem

Anspruch, die Trainingsphasen jeweils innerhalb von zwei Monaten abzuschließen, war es nicht möglich, allen Teilnehmer ein Präsenztraining anzubieten. Daher wurde kurzfristig eine vergleichbare virtuelle Variante des Trainings konzipiert, sodass die entsprechenden Teilnehmer zuhause in Einzelarbeit das Training absolvieren konnten. In der IG betraf dies 14 von 29 Personen (48.3 %), in der WG 7 von 18 Personen (38.9 %). Die *Trainingsmethode* wurde daher als vierte Kontrollvariable kurzfristig in die Untersuchung mit aufgenommen (0 *Präsenztraining*, 1 *virtuelles Training*). Die beiden Untersuchungsgruppen unterschieden sich nicht in der Häufigkeitsverteilung der Trainingsmethode ($\chi^2 [1] = .11$; $p = .75$; n. s.)⁶. Berufserfahrung und Trainingsmethode wiesen über beide Untersuchungsgruppen hinweg jedoch eine mittlere Zusammenhangsstärke auf ($\chi^2 [1] = 5.16$; $p < .05$; $\Phi = .38$)⁴. Weitere Analysen ergaben, dass der Zusammenhang in beiden Untersuchungsgruppen galt und nach De Vaus (2002) als mittel bewertet werden kann (IG: $\chi^2 [1] = 8.82$; $p < .05$; $\Phi = .31$; WG: $\chi^2 [1] = 9.96$; $p < .05$; $\Phi = .49$)⁶. Demnach absolvierten mehr berufserfahrene Teilnehmer das Präsenztraining als das virtuelle Training und mehr berufserfahrene das virtuelle Training als das Präsenztraining.

Die folgenden Ausführungen präsentieren in Form einer Kurzzusammenfassung zunächst das Rahmenkonzept, die übergeordneten Lern- und Entwicklungsziele des Trainings sowie den Trainingsinhalt in chronologischer Reihenfolge. Details und weiterführende Informationen sind im ausführlichen Trainingsmanual enthalten (Anhang G).

Rahmenkonzept und Ziele des Trainings

Das Rahmenkonzept des Trainings beruht auf dem 4MAT-Modell zur erfolgreichen und nachhaltigen Trainingskonzeption. Dieses umfasst vier unterschiedliche Trainingsphasen (*Engage, Share, Practice, Perform*). Via Rollenwechsel spricht der Trainer in jeder Phase einen anderen Lernaspekt bei den Teilnehmern an. Die Phasen können, müssen aber nicht chronologisch ablaufen. Schleifen und Vermischungen sind üblich und fördern einen nachhaltigen Trainingserfolg. (O'Neill-Blackwell, 2012)

⁶ Kontinuitätskorrektur nach Yates.

Inhaltlich umfasste das Training zwei Arten von Zielen, persönliche Entwicklungsziele und Lernziele. Persönliche Entwicklungsziele der Teilnehmer umfassten verschiedene Komponenten zur Stärkung der Selbstkontrollkraft, der Sicherheit über die eigene Entscheidung, der Sicherheit über die Zustimmung der Kollegen und der Selbstwirksamkeitserwartung. Die Themen Prioritätensetzung und Prioritätendurchsetzung wurden im Training oftmals verbunden, da je nachdem, wie die kritische Situation zeitlich gelagert ist, zuerst eine intuitive Prioritätensetzung erfolgt und dann die Durchsetzung gegen eklatante nachrangige Forderungen notwendig ist oder Prioritätensetzung und -durchsetzung sich vermischen. Die theoretischen Überlegungen zu den jeweiligen Zielen werden im Folgenden ausgeführt.

Selbstkontrollkraft sollte mithilfe von Wichtigkeitsinduktion und Wenn-dann-Plänen gestärkt werden. Muraven und Slessareva (2003) motivierten Probanden, indem sie ihnen mitteilten, dass ihre Anstrengungen einen Mehrwert für sich/andere darstellten, und konnten zeigen, dass die dadurch motivierten Probanden in nachgeschalteten Selbstkontrollaufgaben bessere Ergebnisse erzielten als Probanden, welche nicht dementsprechend motiviert wurden. Daher wurde im Training mehrfach betont, dass Prioritätensetzung und -durchsetzung für die Teilnehmer und die Patienten sehr wichtig ist. Webb und Sheeran (2003) instruierten Probanden, sich vor einer Selbstkontrollaufgabe Wenn-dann-Pläne vorzusagen, und berichteten, dass diejenigen Probanden mit Wenn-dann-Plänen bessere Leistungen in den nachfolgenden Selbstkontrollaufgaben erzielten als Probanden ohne Wenn-Dann-Pläne. Außerdem scheinen spezifische Wenn-dann-Pläne auch in hinreichend ähnlichen Situationen geplante Antwortreaktionen zu stärken (Bieleke, Legrand, Mignon, & Gollwitzer, 2017). Aufgrund dieser Erkenntnisse wurden im Training Wenn-dann-Pläne vorgestellt, und die Teilnehmer sollten selbst Wenn-dann-Pläne generieren und benennen.

Selbstwirksamkeitserwartung kann nach Bandura (1977) durch vier Quellen gestärkt werden: verbale Ermutigung, stellvertretende Erfahrung, geringe emotionale Erregung und erfolgreiche Ausführung. Im Training wurden die Teilnehmer gezielt vom Trainer ermutigt und verbal bestärkt, dass sie fähig sind, nicht nur Prioritäten zu setzen, sondern auch durchzusetzen. Zudem boten Gruppendiskussionen (bzw. die Präsentation der Gruppenergebnisse im virtuellen Training) die Gelegenheit zur

stellvertretenden Erfahrung. Des Weiteren konnten die Teilnehmer durch Rollenspiele eigene erfolgreiche Ausführungserfahrungen machen.

Sicherheit über die eigene Entscheidung und Sicherheit über die Zustimmung der Kollegen wurde im Training durch wiederholte und wertschätzende Betonung der Entscheidungsexpertise der Berufsgruppe gefördert. Hierbei lag der Fokus im Gegensatz zur verbalen Ermutigung auf der Zugehörigkeit zur Berufsgruppe, der absolvierten Ausbildung und Berufserfahrung. Denn die Teilnehmer besitzen fundiertes Wissen über positive und negative Konsequenzen der Prioritätensetzung, z. B., dass ein Schwindelgefühl des Patienten ein Anzeichen für einen Kreislaufkollaps sein kann und dies besonders bei Patienten mit einer Herzschwäche wahrscheinlich ist. Solch fundiertes Wissen wurde in der Ausbildung geprüft und in den Berufsjahren verfestigt. Da die Einstellung gegenüber dem Verhalten mittels Evaluationsprozessen generiert wird, ist zu vermuten, dass die Sicherheit über die eigene Entscheidung und die Sicherheit über die Zustimmung der Kollegen mithilfe der Aktivierung von fundierten Pro- und Contra-Argumenten gestärkt werden kann (Ajzen, 1991).

Darüber hinaus verfolgte der Trainingsinhalt vier Lernziele: *Bewusstsein und Akzeptanz für die Durchsetzungsschwäche schaffen, Wissen und Fertigkeiten zur Prioritätensetzung/-durchsetzung und Durchsetzungsschwäche vermitteln, Wissen über Bewältigungsstrategien sowie Einüben und nachhaltiges Verfestigen der Bewältigungsstrategien*. Alle Lernziele fokussierten hierbei auf die Durchsetzungsschwäche, deren nachhaltige Stärkung und die Reduktion von Gefährdungsfällen. Auf den theoretischen Hintergrund der Lernziele wird in der folgenden chronologischen Beschreibung der Trainingsinhalte detailliert eingegangen.

Trainingsinhalte und -ablauf

Das Präsenztraining fand jeweils nachmittags, nach einer absolvierten Frühschicht (14:00 Uhr), in Besprechungsräumen des Untersuchungskrankenhauses statt. Zur Förderung einer angenehmen Trainingsatmosphäre wurden Getränke und Süßigkeiten bereitgestellt. Der Ablauf der acht durchgeführten Präsenztrainings war identisch. Mithilfe einer PowerPoint-Präsentation leitete der Trainer durch die Veranstaltung.

Zu Beginn des 90-minütigen Präsenztrainings wurden die Teilnehmer vom

Trainer begrüßt, und es wurden organisatorische sowie allgemeine Fragen geklärt. Jeder Teilnehmer erhielt eine Trainingsbroschüre (siehe Anhang G). Die Themeneinführung umfasste die Präsentation der Agenda und der vier genannten Lernziele sowie eine Definition von Prioritätensetzung. Nach einer interaktiven Sammlung von spezifischen Herausforderungen der Prioritätensetzung und -durchsetzung im Krankenhaus wurde das soziologische Konzept der Rollenerwartungen nach Dahrendorf (1958) als Klassifikationsinstrument für pflegerische Aufgaben eingeführt: Rollenerwartungen definieren über unterschiedliche Konsequenzen der Erfüllung und Nicht-Erfüllung (Lob/Tadel) die Aufgabenverbindlichkeit (Dahrendorf, 1958). Übertragen auf das Berufsfeld der Teilnehmer ermöglicht diese für ihr deterministisches Menschenbild vielfach kritisierte Theorie (Abels, 2009) eine simple Kategorisierung und Wichtigkeitsbewertung von Tätigkeiten in Muss-, Soll- und Kann-Aufgaben. Nach Auffassung der Verfasserin bietet es sich aufgrund der Aufgaben und Charakteristika des pflegerischen Arbeitskontextes an, die zusätzliche Zwischen-Kategorie Müsste-Aufgaben einzuführen. Die Teilnehmer übten anschließend selbst die vorgestellte Klassifikation (Muss/Müsste/Soll/Kann) anhand von Beispieltätigkeiten ein. Neben Wichtigkeitsbewertung ist die Dringlichkeitsbewertung die zweite Säule der pflegerischen Prioritätensetzung (Hendry & Walker, 2004). Aus diesem Grund wurde den Teilnehmern im nächsten Schritt das Manchester-Triagesystem (Parenti, Bacchi Reggiani, Iannone, Percudani, & Dowding, 2014), ein Instrument zur Dringlichkeitsbewertung für Krankenhausnotaufnahmen, und eine dreistufige praxistaugliche Vereinfachung (Jetzt/Später/Irgendwann) vorgestellt und wiederum praktisch eingeübt. Anschließend wurden die eingeübten Systeme der Wichtigkeits- und der Dringlichkeitsklassifikation im sogenannten Maßnahmen-Modell kombiniert. Das Modell ist strukturell eine Anlehnung an die Zeitmanagementmethode Eisenhower-Prinzip (Covey, Merrill, & Merrill, 2003). Beim Eisenhower-Prinzip wird mithilfe einer 2x2-Matrix und den Achsen Wichtigkeit und Dringlichkeit eine 4-Felder-Maßnahmen-Tafel generiert. Maßnahmen können sein, die angefragte Tätigkeit auszuführen, nicht auszuführen oder zu delegieren. Dieser simple Orientierungsrahmen wurde mit den erarbeiteten Wichtigkeits- und Dringlichkeitsachsen auf den spezifischen pflegerischen Arbeitskontext der Teilnehmer übertragen und diskutiert.

In den nächsten Schritten wurden eklatante Patienten/Dritte und die Durchsetzungsschwäche thematisiert. Zunächst wurden die Emotionen der Teilnehmer in den entsprechenden Situationen verbalisiert. Anhand des zuvor eingeführten Maßnahmen-Modells wurde anschließend die vermutete Wirkungsweise von eklatanten Patienten/Dritten auf das Kategoriensystem der Teilnehmer erklärt: Eklatante Patienten/Dritte versuchen, durch Dramatisierung im Ranking des Entscheiders (Pflegekraft) zu steigen. Denn durch eklatantes Auftreten werden als ursprünglich nachrangig klassifizierte Tätigkeiten fälschlich höher priorisiert und vorrangige vernachlässigt (Durchsetzungsschwäche). Als Nächstes wurde anhand von Alltagsbeispielen (z. B. Neujahrsvorhaben) die Akzeptanz für den urmenschlichen Charakter der Durchsetzungsschwäche geschaffen. Daraufhin folgte die Vorstellung und Einübung von Identifikations- und Bewältigungsstrategien mittels Diskussion und Rollenspielen. Hierbei standen Wenn-dann-Pläne im Mittelpunkt. Nach Erkenntnissen der Selbstregulationsforschung helfen konkrete Handlungspläne erfolgreich Vorhaben auch in diffizilen Situationen durchzusetzen (Bieleke et al., 2017; Gollwitzer, 1992; Gollwitzer & Sheeran, 2006). Ein solcher Handlungsplan war z. B.:

WENN ich gerade auf dem Weg bin, nach einem kritischen Patienten zu sehen und ein Angehöriger mich auf dem Flur abpasst und eklatant einfordert, ein Mittagessen aufzuwärmen, DANN teile ich ihm höflich mit, dass ich seinen Wunsch verstehe. DANN erkläre ich ihm, warum ich selbst keine Zeit habe. DANN biete ich ihm/ihr an, dass er/sie entweder im Zimmer auf mich warten kann oder zum Dienstzimmer gehen kann und ein/-e andere/-r Kollege/-in um Unterstützung bitten kann. Ich warte seine/ihre Entscheidung ab und lasse mich nicht beirren, nach dem kritischen Patienten zu sehen.

Bei diesem Trainingsteil berichtete der Trainer, dass alle Teilnehmer gehäuft Erfahrungen mit eklatanten Patienten/Dritten vorweisen konnten.

Abschließend erhielten die Teilnehmer eine Take-Home-Message, die Relevanz der Thematik wurde nochmals betont und jeder Teilnehmer sollte eine kurze schriftliche Selbstreflexion in Einzelarbeit absolvieren. Jedes Training endete mit einer offenen Blitzlicht-Feedbackrunde und der Danksagung des Trainers. Das Feedback der Teilnehmer war durchweg positiv mit hohem Empfehlungsgrad zur Fortführung und Ausweitung des Trainingsangebots auf andere Pflegestationen.

Teilnehmer des virtuellen Trainings erhielten dieselbe Trainingsbroschüre, eine Trainings-DVD, ein individualisiertes Anschreiben, Arbeitsblätter und

Süßigkeiten. Hiermit konnten sie das Training zuhause in Einzelarbeit durchführen. Die DVD war ein 60-minütiges Desktopvideo mit hörbarer Trainerstimme. Der Trainer verwendete dieselbe PowerPoint-Präsentation wie im Präsenztraining. Zusätzlich waren 30 Minuten für Selbstreflexionselemente und Übungen geplant. Hierzu erfolgten Sprechpausen des Trainers und die Aufforderung zum Pausieren des Videos. Die Arbeitsblätter dienten dazu, die genannten Übungen zur Wichtigkeits- und Dringlichkeitsklassifikation durchzuführen. Der Trainer kontaktierte alle Teilnehmer nach dem Training und evaluierte das virtuelle Training im persönlichen Gespräch. Das berichtete Feedback war durchweg positiv. Technische Probleme traten nicht auf.

Beide Formen des Trainings waren freiwillig und wurden als Arbeitszeit vergütet.

4.4 Modelle und Erwartungen der Datenanalyse

Die deskriptiven und inferenzstatistischen Analysen wurden unter Verwendung der SPSS-Version 24.0 für Windows durchgeführt.

Inferenzstatistische Analysen wurden mithilfe von hierarchischen Mehrebenenmodellen realisiert. Für jede der fünf abhängigen Variablen wurden separate Modelle gerechnet mit identischer hierarchischer Struktur (Modell 1 = Gefährdungsfälle, Modell 2 = Selbstkontrollkraft, Modell 3 = Sicherheit über die eigene Entscheidung, Modell 4 = Sicherheit über die Zustimmung der Kollegen, Modell 5 = Berufsspezifische Selbstwirksamkeitserwartung). Die hierarchische Struktur wurde folgendermaßen definiert: Das erste Level der Random-Intercept-Fixed-Slope-Modelle bildeten die drei Messzeitpunkte (Level 1), welche in Teilnehmer (Level 2) genestet wurden. Trainingseffekte wurden mittels Dummykodierungen geprüft. Dummykodiert wurden die Level-2-Prädiktoren Gruppenzugehörigkeit (WG = 0, IG = 1), Berufserfahrung (wenig < 5 Jahre = 0, viel \geq 5 Jahre = 1) und Trainingsmethode (Präsenztraining = 0, virtuelles Training = 1). Die ebenfalls dummykodierten Level-1-Prädiktoren: post_vs_prä (1. MZP = 1) und post_vs_fu (3. MZP = 1) orientieren sich in der Namensgebung an der Bedeutung der Messzeitpunkte für die IG: vor [prä], direkt nach [post], einige Zeit nach [fu = follow-up] dem Training. Zudem wurde die Referenzkategorie, der zweite Messzeitpunkt (post), in der Anordnung des Variablennamens verdeutlicht. Der Level-1-Prädiktor post_vs_prä repräsentiert die Vorhersagedifferenz in der jeweiligen abhängigen

Variable zwischen zweitem und ersten Messzeitpunkt. Der Level-1-Prädiktor *post_vs_fu* bildet die jeweilige Vorhersagedifferenz der abhängigen Variable zwischen zweitem und drittem Messzeitpunkt ab. In Anlehnung an Baumeister et al. (1998) sowie Schmidt und Neubach (2009) wurde davon ausgegangen, dass Selbstkontrollanforderungen (Arbeitsbelastung) und abhängige Variablen intraindividuell gekoppelt sind. Daher wurden Selbstkontrollanforderungen und das praxisrelevante Konstrukt implizite Rationierung als zeitvariierende Level-1-Prädiktoren festgesetzt. Nach einer zufriedenstellenden⁷ Reliabilitätschätzung wurden, um die Komplexität des Modells zu reduzieren, die drei Skalen (15 Items) des Selbstkontrollanforderungsinstruments zu einer Skala zusammengefasst (1. MZP: Cronbachs $\alpha = .83$; 2. MZP: Cronbachs $\alpha = .81$; 3. MZP: Cronbachs $\alpha = .80$). Aufgrund von betriebswirtschaftlichen Erwägungen des Managements war eine Randomisierung der Stichprobe a priori nicht möglich. Zur Kontrolle von etwaigen Selbstselektionseffekten wurde daher für jedes Modell jeweils ein Level-2-Prädiktor Selbstselektion konzipiert. Hierbei wurden die entsprechenden Werte der abhängigen Variablen am Gesamtmittelwert zum ersten Messzeitpunkt zentriert.

Zur Überprüfung der fünf Hypothesen wurden jeweils die nachstehenden zwei Cross-Level-Interaktionseffekte und vier Haupteffekte erwartet (siehe Abbildung 2) und entsprechend unter Kontrolle für Selbstkontrollanforderungs-, implizite Rationierungs-, Berufserfahrungs- Trainingsmethoden- und Ausgangsniveauunterschiede (Selbstselektion) getestet. Gruppenspezifische Effekte wurden für beide Kodierungsmöglichkeiten (WG = 0 versus IG = 0) geschätzt, um umfassende Ergebnisse zu erhalten.

1. *Zwei signifikante Cross-Level-Interaktionseffekte der Prädiktoren Gruppe * post_vs_prä (post_vs_fu):* Die Untersuchungsgruppen unterscheiden sich, in der Veränderung der berichteten abhängigen Variable, zum ersten Messzeitpunkt (dritten Messzeitpunkt), im Vergleich zum zweiten Messzeitpunkt.
2. *a) Ein signifikanter Haupteffekt des Level-1-Prädiktors post_vs_fu in der WG:*

⁷ Nach Cortina (1993) kann ein Cronbachs- α -Wert $\geq .70$ als ausreichend, Werte $\geq .80$ als gute interne Konsistenz bewertet werden.

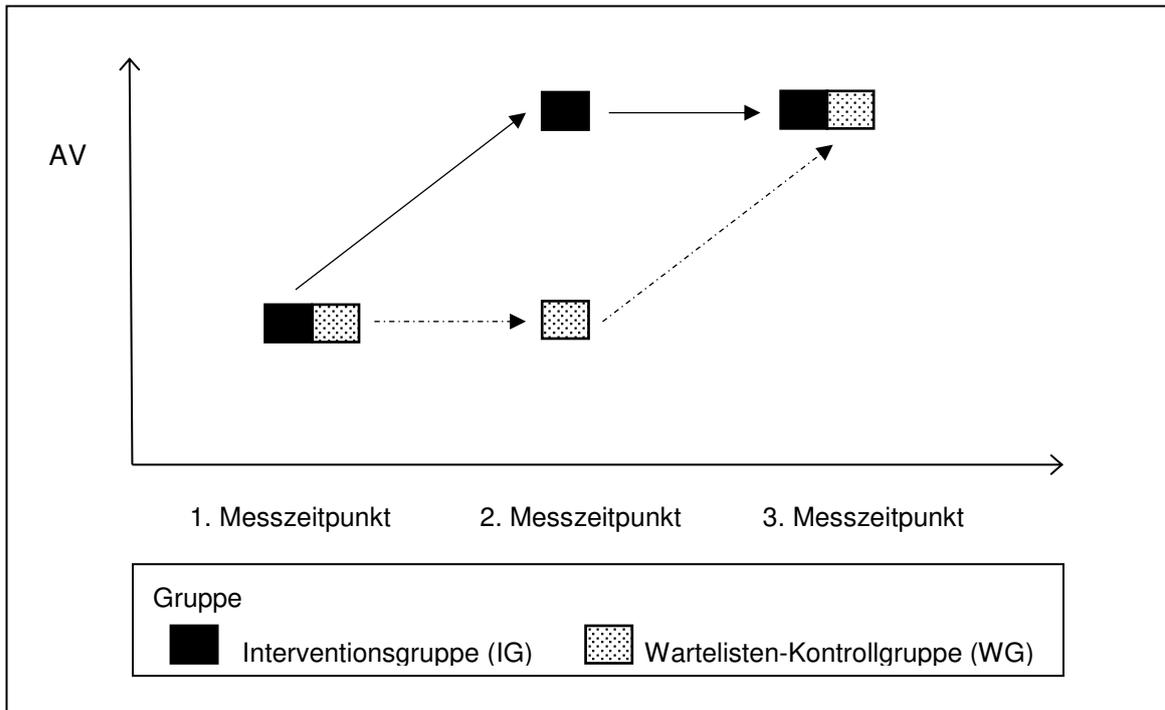


Abbildung 2: Visualisierung der erwarteten Veränderungen in den abhängigen Variablen (AV) über die drei Messzeitpunkte hinweg. Veränderungen in der AV Gefährdungsfälle entsprechend reverse.

Teilnehmer der WG berichten zum dritten Messzeitpunkt signifikant weniger Gefährdungsfälle bzw. mehr Selbstkontrollkraft, Sicherheit über die eigene Entscheidung, Sicherheit über die Zustimmung der Kollegen, berufsspezifische Selbstwirksamkeitserwartung als zum zweiten Messzeitpunkt (WG = 0).

b) *Kein signifikanter Haupteffekt des Level-1-Prädiktors post_vs_fu in der IG:* Teilnehmer der IG berichten keine signifikanten Veränderungen in den abhängigen Variablen vom zweiten zum dritten Messzeitpunkt (IG = 0).

3. a) *Kein signifikanter Haupteffekt des Level-1-Prädiktors post_vs_prä in der WG:* Teilnehmer der WG berichten keine signifikante Veränderung in den abhängigen Maßen zum ersten Messzeitpunkt im Vergleich zum zweiten Messzeitpunkt (WG = 0).

b) *Ein signifikanter Haupteffekt des Level-1-Prädiktors post_vs_prä in IG:* Teilnehmer der IG berichten zum zweiten Messzeitpunkt signifikant weniger Gefährdungsfälle bzw. mehr Selbstkontrollkraft, Sicherheit über die eigene Entscheidung, Sicherheit über die Zustimmung der Kollegen,

berufsspezifische *Selbstwirksamkeitserwartung* als zum ersten Messzeitpunkt ($IG = 0$).

4. *Ein signifikanter Haupteffekt des Level-2-Prädiktors Gruppe*: Die Untersuchungsgruppen unterscheiden sich zum zweiten Messzeitpunkt in den berichteten abhängigen Variablen.
5. *Ein signifikanter Haupteffekt des zeitvariierenden Level-1-Prädiktors Selbstkontrollanforderungen*: Teilnehmer beider Untersuchungsgruppen berichten abhängig von den individuell berichteten Selbstkontrollanforderungen eine unterschiedlich starke Selbstkontrollkraft.

5 Ergebnisse

Dieses Kapitel präsentiert zunächst die durchgeführten Voranalysen und deskriptiven Untersuchungen sowie deren Ergebnisse. Im zweiten Schritt werden die Ergebnisse pro Modell detailliert berichtet. Abschließend werden weiterführende Ergebnisse, welche nicht direkt mit den generierten Hypothesen in Verbindung stehen, präsentiert.

5.1 Voranalysen und deskriptive Analysen

Aufgrund der beschränkten Stichprobengröße wurde a priori die Teststärke mithilfe des Programms G*Power für messwiederholte ANOVAs geschätzt (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007). Die Teststärke war für mittlere Effekte innerhalb der Gruppen und für Cross-Level-Interaktionseffekte ausreichend ($[1 - \beta] = .98$). Allerdings war die Teststärke für mittlere Effekte zwischen den Gruppen unzureichend ($[1 - \beta] = .54$) und nur für große Effekte ausreichend ($[1 - \beta] = .91$)⁸. Diese relativ simple Schätzung fungierte als konservativer A-priori-Anhaltspunkt der Versuchsplanung. Es sei darauf hingewiesen, dass diese gängige Schätzmethode komplexere Teststärkeanalysen, wie bei Bolger und Laurenceau (2013) beschrieben, besonders für Mehrebenenmodelle im längsschnittlichen Design, nicht ersetzt.

Die abhängigen Variablen, die intervallskalierten Kontrollvariablen (Selbstkontrollanforderungen, implizite Rationierung) sowie die Residuen der jeweiligen Modelle wurden zellenweise (Messzeitpunkt * Gruppe), auf Ausreißer und

⁸ Die angeführten Interpretationen gehen von einer empfohlenen Teststärke $(1 - \beta) \geq .95$ aus (Bortz & Döring, 2002).

Verletzungen der Normalverteilungsannahme untersucht. Hierbei zeigten sich insgesamt drei entsprechend entfernte Ausreißer und keine Verletzungen der Normalverteilungsannahme.⁹ Der Datensatz beinhaltete teils fehlende Werte. Von möglichen 141 Beobachtungen (47 [Teilnehmer] * 3 [Messzeitpunkte]) wiesen die sieben relevanten Variablen fehlende Beobachtungen im Bereich von 4.26 % bis 12.77 % ($M = 9.86\%$) auf. Der MCAR-Test nach Little wurde nicht signifikant, sodass die Annahme, dass die fehlenden Werte unsystematisch im Datensatz verteilt sind, beibehalten werden konnte ($\chi^2 [28] = 35.56; p = .15; n.s.$). Ein Itemwert wurde mithilfe der ipsativen Mittelwertersetzung ergänzt (Schafer & Graham, 2002). Zu den vielen methodischen Vorteilen der Mehrebenenmodelle zählt auch die Tatsache, dass Teilnehmer mit fehlenden unsystematischen Werten, wie sie oftmals in der längsschnittlichen Feldforschung zu finden sind, nicht unbedingt ausgeschlossen werden müssen (Bolger & Laurenceau, 2013).

Mittelwerte und Standardabweichungen der erhobenen Maße im Überblick können Tabelle 2 entnommen werden. Bis auf die Variable Sicherheit über die eigene Entscheidung erreichten alle erhobenen Skalen ausreichende bis gute Interne Konsistenzwerte (siehe Tabelle 2).

5.2 Mehrebenenanalyse

Die Modellparameter wurden mithilfe des Maximum-Likelihood-Verfahrens geschätzt. Alle fünf Modelle wiesen im Likelihood-Ratio-Test einen signifikant besseren Modellfit gegenüber dem jeweiligen Nullmodell auf (siehe Tabelle 3). Hohe Intraklassenkorrelationen ($\rho = .42$ bis $.71$) deuteten darauf hin, dass große Teile der Gesamtvarianz durch interindividuelle Unterschiede erklärt werden können und damit die hierarchische Struktur sinnvoll ist. Kontrollvariablen wurden jeweils auf signifikante Verschlechterung des Modellfits nach Entfernung getestet und ein korrigiertes Modell geschätzt. Das finale Modell kontrollierte zusätzlich für Ausgangsniveauunterschiede mithilfe des Prädiktors *Selbstselektion*. Dieser wurde erst im finalen Modell eingefügt, da dessen Aufnahme aufgrund der Konzeption (Zentrierung am Gesamtmittelwert des ersten Messzeitpunktes) per se den Modellfit

⁹ Bei der Ausreißeranalyse wurden zellenweise Boxplots auf etwaige Extremwerte inspiziert. Die Normalverteilung wurde mithilfe von K-S-Tests, graphischen Inspektionen von Histogrammen sowie der Betrachtung der Parameter Schiefe und Kurtosis bewertet (West, Finch, & Curran, 1995).

verbessert bzw. verfälscht hätte. Aufgrund dieses Overfittings-Effekts wurden für das finale Modell keine Devianzmaße berechnet. Bis auf Modell 1 *Gefährdungsfälle* und Modell 4 *Sicherheit über die Zustimmung der Kollegen* wiesen alle Modelle einen exzellenten Modellfit nach McFadden auf (siehe Tabelle 3).

Tabelle 2

Überblick zu Mittelwerten, Standardabweichungen und interner Konsistenz der erhobenen intervallskalierten Maße

Variable	Messzeitpunkt 1		Messzeitpunkt 2		Messzeitpunkt 3		α^a
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Abhängige Variablen							
Gefährdungsfälle							^b
WG	2.18	1.13	2.06	.97	2.13	.96	
IG	2.23	.82	1.76	1.09	2.07	1.02	
Selbstkontrollkraft							.73
WG	3.81	.26	3.81	.45	3.87	.38	
IG	3.71	.47	3.76	.44	3.79	.47	
Sicherheit über die eigene Entscheidung							.54
WG	4.38	.34	4.35	.34	4.38	.28	
IG	4.45	.39	4.54	.32	4.47	.35	
Sicherheit über die Zustimmung der Kollegen							.70
WG	3.83	.59	3.96	.57	4.10	.41	
IG	3.62	.70	3.94	.58	3.84	.78	
Berufsspezifische Selbstwirksamkeitserwartung							.81
WG	2.97	.34	3.03	.36	3.06	.34	
IG	2.98	.43	3.00	.38	3.07	.42	
Kontrollvariablen							
Selbstkontrollanforderungen							.81
WG	2.84	.59	2.99	.51	2.98	.50	
IG	2.82	.60	3.02	.58	3.00	.54	
Implizite Rationierung							.89
WG	1.48	.33	1.48	.29	1.57	.64	
IG	1.93	.55	1.61	.73	1.74	.62	

Anmerkungen: ^a = Cronbachs α ; ^b = Einzelitem daher keine Berechnung der internen Skalenkonsistenz möglich; Nach Cortina (1993) kann ein Cronbachs- α -Wert $\geq .70$ als ausreichende, Werte $\geq .80$ als gute interne Konsistenz bewertet werden; Bei der Berechnung von Mittelwerten (*M*) und Standardabweichungen (*SD*) wurden fehlende Werte listenweise ausgeschlossen.

Tabelle 3

Überblick Modellinformationen und Devianzmaße

Modellnummer	Volles Modell					Korrigiertes Modell					Finales Modell				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Parameteranzahl	12	12	12	12	12	10	11	9	9	9	11	12	10	10	10
Varianzmaße															
Level 1 Varianz (Nullmodell)	.36 (.47)	.05 (.06)	.06 (.07)	.17 (.19)	.04 (.04)	.37 (.47)	.05 (.06)	.06 (.07)	.17 (.19)	.04 (.04)	.35 (.47)	.05 (.07)	.06 (.07)	.17 (.19)	.04 (.04)
Level 2 Varianz (Nullmodell)	.55 (.50)	.12 (.11)	.05 (.05)	.16 (.20)	.09 (.10)	.55 (.50)	.12 (.11)	.05 (.05)	.19 (.20)	.10 (.10)	.14 (.50)	.02 (.11)	.00 (.05)	.02 (.20)	.01 (.10)
Devianzmaße															
-2*log (lh) (Nullmodell)	314.05 (341.98)	66.30 (95.20)	51.37 (67.41)	184.02 (207.00)	35.48 (52.48)	314.40 (341.98)	66.31 (95.20)	54.89 (67.41)	190.61 (207.00)	38.82 (52.48)	254.54 (341.98)	7.25 (95.20)	-1.25 (67.41)	134.20 (207.00)	-36.49 (52.48)
Δ -2*log (lh)	27.93**	28.90**	16.04°	22.98**	17.00*	.35	.01	3.52	6.59	3.34	59.86**	59.06**	56.14**	56.41**	75.31**
df	9	9	9	9	9	2	1	3	3	3	1	1	1	1	1
McFadden R ²	.08	.30	.24	.11	.32	.08	.30	.19	.08	.26	.	.	.	.	.
Δ McFadden R ²	.	.	.	.	.	.00	.00	-.05	-.03	-.04	.	.	.	.	.

Anmerkungen: log (lh) = Loglikelihood; Δ -2*log (lh) = -2*log (lh)-Differenz zum Vergleichsmodell (1. Vergleich: Nullmodell – Volles Modell, 2. Vergleich: Korrigiertes Modell – Volles Modell, 3. Vergleich: Korrigiertes Modell – Finales Modell); df = Freiheitsgrade; ° = $p < .10$; * = $p < .05$; ** = $p < .001$; McFadden R² wurde nach McFadden (1977) berechnet und interpretiert (R² = .20 -.40 entsprechen exzellentem Modellfit); Δ McFadden R² = Differenz Korrigiertes Modell – Volles Modell.

5.2.1 Modell 1: Gefährdungsfälle

Die inferenzstatistische Prüfung der ersten Hypothese, dass Pflegekräfte, welche am Prioritätendurchsetzungstraining teilnehmen, jeweils unmittelbar nach dem Training und unter Berücksichtigung relevanter Kontrollfaktoren signifikant weniger Gefährdungsfälle berichten als unmittelbar vor dem Training, konnte *nur teilweise* bestätigt werden. Die Ergebnisse sind detailliert in Tabelle 4 dargestellt.

Die Haupteffekte der Level-2-Prädiktoren *Berufserfahrung*, *Selbstkontrollanforderungen* und *Trainingsmethode* wurden nicht signifikant ($p = .49$ – $.81$; n. s.) und hatten demnach keinen direkten Einfluss auf die Anzahl der berichteten Gefährdungsfälle. Die Prüfung des Modellfits mittels Loglikelihood-Ratio-Tests ergab, dass der Modellfit für das korrigierte Modell ohne die beiden Kontrollvariablen *Berufserfahrung* und *Selbstkontrollanforderungen* nicht signifikant schlechter wurde. Diese Kontrollvariablen wurden daher entfernt. Die Entfernung der Kontrollvariable *Trainingsmethode* und der *impliziten Rationierung* führte jedoch jeweils zu einem signifikant schlechteren Modellfit, deshalb wurden sie im korrigierten Modell beibehalten.

Modellierungen im Mehrebenenmodell haben zum Ziel, die Fehlervarianz zu reduzieren bzw. anhand der gewählten Struktur Unterschiede innerhalb und zwischen Einheiten zu erklären. Obwohl intra- und interindividuelle Varianzen im korrigierten Modell erwartungskonform geringer ausfallen als im Vergleich zum Nullmodell (Δ Level 1-Varianz = $.11$, Δ Level 2-Varianz = $.05$), weist das Bestimmtheitsmaß McFaddens R^2 auf einen schlechten Modellfit hin (McFadden $R^2 = .08$).

Der Haupteffekt *Trainingsmethode* wurde nicht signifikant und blieb auf marginalem Effektniveau ($.03$ Skalenpunkte; $p = .84$; n. s.). Auch inhaltlich birgt die Kontrollvariable kaum einen Mehrwert, da es nicht sinnvoll erscheint, davon auszugehen, dass Teilnehmer, welche aufgrund von zufälligen Terminproblemen am virtuellen Training teilnahmen, über die Messzeitpunkte hinweg generell mehr/weniger Gefährdungsfälle berichteten als Teilnehmer des Präsenztrainings.

Der Haupteffekt des zeitvariierenden Prädiktors *implizite Rationierung* wies hingegen einen signifikanten Effekt auf. Zu Messzeitpunkten, an denen Pflegekräfte eine um einen Skalenpunkt höhere implizite Rationierung angaben, als für sie durchschnittlich war, berichteten sie eine um $.61$ Skalenpunkte höhere Anzahl an Gefährdungsfällen ($p < .05$).

Tabelle 4

Überblick Mehrebenenmodelle und Schätzung fester Parameter des Modells 1 Gefährdungsfälle

Parameter	Volles Modell					Korrigiertes Modell					Finales Modell ^d				
	Schätzung	t ^a	p ^b	CI ₉₅ ^c		Schätzung	t ^a	p ^b	CI ₉₅ ^c		Schätzung	t ^a	p ^b	CI ₉₅ ^c	
				Unter- grenze	Ober- grenze				Unter- grenze	Ober- grenze				Unter- grenze	Ober- grenze
Konstanter Term															
WG = 0	2.17	8.07	.00	1.63	2.70	2.20	8.48	.00	1.68	2.71	2.20	11.44	.00	1.82	2.58
IG = 0	1.87	7.20	.00	1.35	2.39	1.92	9.05	.00	1.50	2.34	1.75	10.92	.00	1.43	2.07
post_vs_prä * Gruppe ^e															
WG = 0	.27	.94	.35	-.30	.84	.27	.92	.36	-.31	.84	.35	1.23	.22	-.22	.93
post_vs_fu * Gruppe ^e															
WG = 0	.30	1.06	.29	-.26	.85	.30	1.07	.29	-.26	.85	.43	1.51	.14	-.14	.99
post_vs_prä															
WG = 0	.08	.37	.71	-.37	.53	.06	.26	.80	-.38	.50	.04	.17	.87	-.39	.47
IG = 0	.35	1.90	.06	-.02	.72	.32	1.83	.07	-.03	.67	.39	2.19	.03	.04	.75
post_vs_fu															
WG = 0	-.05	-.23	.82	-.49	.39	-.06	-.26	.80	-.50	.39	-.08	-.38	.71	-.52	.36
IG = 0	.24	1.49	.14	-.08	.57	.24	1.46	.15	-.09	.31	.34	1.98	.05	-.00	.69
Gruppe ^e															
WG = 0	-.29	-.93	.35	-.92	.33	-.28	-.91	.37	-.88	.33	-.45	-1.91	.06	-.91	.02
SK-Anforderungen ^e															
WG = 0	.12	.53	.60	-.34	.59	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Implizite Rationierung ^e															
WG = 0	.64	2.95	.00	.21	1.06	.65	3.02	.00	.22	1.07	.61	2.82	.01	.18	1.04
Trainingsmethode ^e															
WG = 0	-.18	-.69	.49	-.72	.35	-.16	-.65	.52	-.66	.34	-.03	-.20	.84	-.35	.29
Berufserfahrung ^e															
WG = 0	.07	.25	.81	-.49	.63	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

Anmerkungen: N = 47 Teilnehmer, 3 Messzeitpunkte; SK = Selbstkontrollkraft; ^a = T-Statistik; ^b = Signifikanz; ^c = Konfidenzintervall 95 %; ^d = enthält die Kontrollvariable Selbstselektion, welche für Ausgangsniveauunterschiede der abhängigen Variable kontrolliert (Zentrierung am Gesamtmittelwert des ersten Messzeitpunktes); ^e = erzielte Ergebnisse sind nur für die Kodierung WG = 0 dargestellt, da die Kodierung IG = 0 redundante Werte enthält.

Die Cross-Level-Interaktion Gruppe * post_vs_prä entsprach deskriptiv der erwarteten Interaktionsrichtung (siehe Abbildung 3) ohne das Signifikanzniveau zu erreichen ($p = .22$; n. s.). Die Cross-Level-Interaktion Gruppe * post_vs_fu wurde ebenfalls nicht signifikant und entsprach deskriptiv nicht den Erwartungen ($p = .14$; n. s.). Bezüglich des Haupteffektes post_vs_prä wies die IG erwartungskonform eine signifikante Reduktion, um .39 Skalenpunkte auf ($p < .05$). In der WG zeichnete sich erwartungskonform nur eine marginale deskriptive Reduktion um .04 Skalenpunkte ($p = .87$; n. s.) ab. Für den Haupteffekt post_vs_fu wurde eine signifikante Reduktion vom zweiten zum dritten Messzeitpunkt in der WG erwartet. Die berichteten Gefährdungsfälle blieben deskriptiv jedoch nahezu unverändert (.08 Skalenpunkte; $p = .71$; n. s.). Entgegen den Erwartungen wies die IG deskriptiv einen Anstieg der

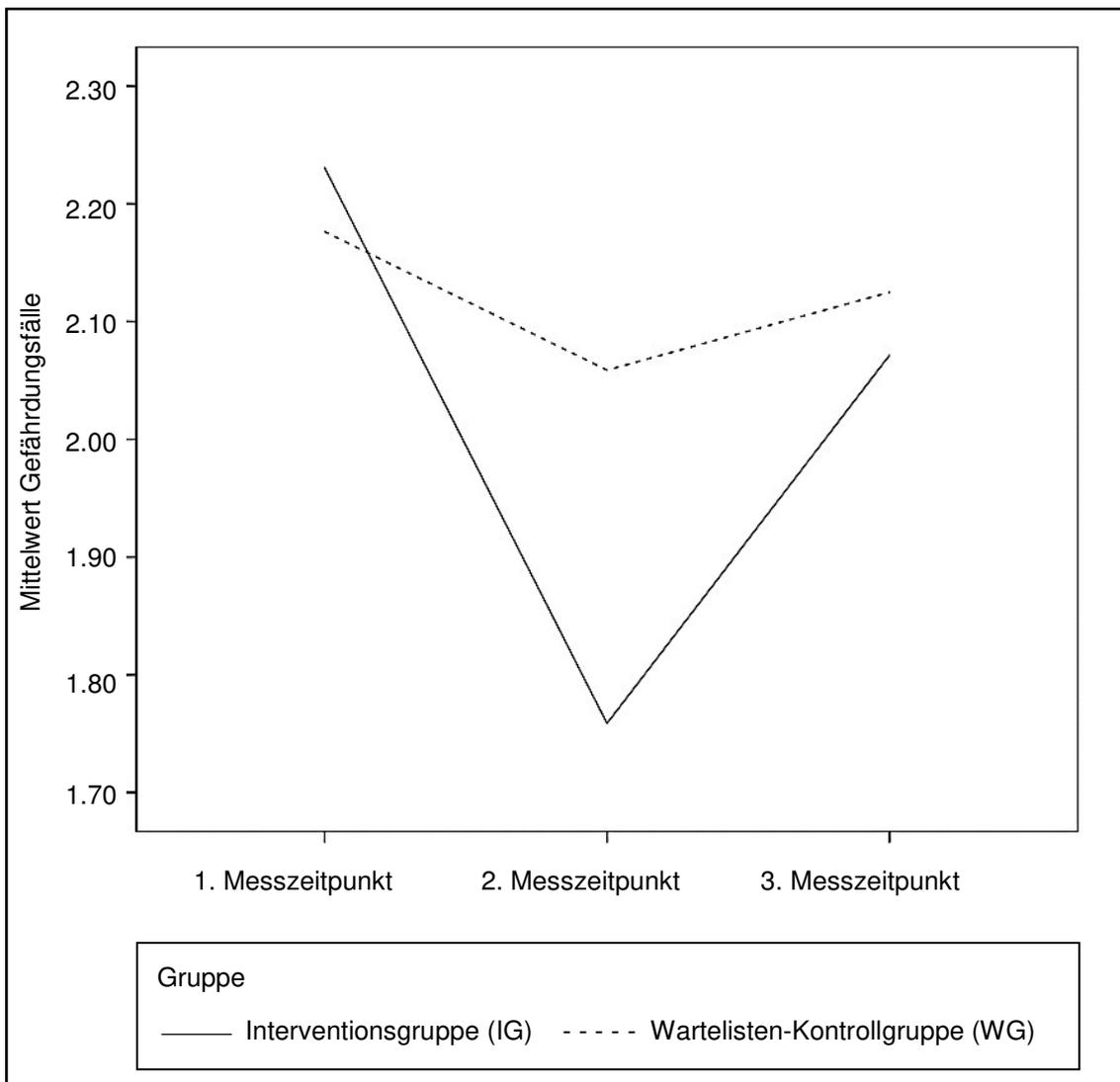


Abbildung 3: Berichtete Gefährdungsfälle pro Messzeitpunkt für die Interventionsgruppe und die Wartelisten-Kontrollgruppe.

Gefährdungsfälle um .34 Skalenpunkt auf ($p = .05$; n. s.). Der Haupteffekt Gruppe entsprach deskriptiv der erwarteten Effektrichtung: Teilnehmer der IG berichteten zum zweiten Messzeitpunkt um .45 Skalenpunkte weniger Gefährdungsfälle unter Kontrolle für Ausgangsniveauunterschiede als die WG ($p = .06$; n. s.).

5.2.2 Modell 2: Selbstkontrollkraft

Die zweite Hypothese, dass Pflegekräfte, welche am Prioritätendurchsetzungstraining teilnehmen, jeweils unmittelbar nach dem Training und unter Berücksichtigung relevanter Kontrollfaktoren signifikant höhere Selbstkontrollkraft berichten als unmittelbar vor dem Training, konnte *nicht* bestätigt werden (siehe Tabelle 5).

Die Haupteffekte der Level-2-Prädiktoren *Trainingsmethode* und *Berufserfahrung* hatten keinen direkten Einfluss auf die berichtete Selbstkontrollkraft ($p = .77 - .97$; n. s.). Im Loglikelihood-Ratio-Test zeigte sich, dass der Modellfit für das korrigierte Modell ohne die Kontrollvariable *Berufserfahrung* nicht signifikant schlechter wurde. Im Gegensatz zur Entfernung der Kontrollvariable *Trainingsmethode* und der anderen Kontrollvariablen, welche zu einem signifikant schlechteren Modellfit geführt hätten und daher im korrigierten Modell beibehalten wurden.

Das korrigierte Modell wies einen sehr guten Modellfit auf (McFadden $R^2 = .30$). Die a priori geringen intra- und interindividuelle Varianzen wiesen dennoch eine latente Reduktion im Vergleich zum Nullmodell durch die Modellierung auf (siehe Tabelle 3).

Analog zu Modell 1 zeigte der Haupteffekt *Trainingsmethode* nicht signifikante, marginale Ergebnisse auf (.03 Skalenpunkte; $p = .67$; n. s.). Auch hier birgt die Kontrollvariable inhaltlich kaum einen Mehrwert.

Der Haupteffekt des zeitvariierenden Prädiktors Selbstkontrollanforderungen entsprach in beiden Untersuchungsgruppen der erwarteten Effektrichtung, d. h., dass Pflegekräfte zu Messzeitpunkten, an denen sie um einen Skalenpunkt höhere Selbstkontrollanforderung berichten, als für sie durchschnittlich war, gaben sie eine um .17 Skalenpunkte signifikant niedrigere Selbstkontrollkraft an ($p < .05$).

Der Haupteffekt des zeitvariierenden Prädiktors implizite Rationierung wies einen hochsignifikanten Effekt auf. Zu Messzeitpunkten, an denen die Teilnehmer eine um einen Skalenpunkt höhere implizite Rationierung angaben, als für sie

Tabelle 5

Überblick Mehrebenenmodelle und Schätzung fester Parameter des Modells 2 Selbstkontrollkraft

Parameter	Volles Modell					Korrigiertes Modell					Finales Modell ^d				
	Schätzung	t ^a	p ^b	CI ₉₅ ^c		Schätzung	t ^a	p ^b	CI ₉₅ ^c		Schätzung	t ^a	p ^b	CI ₉₅ ^c	
				Unter- grenze	Ober- grenze				Unter- grenze	Ober- grenze				Unter- grenze	Ober- grenze
Konstanter Term															
WG = 0	3.84	33.86	.00	3.62	4.07	3.84	35.03	.00	3.62	4.06	3.79	53.27	.00	3.65	3.94
IG = 0	3.71	32.76	.00	3.48	3.94	3.71	40.48	.00	3.53	3.89	3.76	62.71	.00	3.65	3.88
post_vs_prä * Gruppe ^e															
WG = 0	.11	1.06	.29	-.10	.31	.11	1.06	.29	-.10	.31	.08	.80	.43	-.12	.29
post_vs_fu * Gruppe ^e															
WG = 0	.06	.64	.52	-.13	.26	.06	.64	.52	-.13	.26	.03	.34	.74	-.17	.23
post_vs_fu															
WG = 0	.01	.16	.88	-.14	.17	.01	.16	.88	-.14	.17	.02	.25	.80	-.14	.18
IG = 0	.07	1.29	.20	-.04	.19	.08	1.29	.20	-.04	.19	.05	.86	.39	-.07	.18
post_vs_prä															
WG = 0	-.10	-1.25	.21	-.26	.06	-.10	-1.25	.21	-.26	.06	-.10	-1.15	.26	-.25	.07
IG = 0	.01	.13	.90	-.12	.14	.01	.13	.90	-.12	.14	-.01	-.13	.90	-.14	.13
Gruppe ^e															
WG = 0	-.13	-.98	.33	-.40	.14	-.13	-1.03	.30	-.39	.12	-.03	-.35	.73	-.20	.14
SK-Anforderungen ^e															
WG = 0	-.17	-2.07	.04	-.34	-.01	-.17	-2.07	.04	-.34	-.01	-.17	-2.06	.04	-.34	-.01
Implizite Rationierung ^e															
WG = 0	-.36	-4.79	.00	-.52	-.21	-.36	-4.79	.00	-.52	-.21	-.35	-4.47	.00	-.50	-.19
Trainingsmethode ^e															
WG = 0	.04	.30	.77	-.21	.28	.03	.30	.76	-.19	.26	.03	.43	.67	-.10	.15
Berufserfahrung ^e															
WG = 0	-.01	-.04	.97	-.26	.25	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

Anmerkungen: N = 47 Teilnehmer, 3 Messzeitpunkte; SK = Selbstkontrollkraft; ^a = T-Statistik; ^b = Signifikanz; ^c = Konfidenzintervall 95 %; ^d = enthält die Kontrollvariable Selbstselektion, welche für Ausgangsniveauunterschiede der abhängigen Variable kontrolliert (Zentrierung am Gesamtmittelwert des ersten Messzeitpunktes); ^e = erzielte Ergebnisse sind nur für die Kodierung WG = 0 dargestellt, da die Kodierung IG = 0 redundante Werte enthält.

durchschnittlich war, berichteten sie eine um .35 Skaleneinheiten niedrigere Selbstkontrollkraft ($p < .001$).

Beide Cross-Level-Interaktionen Gruppe * post_vs_prä und Gruppe * post_vs_fu schienen zwar deskriptiv die erwarteten Effektrichtungen zu stützen, blieben jedoch marginal (.03 – .08) und erreichten nicht das Signifikanzniveau (siehe Abbildung 4). Der Haupteffekt post_vs_prä für die IG wies entgegen den Erwartungen kaum eine Veränderung auf (.01 Skaleneinheiten; $p = .90$; n. s.). In der WG zeigte sich deskriptiv eine nicht erwartete Reduktion der Selbstkontrollkraft vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt (.10 Skaleneinheiten; $p = .26$; n. s.). Für den Haupteffekt

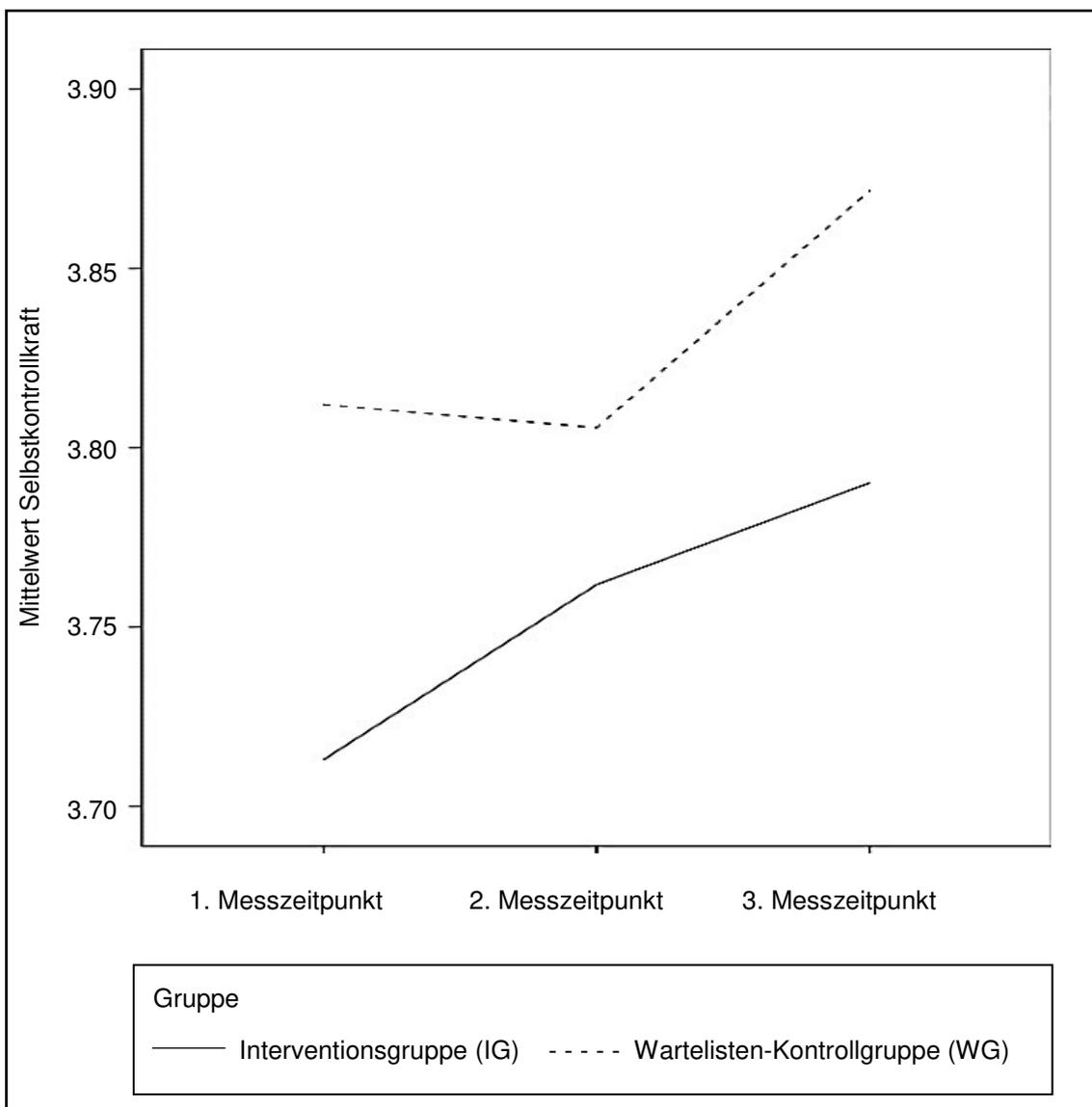


Abbildung 4: Berichtete Selbstkontrollkraft pro Messzeitpunkt für die Interventionsgruppe und die Wartelisten-Kontrollgruppe.

post_vs_fu wurde ein signifikanter Anstieg in der WG und keine Veränderung in der IG erwartet. Die berichtete Selbstkontrollkraft blieb jedoch deskriptiv in der WG nahezu unverändert (.02 Skalenpunkte) vom zweiten zum dritten Messzeitpunkt ($p = .80$; n. s.). Die IG wies erwartungskonform kaum eine Veränderung auf (.05 Skalenpunkt auf; $p = .39$; n. s.). Der Haupteffekt Gruppe blieb marginal (.03 Skalenpunkte) und wurde nicht signifikant ($p = .73$).

5.2.3 Modell 3: Sicherheit über die eigene Entscheidung

Die inferenzstatistische Prüfung der dritten Hypothese, dass Pflegekräfte, welche am Prioritätendurchsetzungstraining teilnehmen, jeweils unmittelbar nach dem Training und unter Berücksichtigung relevanter Kontrollfaktoren, eine signifikant höhere Sicherheit über die eigene Entscheidung berichten als unmittelbar vor dem Training, konnte *nur teilweise* bestätigt werden (siehe Tabelle 6).

Die Haupteffekte der Level-2-Prädiktoren *implizite Rationierung*, *Trainingsmethode* und *Berufserfahrung* wurden nicht signifikant ($p = .15$ -.83; n. s.) und hatten somit keinen direkten Effekt auf die berichtete Sicherheit über die eigene Entscheidung. Die Modellfitprüfung ergab, dass der Modellfit für das korrigierte Modell ohne die drei genannten nicht signifikant schlechter wurde. Die genannten Kontrollvariablen wurden daher im korrigierten Modell nicht aufgenommen.

Der Modellfit des korrigierten Modells kann nach McFadden (1977) nahezu als exzellent bewertet werden (McFadden $R^2 = .19$). Die geringen intra- und interindividuellen Varianzen des Nullmodells reduzierten sich marginal aber erwartungskonform im Vergleich zum Nullmodell (siehe Tabelle 3).

Der Haupteffekt des verbliebenen, zeitvariierenden Prädiktors Selbstkontrollanforderungen wies einen signifikanten Effekt auf. Wenn Pflegekräfte eine um einen Skalenpunkt höhere Selbstkontrollanforderung berichteten, als für sie durchschnittlich war, schätzten sie ihre Sicherheit über die eigene Entscheidung um .25 Skalenpunkte niedriger ein ($p < .05$).

Die Cross-Level-Interaktion Gruppe * post_vs_prä wies deskriptiv die erwartete Interaktionsrichtung auf (siehe Abbildung 5) ohne jedoch das Signifikanzniveau zu erreichen ($p = .11$; n. s.). Die Cross-Level-Interaktion Gruppe * post_vs_fu entsprach deskriptiv nicht den Erwartungen und wurde nicht signifikant ($p = .11$; n. s.). In der Analyse des Haupteffektes post_vs_prä wies die IG erwartungskonform einen signifikanten Anstieg der Sicherheit über die eigene

Entscheidung nach dem Training, um .18 Skalenpunkte auf ($p < .05$). Die WG zeigte erwartungskonform keine Veränderung (.00 Skalenpunkte; $p = .96$; n. s.). Beim Haupteffekt post_vs_fu wurde ein signifikanter Anstieg in der WG erwartet. Die berichtete Sicherheit über die eigene Entscheidung stieg marginal nicht signifikant, um .05 ($p = .58$; n. s.). Die IG hingegen wies deskriptiv eine nicht erwartete Reduktion der Sicherheit über die eigne Entscheidung um .13 Skalenpunkt auf ($p = .08$; n. s.). Der Haupteffekt Gruppe entsprach signifikant der erwarteten Effektrichtung: Teilnehmer der IG berichteten zum zweiten Messzeitpunkt eine um .19 Skalenpunkte höhere Sicherheit über die eigene Entscheidung, unter Kontrolle für Ausgangsniveauunterschiede, als die WG ($p < .05$).

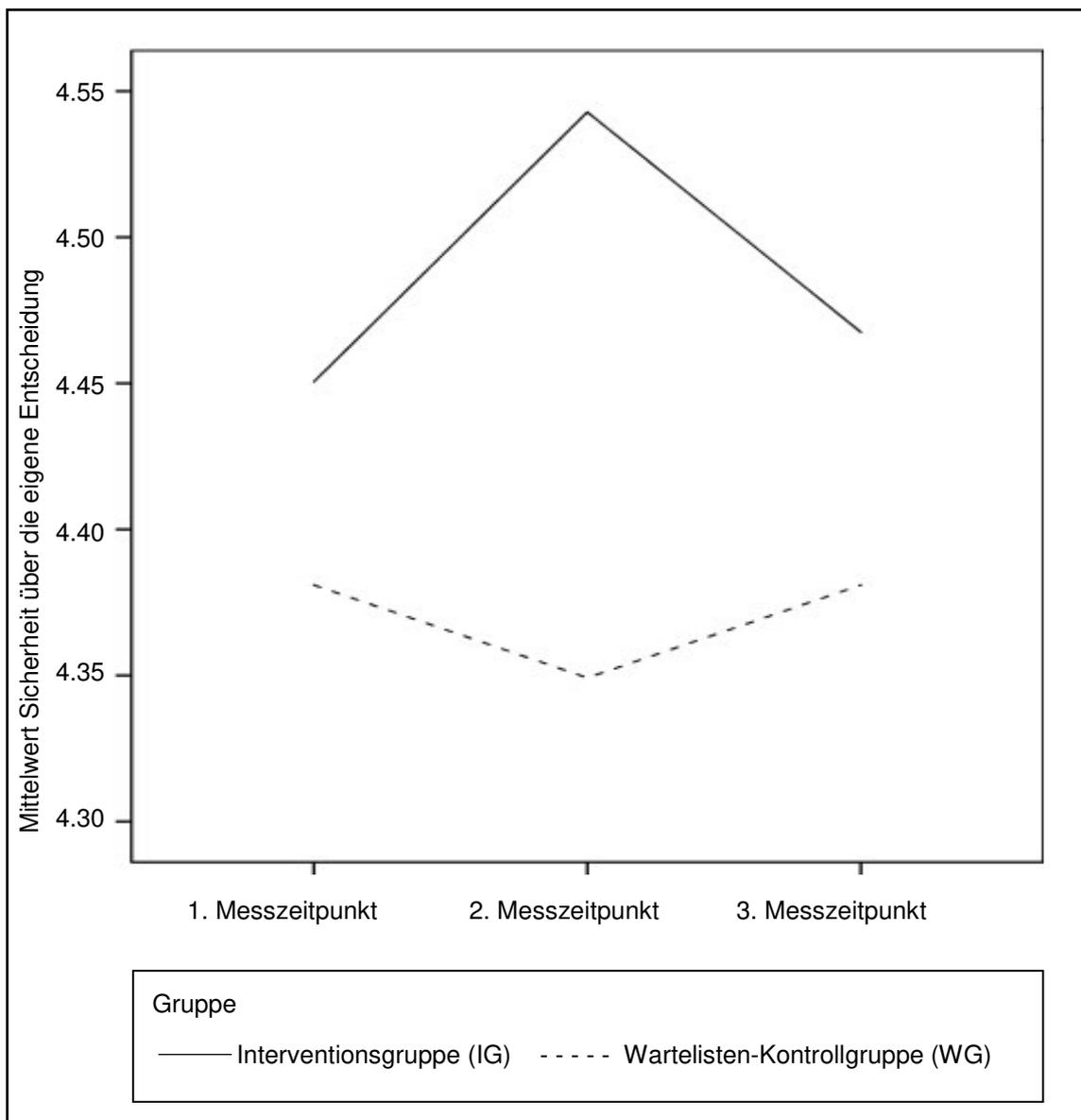


Abbildung 5: Berichtete Sicherheit über die eigene Entscheidung pro Messzeitpunkt für die Interventionsgruppe und die Wartelisten-Kontrollgruppe.

Tabelle 6

Überblick Mehrebenenmodelle und Schätzung fester Parameter des Modells 3 Sicherheit über die eigene Entscheidung

Parameter	Volles Modell					Korrigiertes Modell					Finales Modell ^d				
	Schätzung	t ^a	p ^b	CI ₉₅ ^c		Schätzung	t ^a	p ^b	CI ₉₅ ^c		Schätzung	t ^a	p ^b	CI ₉₅ ^c	
				Unter- grenze	Ober- grenze				Unter- grenze	Ober- grenze				Unter- grenze	Ober- grenze
Konstanter Term															
WG = 0	4.28	47.28	.00	4.10	4.46	4.36	55.98	.00	4.21	4.52	4.39	77.04	.00	4.27	4.50
IG = 0	4.51	52.38	.00	4.34	4.68	4.57	70.03	.00	4.44	4.69	4.57	88.46	.00	4.47	4.68
post_vs_prä * Gruppe ^e															
WG = 0	-.20	-1.67	.10	-.43	.04	-.16	-1.48	.14	-.37	.05	-.17	-1.62	.11	-.38	.04
post_vs_fu * Gruppe ^e															
WG = 0	-.23	-1.98	.05	-.47	.00	-.18	-1.61	.11	-.40	.04	-.18	-1.60	.11	-.40	.04
post_vs_fu															
WG = 0	.11	1.19	.24	-.07	.29	.06	.66	.51	-.11	.23	.05	.55	.58	-.12	.21
IG = 0	-.12	-1.67	.10	-.27	.02	-.12	-1.72	.09	-.27	.02	-.13	1.78	.08	-.28	.02
post_vs_prä															
WG = 0	.04	.44	.66	-.14	.22	-.01	-.09	.93	-.17	.16	-.00	-.05	.96	-.17	.16
IG = 0	-.16	-2.02	.05	-.31	-.00	-.16	-2.28	.03	-.31	-.02	-.18	-2.44	.02	-.32	-.03
Gruppe ^e															
WG = 0	.22	2.09	.04	.01	.44	.20	2.02	.05	.00	.41	.19	2.44	.02	.04	.34
SK-Anforderungen ^e															
WG = 0	-.23	-2.33	.02	-.43	-.03	-.27	-2.83	.01	-.46	-.08	-.25	-2.65	.01	-.43	-.06
Implizite Rationierung ^e															
WG = 0	-.02	-.21	.83	-.21	.17	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Trainingsmethode ^e															
WG = 0	-.08	-.93	.36	-.25	.09	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Berufserfahrung ^e															
WG = 0	.13	1.48	.15	-.05	.31	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

Anmerkungen: N = 47 Teilnehmer, 3 Messzeitpunkte; SK = Selbstkontrollkraft; ^a = T-Statistik; ^b = Signifikanz; ^c = Konfidenzintervall 95 %; ^d = enthält die Kontrollvariable Selbstselektion, welche für Ausgangsniveauunterschiede der abhängigen Variable kontrolliert (Zentrierung am Gesamtmittelwert des ersten Messzeitpunktes); ^e = erzielte Ergebnisse sind nur für die Kodierung WG = 0 dargestellt, da die Kodierung IG = 0 redundante Werte enthält.

5.2.4 Modell 4: Sicherheit über die Zustimmung der Kollegen

Die inferenzstatistische Analyse der vierten Hypothese, dass Pflegekräfte, welche am Prioritätendurchsetzungstraining teilnehmen, jeweils unmittelbar nach dem Training und unter Berücksichtigung relevanter Kontrollfaktoren signifikant höhere Sicherheit über die Zustimmung der Kollegen berichten als unmittelbar vor dem Training, konnte *nur teilweise* bestätigt werden. Die Ergebnisse sind detailliert Tabelle 7 zu entnehmen.

Die Level-2-Prädiktoren *Selbstkontrollanforderungen*, *implizite Rationierung*, *Trainingsmethode* und *Berufserfahrung* hatten keinen signifikanten direkten Effekt auf die berichtete Sicherheit über die Zustimmung der Kollegen ($p = .08 - .56$; n. s.). Die Prüfung des Modellfits anhand des Loglikelihood-Ratio-Test zeigte, dass der Modellfit für das korrigierte Modell ohne die drei genannten Kontrollvariablen *Selbstkontrollanforderungen*, *implizite Rationierung* und *Berufserfahrung* nicht signifikant schlechter wurde. Diese wurden aus dem Modell entfernt. Allerdings führte die Entfernung der Kontrollvariable *Trainingsmethode* zu einem signifikant schlechteren Modellfit, sodass sie im korrigierten Modell beibehalten wurde. Trotz der erwartungskonformen intra- und interindividuellen Varianzenreduktion des korrigierten Modells im Vergleich zum Nullmodell weist das Bestimmtheitsmaß McFaddens R^2 auf einen schlechten Modellfit hin (McFadden $R^2 = .08$).

Der Haupteffekt *Trainingsmethode* wurde nicht signifikant ($p = .16$; n. s.). Auch in diesem Fall scheint die inhaltliche Interpretation keinen Erklärungswert zu bieten, obwohl die Entfernung der Kontrollvariable im Modelltest zu einer signifikanten Verschlechterung führte (siehe Tabelle 3).

Beide Cross-Level-Interaktionen $\text{Gruppe} * \text{post_vs_prä}$ und $\text{Gruppe} * \text{post_vs_fu}$ waren nicht signifikant und wiesen deskriptiv nicht die erwarteten Effektrichtungen auf (siehe Abbildung 5). Der Haupteffekt post_vs_prä wies in der IG erwartungskonform einen signifikanten Anstieg der Sicherheit über die Zustimmung der Kollegen um .32 Skalenpunkte auf ($p < .05$). Die WG wies entgegen den Erwartungen ebenfalls einen deskriptiven Anstieg vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt um .13 Skalenpunkte auf ($p = .37$; n. s.). Beim Haupteffekt post_vs_fu wurde ein signifikanter Anstieg in der WG erwartet. Die berichtete Sicherheit über die Zustimmung der Kollegen veränderte sich jedoch nur wenig, ohne das Signifikanzniveau zu erreichen (.06 Skalenpunkte; $p = .69$; n. s.). Die IG wies deskriptiv

eine nicht erwartete Reduktion der Sicherheit über die Zustimmung der Kollegen um .15 Skalenpunkt auf ($p = .25$; n. s.). Der Haupteffekt Gruppe entsprach deskriptiv der erwarteten Effektrichtung: Teilnehmer der IG berichteten zum zweiten Messzeitpunkt eine um .12 Skalenpunkte höhere Sicherheit über die Zustimmung der Kollegen, unter Kontrolle für Ausgangsniveauunterschiede, als die WG ($p = .42$; n. s.).

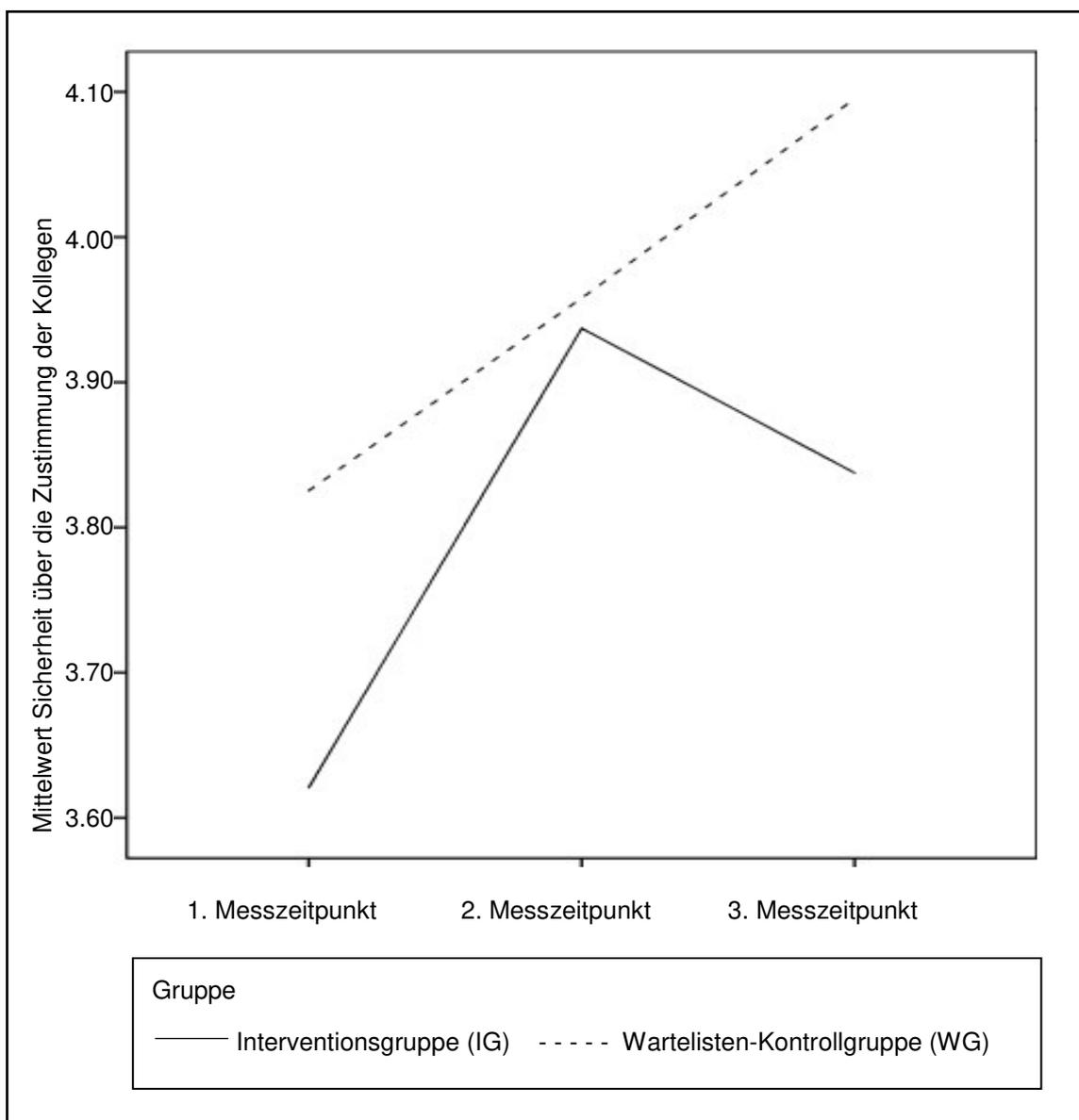


Abbildung 6: Berichtete Sicherheit über die Zustimmung der Kollegen pro Messzeitpunkt für die Interventionsgruppe und die Wartelisten-Kontrollgruppe.

Tabelle 7

Überblick Mehrebenenmodelle und Schätzung fester Parameter des Modells 4 Sicherheit über die Zustimmung der Kollegen

Parameter	Volles Modell					Korrigiertes Modell					Finales Modell ^d				
	Schätzung	t ^a	p ^b	CI ₉₅ ^c		Schätzung	t ^a	p ^b	CI ₉₅ ^c		Schätzung	t ^a	p ^b	CI ₉₅ ^c	
				Unter- grenze	Ober- grenze				Unter- grenze	Ober- grenze				Unter- grenze	Ober- grenze
Konstanter Term															
WG = 0	4.01	24.31	.00	3.68	4.33	4.01	25.46	.00	3.69	4.32	3.94	34.60	.00	3.71	4.16
IG = 0	4.06	26.19	.00	3.75	4.37	3.93	29.34	.00	3.66	4.19	4.06	40.16	.00	3.86	4.26
post_vs_prä * Gruppe ^e															
WG = 0	-.22	-1.10	.27	-.62	.18	-.21	-1.10	.27	-.58	.17	-.18	-.98	.33	-.56	.19
post_vs_fu * Gruppe ^e															
WG = 0	-.27	-1.32	.19	-.67	.14	-.22	-1.13	.26	-.61	.17	-.21	-1.06	.29	-.61	.18
post_vs_fu															
WG = 0	.14	.89	.37	-.17	.46	.08	.51	.61	-.22	.38	.06	.40	.69	-.24	.36
IG = 0	-.13	-1.00	.32	-.37	.12	-.14	-1.15	.25	-.39	.10	-.15	1.16	.25	-.41	.11
post_vs_prä															
WG = 0	-.05	-.31	.76	-.36	.26	-.12	-.81	.42	-.40	.17	-.13	-.91	.37	-.42	.16
IG = 0	-.27	-2.05	.04	-.53	-.01	-.32	-2.71	.01	-.56	-.09	-.32	-2.62	.01	-.56	-.08
Gruppe ^e															
WG = 0	.05	.28	.78	-.33	.44	-.08	-.41	.68	-.45	.30	.12	.82	.42	-.17	.40
SK-Anforderungen ^e															
WG = 0	.10	.59	.56	-.25	.46	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Implizite Rationierung ^e															
WG = 0	-.10	-.60	.56	-.43	.23	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Trainingsmethode ^e															
WG = 0	.14	.89	.38	-.15	.45	.03	.17	.86	-.28	.33	-.13	-1.42	.16	-.31	.05
Berufserfahrung ^e															
WG = 0	-.29	-1.79	.08	-.62	.04	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

Anmerkungen: N = 47 Teilnehmer, 3 Messzeitpunkte; SK = Selbstkontrollkraft; ^a = T-Statistik; ^b = Signifikanz; ^c = Konfidenzintervall 95 %; ^d = enthält die Kontrollvariable Selbstselektion, welche für Ausgangsniveauunterschiede der abhängigen Variable kontrolliert (Zentrierung am Gesamtmittelwert des ersten Messzeitpunktes); ^e = erzielte Ergebnisse sind nur für die Kodierung WG = 0 dargestellt, da die Kodierung IG = 0 redundante Werte enthält.

5.2.5 Modell 5: Berufsspezifische Selbstwirksamkeitserwartung

Die Prüfung der letzten der fünf Hypothesen, dass Pflegekräfte, welche am Prioritätendurchsetzungstraining teilnehmen, jeweils unmittelbar nach dem Training und unter Berücksichtigung relevanter Kontrollfaktoren signifikant höhere Selbstwirksamkeitserwartung berichten als unmittelbar vor dem Training, konnte *nicht* bestätigt werden. Die Ergebnisse sind in Tabelle 8 detailliert dargestellt.

Die Haupteffekte der Level-2-Prädiktoren *Selbstkontrollanforderungen*, *Trainingsmethode* und *Berufserfahrung* wurden im vollen Modell nicht signifikant. ($p = .10$ - $.77$; n. s.). Die Modellfitüberprüfung via Loglikelihood-Ratio-Test ergab, dass der Modellfit für das korrigierte Modell ohne die drei genannten Kontrollvariablen nicht signifikant schlechter wurde. Sie wurden nicht in das korrigierte Modell mit aufgenommen. Im Modellfit erreicht das Modell eine sehr gute Passung (McFadden $R^2 = .26$).

Der Haupteffekt des zeitvariierenden Prädiktors implizite Rationierung zeigte einen hochsignifikanten Effekt. Wenn Pflegekräfte zu Messzeitpunkten eine um einen Skalenpunkt höhere implizite Rationierung berichteten, als für sie durchschnittlich war, schätzten sie ihre Selbstwirksamkeitserwartung um $.21$ Skalenpunkte niedriger ein ($p < .001$).

Beide Cross-Level-Interaktionen Gruppe * post_vs_prä und Gruppe* post_vs_fu wurden nicht signifikant und präsentierten deskriptiv nicht die erwarteten Effektrichtungen (siehe Abbildung 7). Der Haupteffekt post_vs_prä wies in der IG entgegen den Erwartungen kaum eine Veränderung auf ($.02$ Skalenpunkte; $p = .69$; n. s.). Die WG wies entgegen den Erwartungen einen deskriptiven Anstieg vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt um $.10$ Skalenpunkte auf ($p = .15$; n. s.). Beim Haupteffekt post_vs_fu wurde ein signifikanter Anstieg in der WG erwartet. Die berichtete Selbstwirksamkeitserwartung veränderte sich jedoch nur marginal ohne Signifikanz ($.03$ Skalenpunkte; $p = .70$; n. s.). Die IG wies entgegen den Erwartungen deskriptiv einen Anstieg in der berichteten Selbstwirksamkeitserwartung um $.10$ Skalenpunkte auf ($p = .09$; n. s.). Der Haupteffekt Gruppe entsprach deskriptiv nicht der erwarteten Effektrichtung: Teilnehmer der WG berichteten zum zweiten Messzeitpunkt eine um $.08$ Skalenpunkte höhere Selbstwirksamkeitserwartung, unter Kontrolle für Ausgangsniveauunterschiede, als die IG ($p = .27$; n. s.).

Tabelle 8

Überblick Mehrebenenmodelle und Schätzung fester Parameter des Modells 5 Berufsspezifische Selbstwirksamkeitserwartung

Parameter	Volles Modell					Korrigiertes Modell					Finales Modell				
	Schätzung	t ^a	p ^b	CI ₉₅ ^c		Schätzung	t ^a	p ^b	CI ₉₅ ^c		Schätzung	t ^a	p ^b	CI ₉₅ ^c	
				Unter- grenze	Ober- grenze				Unter- grenze	Ober- grenze				Unter- grenze	Ober- grenze
Konstanter Term															
WG = 0	3.06	30.44	.00	2.86	3.26	3.05	33.97	.00	2.87	3.23	3.06	57.32	.00	2.96	3.17
IG = 0	2.94	29.27	.00	2.74	3.14	2.97	42.68	.00	2.84	3.11	2.98	68.85	.00	2.89	3.07
post_vs_prä * Gruppe ^e															
WG = 0	.10	1.05	.29	-.08	.28	.11	1.20	.23	-.07	.28	.12	1.35	.17	-.06	.29
post_vs_fu * Gruppe ^e															
WG = 0	.10	1.07	.29	-.08	.27	.10	1.12	.27	-.07	.27	.12	1.37	.17	-.05	.29
post_vs_fu															
WG = 0	-.01	-.15	.88	-.15	.13	-.01	-.19	.85	-.15	.12	-.03	-.38	.70	-.16	.11
IG = 0	.08	1.61	.11	-.02	.19	.08	1.63	.11	-.02	.19	.10	1.71	.09	-.01	.20
post_vs_prä															
WG = 0	-.08	-1.08	.29	-.22	.06	-.09	-1.33	.19	-.22	.04	-.10	-1.46	.15	-.23	.03
IG = 0	.02	.34	.73	-.10	.14	.02	.31	.76	-.10	.13	.02	.40	.69	-.09	.13
Gruppe ^e															
WG = 0	-.12	-1.05	.30	-.36	.11	-.07	-.66	.51	-.30	.15	-.08	-1.12	.27	-.21	.06
SK-Anforderungen ^e															
WG = 0	.02	.30	.77	-.13	.17										
Implizite Rationierung ^e															
WG = 0	-.20	-2.93	.00	-.33	-.06	-.20	-3.15	.00	-.33	-.07	-.21	-3.22	.00	-.34	-.08
Trainingsmethode ^e															
WG = 0	-.18	-1.66	.10	-.39	.04	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Berufserfahrung ^e															
WG = 0	.16	1.48	.15	-.06	.39	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

Anmerkungen: N = 47 Teilnehmer, 3 Messzeitpunkte; SK = Selbstkontrollkraft; ^a = T-Statistik; ^b = Signifikanz; ^c = Konfidenzintervall 95 %; ^d = enthält die Kontrollvariable Selbstselektion, welche für Ausgangsniveauunterschiede der abhängigen Variable kontrolliert (Zentrierung am Gesamtmittelwert des ersten Messzeitpunktes); ^e = erzielte Ergebnisse sind nur für die Kodierung WG = 0 dargestellt, da die Kodierung IG = 0 redundante Werte enthält.

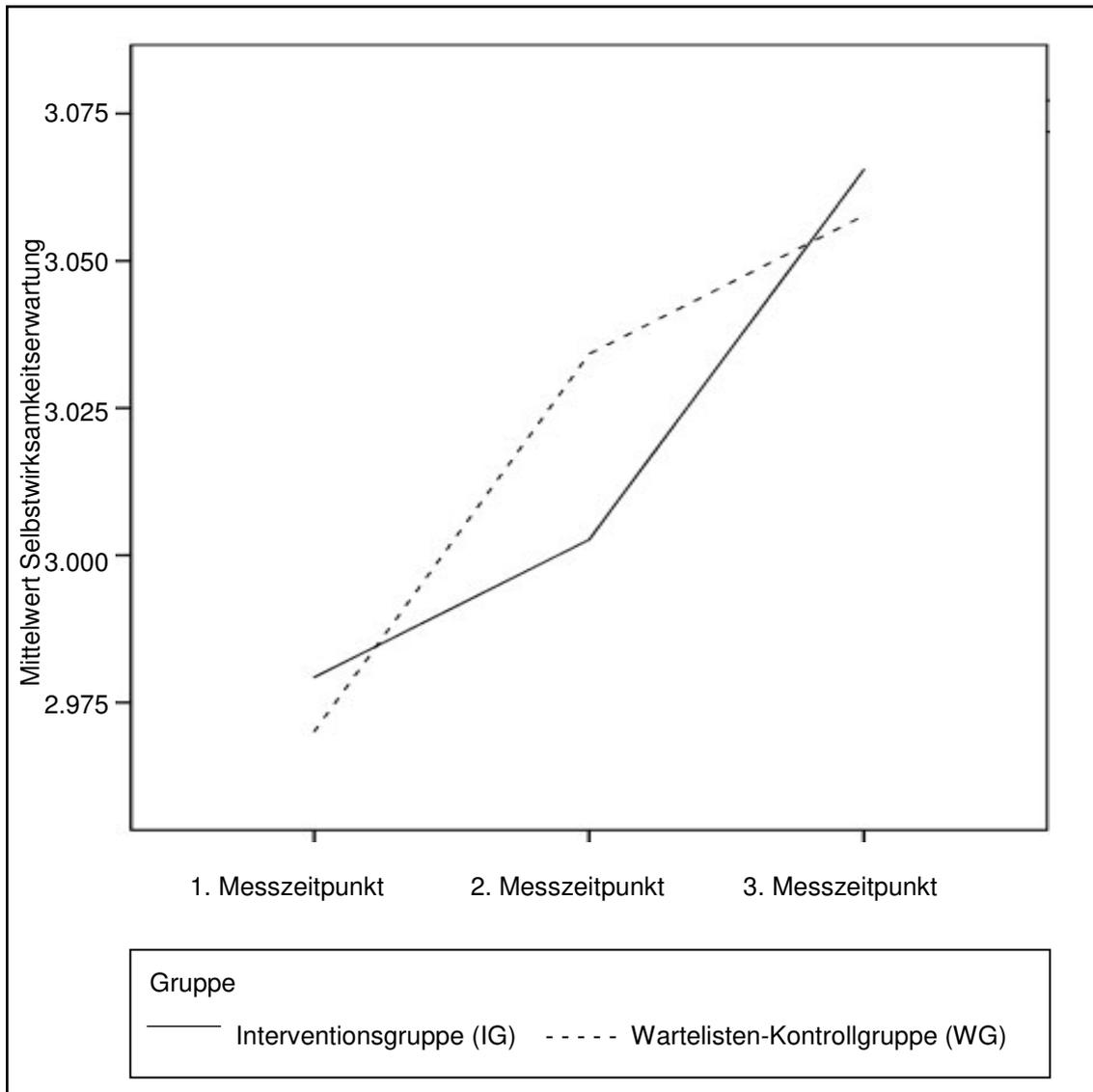


Abbildung 7: Berichtete Selbstwirksamkeitserwartung pro Messzeitpunkt für die Interventionsgruppe und die Wartelisten-Kontrollgruppe.

5.3 Weitere Ergebnisse

Im Folgenden werden explorative Ergebnisse zu Häufigkeiten und kategorialer Ursachenabfrage der Gefährdungsfälle, den intervallskalierten Kontrollvariablen, dem Zusammenhang zwischen Selbstkontrollkraft und Selbstwirksamkeitserwartung sowie dem Manipulations-Check des Sicherheitsratings berichtet.

5.3.1 Häufigkeiten der Gefährdungsfälle und kategoriale Ursachenabfrage

Der Median für die abhängige Variable Gefährdungsfälle lag über alle Messzeitpunkte hinweg bei $Md = 2.33$. Deskriptive Häufigkeitsanalysen ergaben, dass nur etwa 9.0 % der Teilnehmer berichteten, dass sie *keinen* Gefährdungsfall in

Tabelle 9

Übersicht zu relativen Häufigkeiten der gewählten Antwortkategorien bezgl. Gefährdungsfälle in den Untersuchungsgruppen

	1. Messzeitpunkt	2. Messzeitpunkt	3. Messzeitpunkt	Gesamt
Gefährdungsfälle				
Nie	7.0 %	10.9 %	9.1 %	9.0 %
selten	12.8 %	28.3 %	15.9 %	19.0 %
manchmal	30.2 %	23.9 %	31.8 %	29.0 %
oft	48.8 %	37.0 %	43.2 %	43.0 %
Gesamt	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Anmerkungen: Bezogen auf die letzten 14 Arbeitstage.

den letzten 14 Arbeitstagen erlebten, im Gegensatz zu 43 %, welche Gefährdungsfälle *oft* wahrnahmen (siehe Tabelle 9).

Ursachen für Gefährdungsfälle wurden als Mehrfachantworten-Set abgefragt. Separate Cochran-Q-Tests für die fünf möglichen Antwortkategorien zeigten keine signifikanten Unterschiede über die Messzeitpunkte hinweg (Antwortkategorie 1: $p = .55$; 2: $p = .47$; 3: $p = .45$; 4: $p = .85$; 5: $p = .61$; n. s.). Da sich die Ergebnisse im Untersuchungsverlauf nicht signifikant veränderten und die erhobenen Daten zum ersten Messzeitpunkt in beiden Gruppen frei von interventionsbedingten Einflüssen waren, wurden Gruppenunterschiede mithilfe des Datensatzes zum ersten Messzeitpunkt weitergehend analysiert. Antwortkategorie 1 wies als einzige einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Untersuchungsgruppen auf ($\chi^2 [1] = 8.18$; $p < .01$). Die IG identifizierte demnach öfter als die WG, dass der Druck von einer anderen Station Ursache für Gefährdungsfälle war. Die anderen Vergleiche wurden nicht signifikant (Antwortoption 2: $p = .53$; 3: $p = .45$; 4: $p = .08$; 5: $p = 1.00$; n. s.). Abbildung 8 zeigt die die prozentuale Verteilung der Gesamtergebnisse. Dieser kann entnommen werden, dass der Anteil der drei Antwortoptionen mit der Thematik *Druck* jeweils mehr als 22 % des Gesamtanteils erklärt. *Angst vor Beschwerde* und eine *falsche Einschätzung der Situation* erreichten jeweils einen Anteil < 7 %. Die Teilnehmer hatten zusätzlich die Möglichkeit, eine Freitextantwort zu generieren. Die Antworten wurden per Augenscheinvalidität geclustert zu den drei Themen Ressourcenmangel (Zeit, Personal, Kompetenz), Kommunikationsprobleme (Team,

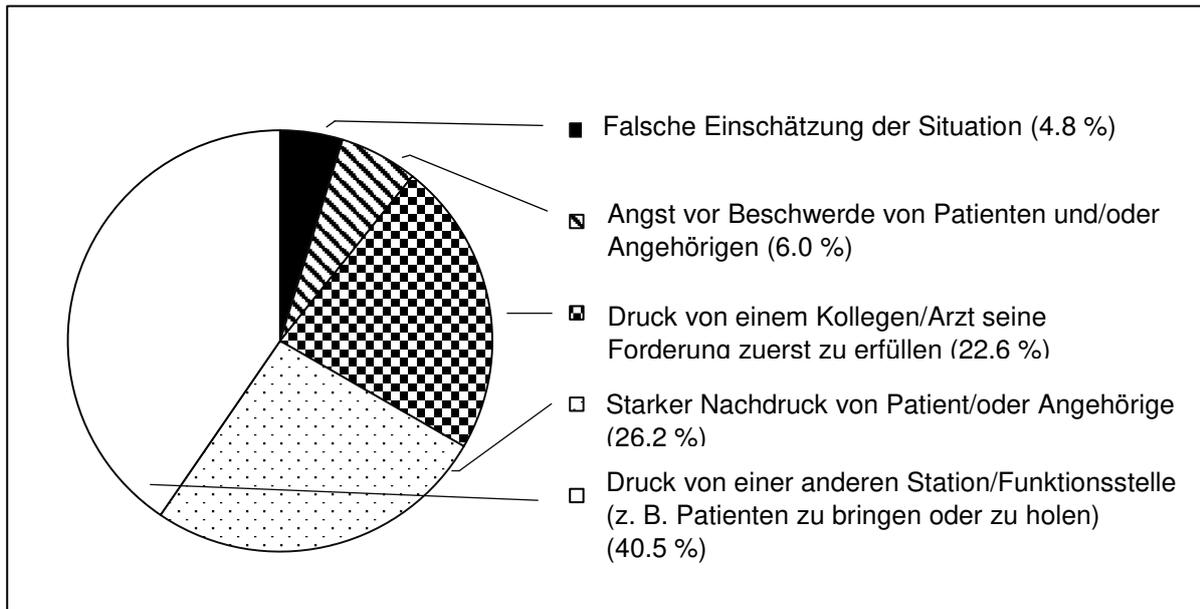


Abbildung 8: Kreisdiagramm zur prozentualen Verteilung der Ursachenabfrage für Gefährdungsfälle über beide Untersuchungsgruppen hinweg. Daten beruhen auf dem ersten Messzeitpunkt. Mehrfachantworten waren möglich.

Arzt) und unerwartete Situationsänderungen (Zustandsverschlechterung, Untersuchungen). Die Ergebnisse hierzu sind in Tabelle 10 aufgelistet.

5.3.2 Analyse der Kontrollvariable: Selbstkontrollanforderungen

Die Aufnahme der Kontrollvariable *Selbstkontrollanforderungen* konnte in den Modellen der Selbstkontrollkraft und der Sicherheit über die eigene Entscheidung jeweils signifikant zur Verbesserung des Modellfits beitragen und einen signifikanten Haupteffekt aufweisen. Zur näheren explorativen Analyse des Konstruktes Selbstkontrollanforderungen wurde deshalb eine messwiederholte ANOVA (Innersubjektfaktor = Messzeitpunkt; Zwischensubjektfaktor = Gruppe) mit den erzielten Mittelwerten gerechnet (siehe Tabelle 2). Teilnehmer beider Gruppen wiesen einen signifikanten Anstieg in den berichteten Selbstkontrollanforderungen in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt auf ($F [2,78] = 6.21; p < .05; \eta^2 = .14;$). Post-hoc-Vergleiche zeigten einen signifikanten Anstieg um .21 Skalenpunkte zwischen dem ersten und zweiten bzw. dritten Messzeitpunkt ($p < .05$), aber keine Veränderung zwischen dem zweiten und dritten Messzeitpunkt ($p = 1.00; n. s.$). Hierbei konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen gefunden werden ($F < 1$). Außerdem korrelierten Selbstkontrollanforderungen bedeutsam negativ mit

Tabelle 10

Auflistung der Freitextantworten zur Ursachenabfrage Gefährdungsfälle nach Thema, Gruppe und Messzeitpunkt

Nr.	Freitext	Gruppe	MZP	Thema
1	ca. 18 Patienten auf 1 Pflegekraft -> Zeitmangel	WG	1	Ressourcen
2	Überforderung bzw. alleingelassen werden in Notfallsituationen	WG	1	Ressourcen
3	Zu wenige Pflegekräfte für zu viele aufwändige Pflegebedürftige	WG	1	Ressourcen
4	Zeitmangel	WG	2	Ressourcen
5	Zeitmangel zu viele Pflegbedürftige	WG	3	Ressourcen
6	Personalmangel, Krankheitsfälle	IG	1	Ressourcen
7	neue Mitarbeiter unerfahren	IG	3	Ressourcen
8	Personalmangel	IG	3	Ressourcen
9	Veränderung des Gesundheitszustandes bei Patient	WG	1	Situation
10	Zustandsverschlechterung des anderen Patienten	IG	1	Situation
11	instabiler Patient	IG	1	Situation
12	Untersuchungen ungeplant, Zugänge ungeplant, Notfälle	IG	1	Situation
13	Veränderungen der Ausgangssituation (z. B. Patient von Transport abgeholt und deswegen Tätigkeit nicht durchführbar)	IG	1	Situation
14	Verschlechterung des Zustandes eines anderen Patienten	IG	2	Situation
15	Zustandsverschlechterung eines Mitpatienten	IG	2	Situation
16	Kommunikationsprobleme	WG	1	Kommunikation
17	zum Teil Kollegen	IG	1	Kommunikation
18	Übergabe unpräzise	IG	2	Kommunikation
19	Arzt untersucht Patient -> geplante Tätigkeit nicht durchführbar	IG	3	Kommunikation
20	Kollegen erfüllen nicht die Aufgaben für die sie zuständig sind	IG	3	Kommunikation

Anmerkungen. WG = Wartelisten-Kontrollgruppe; IG = Interventionsgruppe; MZP = Messzeitpunkt.

Selbstkontrollkraft ($r = -.31$; $p < .001$). Genauere Analysen auf Skalenebene ergaben, dass die Skala innere Widerstände überwinden für die Korrelation entscheidend war ($r = -.58$; $p < .001$). Die Korrelationskoeffizienten der beiden anderen Skalen

erreichten nicht das Signifikanzniveau¹⁰. Eine signifikante Korrelation mit der abhängigen Variable *Sicherheit über die eigenen Entscheidungen* zeigte sich weder global noch auf Skalenniveau.

5.3.3 Analyse der Kontrollvariable: Implizite Rationierung

Die Kontrollvariable *implizite Rationierung* konnte in den Modellen der Gefährdungsfälle, Selbstkontrollkraft und der berufsspezifischen Selbstwirksamkeitserwartung signifikant zur Verbesserung des Modellfits beitragen. Eine messwiederholte ANOVA (Innersubjektfaktor = Messzeitpunkt; Zwischensubjektfaktor = Gruppe) zeigte bezüglich der Mittelwerte von impliziter Rationierung keine signifikanten Unterschiede zwischen ($F [1,39] = 2.89; p = .10; n. s.$) oder innerhalb der Gruppen ($F [2,78] = 3.10; p = .06; n. s.$). Deskriptiv zeigte sich vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt eine Reduktion in der IG sowie ein Anstieg in beiden Untersuchungsgruppen vom zweiten zum dritten Messzeitpunkt (siehe Tabelle 2). Mittelwerte der impliziten Rationierung wiesen bedeutsame signifikante Zusammenhänge mit Gefährdungsfällen ($r = .58; p < .001$), Selbstkontrollkraft ($r = -.53; p < .001$) und berufsspezifischer Selbstwirksamkeitserwartung ($r = -.33; p < .001$) auf.

Aufgrund der hohen Praxisrelevanz der Kontrollvariable werden weitere, für die Hauptuntersuchung sekundäre deskriptive Ergebnisse, im Anhang H dargestellt.

5.3.4 Analyse des Zusammenhangs Selbstkontrollkraft und Selbstwirksamkeitserwartung

Bertrams und Dickhäuser (2009) untersuchten in einer Validierungsstudie zur deutschen Adaptation der Selbstkontrollkraftskala von Tangney et al. (2004) u. a. den Zusammenhang zwischen Selbstkontrollkraft und allgemeiner Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer & Jerusalem, 1999). Hierbei fanden sie keinen Zusammenhang der Konstrukte und somit Hinweise für diskriminante Validität der Selbstkontrollskala. In der vorliegenden Untersuchung wurden ähnliche Maße der Selbstkontrollkraft und der Selbstwirksamkeit erhoben. Die eingesetzte Selbstkontrollkraftskala von Hupke (2011) ist an Tangney et al. (2004) angelehnt. Die

¹⁰ *Impulskontrolle* korrelierte marginal nicht signifikant mit Selbstkontrollkraft ($r = .02; p = .83; n. s.$). *Ablenkungen widerstehen* korrelierte gering mit Selbstkontrollkraft ($r = -.14; p = .10; n. s.$). Interpretation der Zusammenhangsmaße erfolgte nach Cohen (1988).

Selbstwirksamkeitserwartung wurde berufsspezifisch (Heindle, 2009) und allgemein (Schwarzer & Jerusalem, 1999) erhoben. Hierbei zeigten sich entgegen den Befunden von Bertrams und Dickhäuser (2009) bedeutsame Zusammenhänge zwischen den Konstrukten: Die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung korrelierte hoch ($r = .50$; $p < .001$), die berufsspezifische Selbstwirksamkeitserwartung ebenfalls hoch mit berichteter Selbstkontrollkraft ($r = .55$; $p < .001$). Ferner wiesen allgemeine und berufsspezifische Selbstwirksamkeitserwartung einen bedeutsamen Zusammenhang auf ($r = .69$; $p < .001$).

5.3.5 Manipulations-Check der computergestützt erhobenen Variablen

Das Material zum Sicherheitsrating (*eigene Entscheidung* und *Zustimmung der Kollegen*) wurden aus dem Tätigkeitspool von Miller (2015) randomisiert entnommen. Hierbei stammten die Tätigkeiten der ersten sieben Vergleiche jeweils aus denselben Dringlichkeitsstufen und die letzten beiden jeweils aus benachbarten Dringlichkeitsstufen. Es wurde davon ausgegangen, dass im Vergleich von benachbarten Dringlichkeitsstufen Tätigkeiten aus der höheren Dringlichkeitsstufe mit größerer Wahrscheinlichkeit als wichtiger eingestuft werden würden und damit die Sicherheitsratings höher ausfallen als beim Vergleich von Tätigkeiten derselben Dringlichkeitsstufe. Zur Prüfung der Gewissenhaftigkeit der Teilnehmerbewertungen wurden jeweils Gesamtmittelwerte über alle Untersuchungsgruppen und Messzeitpunkte hinweg generiert und mittels einfaktorieller ANOVA (Innersubjektfaktor = Manipulation Ja/Nein) analysiert. Erwartungskonform unterschieden sich die Teilnehmer abhängig vom Vorhandensein der Manipulation (Ja/Nein) in beiden Sicherheitsratings über die eigene Entscheidung ($F[1,46] = 66.84$; $p < .001$; $\eta^2 = .59$;) und der Zustimmung der Kollegen ($F[1,46] = 52.68$; $p < .001$; $\eta^2 = .53$;) . Konkret berichteten die Teilnehmer im Durchschnitt erwartungskonform bezüglich *Sicherheit über die eigene Entscheidung* (*Zustimmung der Kollegen*) eine um .29 (.41) Skalenpunkte höhere Sicherheit, wenn die Tätigkeiten aus benachbarten Dringlichkeitskategorien kamen, als wenn sie aus denselben Dringlichkeitskategorien stammten.

6 Diskussion

Haben Sie es geschafft, auf Ihrer gewählten „Pflicht zu beharren“, oder haben Sie sich von nachrangigen Anfragen beim Lesen dieser Arbeit unterbrechen lassen?

Obwohl die menschliche Durchsetzungsschwäche ein oftmals diskutiertes psychologisches Alltagsphänomen zu sein scheint und Lebens- wie auch Businessratgeber immer wieder die Wichtigkeit von Beharrlichkeit betonen, bedient diese Arbeit einen neuen Forschungs- und Anwendungsaspekt. Denn sie ist die erste, welche sich zum Ziel gesetzt hat, kontextspezifisch die Durchsetzungsschwäche theoretisch zu erklären und die Entscheider zu befähigen, ihre gesetzten Prioritäten auch in Situationen mit hoher Arbeitsbelastung gegen nachrangige eklatante Forderungen durchzusetzen.

Ausgehend von der Frage, ob pflegerische Prioritätendurchsetzung trainierbar ist, wurden mithilfe eines Wartegruppen-Kontrolldesigns insgesamt fünf Hypothesen im Rahmen einer Mehrebenenanalyse getestet. Sie prüften die Wirksamkeit des durchgeführten Trainings. Das Training basiert auf der Synthese der Konstrukte Selbstkontrollkraft und der Theorie des geplanten Verhaltens. Entgegen den Erwartungen fanden sich nur für die Konstrukte Gefährdungsfälle, Sicherheit über die eigene Entscheidung und über die Zustimmung der Kollegen kurzfristige erwartungskonforme Veränderungen in der IG, nicht jedoch in der WG. Damit konnte die generelle Wirksamkeit des Trainings nicht bestätigt werden. Unabhängig davon zeigten die Ergebnisse der anderen Konstrukte Selbstkontrollkraft und berufsspezifische Selbstwirksamkeitserwartung zumindest teilweise die erwarteten deskriptiven Trends. Alle Gruppen schienen über die Messzeitpunkte hinweg eine positive oder neutrale Veränderung in den abhängigen Variablen zu zeigen. Demnach hatte das Training keinen negativen Einfluss auf die Teilnehmer. Es zeigte sich, dass die Teilnehmer bereits über eine hohe Sicherheit über ihre eigene Entscheidung und die Zustimmung der Kollegen verfügen.

Die weiterführenden Analysen deuten stark darauf hin, dass Gefährdungsfälle ein relevantes Problemfeld mit dringendem Handlungsbedarf darstellten und Ursachen v. a. external verortet zu sein scheinen. Es fanden sich zudem signifikante negative Zusammenhänge von Selbstkontrollanforderungen mit berichteter Selbstkontrollkraft. Das pflegewissenschaftliche Konstrukt implizite Rationierung wies substantielle Zusammenhänge mit Selbstkontrollkraft, Gefährdungsfällen und berufsspezifischer Selbstwirksamkeitserwartung auf. Entgegen den Annahmen von Bertrams und Dickhäuser (2009) korrelierte Selbstkontrollkraft bedeutsam mit Selbstwirksamkeitserwartung.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird die detaillierte Diskussion in der Reihenfolge der Hypothesen geführt, wobei weiterführende Ergebnisse und spezifische Einschränkungen an entsprechender Stelle integrativ erörtert werden. Im Anschluss werden konstruktübergreifende methodische Vorteile und Einschränkungen diskutiert sowie Implikationen für Forschung und Praxis vorgestellt. Den Abschluss bilden Ausblick und Fazit.

6.1 Gefährdungsfälle

Die erste Hypothese erwartete, dass Pflegekräfte, welche am Prioritätendurchsetzungstraining teilnahmen, jeweils unmittelbar nach dem Training und unter Berücksichtigung relevanter Kontrollfaktoren signifikant weniger Gefährdungsfälle berichten als unmittelbar vor dem Training. Hierzu wurden die Teilnehmer entsprechend vor und nach dem Training mit einem selbstkonzipierten 1-Item-Instrument befragt, wie oft es in den letzten 14 Arbeitstagen vorgekommen ist, dass sie ihre geplante Tätigkeitsabfolge verändern mussten, um eine von jemandem anderem geforderte Tätigkeit zu erfüllen, die ihrer Meinung nach nachrangige Priorität hatte. Das Item wurde von der Verfasserin aufgrund theoretischer Überlegungen (vgl. Kapitel 2.2) und der Tatsache, dass kein vergleichbares Instrument in der Forschungslandschaft zu finden war, selbst konzipiert.

Die Hypothese konnte im Rahmen der statistischen Analysen nur teilweise bestätigt werden: Es zeigte sich zwar, dass die Veränderungserwartungen vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt erfüllt wurden, jedoch widersprachen die Ergebnisse vom zweiten zum dritten Messzeitpunkt in beiden Gruppen klar den Annahmen. Die Tatsache, dass sich die berichteten Gefährdungsfälle unmittelbar nach dem Training der IG, trotz steigender Selbstkontrollanforderungen, reduzierten und dass die WG keine Veränderung in der Wartephase zeigte, spricht für den erwarteten Trainingseffekt. Allerdings scheint dieser Effekt nicht nachhaltig gewesen zu sein, denn die IG berichtete im Follow-up (zum dritten Messzeitpunkt) einen Anstieg der Gefährdungsfälle. Zusätzlich konnte in der WG keine Abnahme der Gefährdungsfälle unmittelbar nach dem Training erzielt werden. Dies spricht gegen die Generalisierbarkeit des kurzfristigen Trainingseffekts. Aufgrund des gemischten Ergebnisbildes ist davon auszugehen, dass neben dem Training andere,

gruppenspezifische Einflussfaktoren (vgl. Kapitel 6.6.2) den gefundenen Effekt bedingt haben.

Die Tatsache, dass ein schlechter Modellfit erzielt wurde, wirft weitere Fragen auf. Es ist zu überlegen, ob die selbstkonzipierte Operationalisierung überhaupt ein geeignetes Maß zur Erhebung von Gefährdungsfällen darstellt. Für die inhaltliche Eignung und Verständlichkeit spricht die explorative Auswertung des kategorialen Mehrfachantwortensets. Denn besonders externer Nachdruck (andere Stationen, Kollegen, Patienten und Angehörige) wurde hier im Gegensatz zu internalen Faktoren als Ursache für Gefährdungsfälle identifiziert. Dies steht im Einklang mit den theoretischen Überlegungen, dass eklatantes Verhalten Gefährdungsfälle begünstigt und somit inhaltlich für die Eignung des 1-Item-Instruments. Die berichteten Freitextantwortkategorien *Ressourcenmangel*, *Kommunikationsprobleme* und *situative Veränderungen* unterstreichen die Relevanz externer Faktoren bezgl. Gefährdungsfällen und offenbaren neue Anstöße für die künftige Differenzierung des Konstrukts. Nichtsdestoweniger empfiehlt sich eine weiterführende Erprobung und Analyse der selbstkonzipierten Operationalisierung, um etwaige Störeinflüsse zu identifizieren, welche in die Modellierung mit einbezogen werden können. Denn die hohen Ausgangsvarianzen auf intra- und interindividueller Ebene, im Vergleich zu den anderen Modellen, deuten darauf hin, dass weitere unbekannte Einflussfaktoren denkbar sind (siehe Tabelle 3).

Berichtete Gefährdungsfälle korrelierten außerdem bedeutsam mit dem Konstrukt implizite Rationierung. Die Integration des 1-Item-Instruments in die Skala zur impliziten Rationierung könnte den Zusammenhang der beiden Instrumente künstlich erzeugt haben. Diese Platzierung wurde vorgenommen, um etwaigen Demand-Einflüssen (Orne, 1962) entgegenzuwirken und die ökologische Validität zu stärken. Demand-Einflüsse sind Störeinflüsse, die dadurch entstehen, dass Studienteilnehmer dazu neigen, Forschungserwartungen zu antizipieren, und ihr Verhalten entsprechend anpassen. Allerdings sprechen Überlegungen von Kalisch, Landstrom und Hinshaw (2009) eher dafür, dass der Zusammenhang der Instrumente Ausdruck der konzeptionellen Verwandtheit sein könnte: Sie gehen nicht nur davon aus, dass Prioritätensetzung, ähnlich wie bei den Gefährdungsfällen ein entscheidender internaler Faktor der pflegerischen impliziten Rationierung ist,

sondern, dass implizite Rationierung ebenfalls die Gefährdung von Pflegekräften und Patienten abbildet.

Unabhängig von Überlegungen zu Zusammenhängen und der Instrumentengüte bestätigen die deskriptiven Ergebnisse die hohe Relevanz dieser Arbeit: Denn die Teilnehmerbewertungen zeigten im Durchschnitt, dass Gefährdungsfälle zum Berufsalltag gehören. Werden die relativen Anwohnhäufigkeiten pro Messzeitpunkt betrachtet (siehe Tabelle 9) und die eingangs diskutierten weitreichenden Konsequenzen von Gefährdungsfällen rekapituliert, betonen die Ergebnisse den Handlungsbedarf für die Verantwortlichen der Branche und die interdisziplinäre Forschungslandschaft.

Zusammenfassend konnten im Rahmen der Analyse der berichteten Gefährdungsfälle Hinweise darauf erzielt werden, dass das durchgeführte Training in der IG, nicht aber in der WG, zu einer kurzfristigen relevanten Abnahme der Gefährdungsfälle führte. Damit konnten die vorliegenden Daten die generelle Wirksamkeit des Trainings nicht bestätigen. Die weiteren Ergebnisse deuten darauf hin, dass Gefährdungsfälle ein relevantes Problemfeld mit dringendem Handlungsbedarf für Praxis und Forschung darstellen, vermutlich vorwiegend external verursacht werden und sowohl inhaltliche als auch korrelative Verbindungen zum Konstrukt implizite Rationierung zu vermuten sind.

6.2 Selbstkontrollkraft

Im Rahmen der zweiten Hypothese wurde überprüft, ob Pflegekräfte, welche am Prioritätendurchsetzungstraining teilnahmen, jeweils unmittelbar nach dem Training und unter Berücksichtigung relevanter Kontrollfaktoren eine signifikant höhere Selbstkontrollkraft berichten als unmittelbar vor dem Training. Hierzu wurden die Teilnehmer vor und nach dem Training befragt. In der Literatur werden Veränderungsmessungen zur Selbstkontrollkraft zumeist anhand von Verhaltensmaßen, in denen bspw. die Bearbeitungsdauer von unlösbaren Puzzeln im Labor gemessen wurde, durchgeführt (Hagger et al., 2010; Muraven & Slessareva, 2003). Eine weitere Herangehensweise ist die Messung der momentan verfügbaren Selbstkontrollkraft mittels Fragebogen (Bertrams, Unger, & Dickhäuser, 2011). Zur Vermeidung einer Konfundierung mit dem vermuteten Erschöpfungszustand der Teilnehmer zu den Erhebungszeitpunkten (14:00 Uhr nach einer 8-h-Schicht), wurden die genannten Maße nicht eingesetzt. Stattdessen kam ein Instrument zum

Einsatz, welches eigentlich zur Messung dispositionaler Selbstkontrollkraft konzipiert und bereits zur Evaluation eines Selbstkontrollfähigkeiten-Trainings genutzt wurde (Cosmar, Schmidt, & Diestel, 2013). Zusätzlich wurden die Teilnehmer instruiert, ihre Aussage auf die letzten 14 Arbeitstage zu beziehen. Dieser Referenzrahmen scheint demnach ein Weg, um verstärkt die situative Selbstkontrollkraft, zu messen. Das Instrument erzielte eine ausreichend interne Konsistenz (siehe Tabelle 2).

Die Hypothese konnte mit den vorliegenden Daten inferenzstatistisch nicht gestützt werden. Beide Untersuchungsgruppen zeigten zwar deskriptiv die erwarteten Interaktionsrichtungen, die Effekte waren jedoch marginal und somit ohne Bedeutungsrelevanz für den Arbeitskontext (siehe Abbildung 4). In den letzten Jahren wurde die Trainierbarkeit von Selbstkontrollkapazität und das Konstrukt Selbstkontrollkraft zunehmend kontrovers diskutiert. Die anfangs optimistischen Studien (Baumeister et al., 2006) und Metaanalysen (Hagger et al., 2010) berichteten von mannigfaltigen positiven Einflussfaktoren und relevanten Effektgrößen auf die limitierte Willensressource: bspw. zeigten positiven Affekt (Tice, Baumeister, Shmueli, & Muraven, 2007), regelmäßige physische Selbstkontrollübungen (Muraven, 2010) oder religiöses Beten (Frieze & Wänke, 2014) eine Selbstkontrollkraft stärkende und/oder puffernde Wirkung im Sinne der Ich-Erschöpfung. In den letzten Jahren finden sich in der Forschungsdiskussion, neben Replikationen, zunehmend kritische Stimmen, welche Hinweise darauf liefern, dass der bloße Glaube an das Konstrukt einen Einfluss auf die Datenlage hat (Job, Dweck, & Walton, 2010). Zudem werden vorherige Trainingseffekte in Frage gestellt (Miles et al., 2016) und diskutiert, ob die erzielten Effektgrößen in Laborexperimenten systematisch überschätzt wurden (Hagger et al., 2016). Bezogen auf den pflegerischen Kontext konnten Cosmar et al. (2013) mit einem ähnlichen Untersuchungsdesign zwar keine Erhöhung der Selbstkontrollkraft unmittelbar nach dem Training feststellen, jedoch nach 6 Monaten. Das Training von Cosmar et al. (2013) hatte zum Ziel, Pflegekräfte im Umgang mit Selbstkontrollanforderungen zu stärken, und hatte einen Umfang von 7,5 h, aufgeteilt auf drei aufeinanderfolgende Wochentermine. Im Gegensatz zu Cosmar et al. (2013) wurde das Konstrukt Selbstkontrollkraft bewusst *nicht* im Training vorgestellt, um etwaige Demand-Einflüsse und die Generierung von moderierenden Glaubenssätzen (Job et al., 2010) zu vermeiden.

Trotz eines sehr guten Modellfits der Daten bleibt es weiteren Studien überlassen, zu klären, ob die zusätzliche Fokussierung der Teilnehmer auf die letzten 14 Arbeitstage, die betriebswirtschaftlichen Restriktionen bezüglich der Dauer und Umfang des Trainings und/oder dritte Faktoren den deskriptiven Trend bedingen.

Trotz nur marginaler Veränderungen über die Messzeitpunkte hinweg zeigt die Datenlage einen klaren Zusammenhang von Selbstkontrollanforderungen und impliziter Rationierung mit berichteter Selbstkontrollkraft. Denn intraindividuell überdurchschnittliche Selbstkontrollanforderungen oder implizite Rationierung standen im Modell und in den korrelativen Analysen in signifikantem Zusammenhang mit verringerter Selbstkontrollkraft. Diese Zusammenhänge können unterschiedlich in die aktuelle Forschungsdiskussion eingeordnet werden: Zum einen sprechen sie für die theoretischen Überlegungen von Schmidt und Neubach (2009), dass Selbstkontrollanforderungen Einfluss auf die momentan verfügbare Selbstkontrollkraft der Teilnehmer haben. Zum anderen vermutet Hupke (2011), welche einen ähnlichen Zusammenhang unter Pflegekräften fand, dass Personen mit geringer Selbstkontrollkraft bestehende Selbstkontrollanforderungen als höher bewerten. Beide Erklärungen sind denkbar und können mit dem vorliegenden Untersuchungsdesign nicht abschließend geklärt werden. Der Zusammenhang mit impliziter Rationierung wirft weitere Fragen auf, da das Konstrukt augenscheinlich eher Konsequenzen von Arbeitsbelastung beschreibt. Auch hier sind beide Interpretationsrichtungen denkbar und bleiben weiteren interdisziplinären Forschergruppen überlassen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass anhand der vorliegenden Daten trotz des erwarteten deskriptiven Musters keine praxisrelevanten Veränderungen der berichteten Selbstkontrollkraft durch das durchgeführte Training berichtet werden können. Bedeutsame Zusammenhänge mit intraindividuell gekoppelten Selbstkontrollanforderungen und impliziter Rationierung unterstreichen bestehende Annahmen zur Belastungsquelle Selbstkontrollanforderung und werfen neue Fragen zum pflegerischen Konstrukt implizite Rationierung für die weitere Forschung auf.

6.3 Sicherheit über die eigene Entscheidung

Die dritte Hypothese beschäftigte sich mit der Frage, ob Pflegekräfte, welche am Prioritätendurchsetzungstraining teilnahmen, jeweils unmittelbar nach dem Training und unter Berücksichtigung relevanter Kontrollfaktoren signifikant mehr

Sicherheit über die eigene Entscheidung berichten als unmittelbar vor dem Training. Die Daten wurden mittels eines selbstkonzipierten computergestützten Verfahrens erhoben. Hierbei mussten die Teilnehmer zunächst eine Entscheidung treffen und danach bewerten, wie sicher sie sich über ihre eigene Entscheidung waren. Die interne Konsistenz war unzureichend. Sie ist ein Maß für die Höhe wechselseitiger Korrelationen einzelner Items (Homogenität der Skala) innerhalb eines Tests, welches stark von der Itemanzahl abhängt (Bortz & Döring, 2002). Die zur Entscheidung genutzten Tätigkeitsvergleiche waren bewusst schwierig konzipiert (dieselbe Dringlichkeitskategorie), um Unsicherheit und damit Varianz zu provozieren. Es ist denkbar, dass die Teilnehmer die randomisiert gezogenen Entscheidungen als unterschiedlich schwierig empfanden. Daher empfiehlt sich, dies in weiteren Studien via Manipulations-Check zu kontrollieren. Zudem hatte die geringe Itemanzahl (7 Items) Einfluss auf die interne Konsistenz. Generell bedarf die Eignung des selbstkonzipierten Instruments weiterer Prüfung.

Die vorliegenden Daten konnten die Hypothese nur teilweise bestätigen: Denn die Cross-Level-Interaktionen zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt entsprachen zwar deskriptiv der erwarteten Interaktionsrichtung (siehe Abbildung 5), jedoch widersprachen die Ergebnisse zwischen dem zweiten und dritten Messzeitpunkt den Erwartungen. Ähnlich wie bei der Analyse der Gefährdungsfälle zeigte sich ein kurzfristiger Anstieg unmittelbar nach dem Training für die IG, ohne Persistenz im Follow-up. Die WG wies kaum Veränderungen über die Messzeitpunkte hinweg auf. Auch hier ist deshalb nicht auszuschließen, dass weitere gruppenspezifische Einflussfaktoren (vgl. Kapitel 6.6.2) die Veränderungen bedingen.

Der Modellfit kann als gut bewertet werden, mit erwartungskonformer Abnahme der intra- und interindividuellen Varianzen durch die Modellierung. Im Manipulations-Check konnte die Gewissenhaftigkeit der Teilnehmerbewertungen erfolgreich bestätigt werden: Die Teilnehmer waren sich über ihre Entscheidung bei Tätigkeitsvergleichen aus derselben Dringlichkeitskategorie signifikant unsicherer als bei den Tätigkeitsvergleichen aus benachbarten Dringlichkeitskategorien. Insgesamt wiesen die Teilnehmer beider Gruppen eine hohe Sicherheit über die eignen Entscheidungen über alle Messzeitpunkte hinweg auf. Der Handlungsbedarf zur Stärkung der Sicherheit scheint hier somit vernachlässigbar zu sein bzw. es steht eher die Frage im Fokus, wie diese Ressource erhalten werden kann. Jedoch

unterstreicht der Befund zusätzlich den bereits definierten Handlungsbedarf bezüglich der Gefährdungsfälle, insofern die bereits eingangs erwähnten Annahmen von Petrocelli et al. (2015) zutreffen. Denn Petrocelli et al. (2015) fanden in ihren Untersuchungen den kontraintuitiven Effekt, dass Probanden, welche sich sehr sicher in ihrer Einstellung waren, nach einer Selbstkontrollaufgabe offener für die Überredungsversuche von Dritten waren als unsichere Probanden. Demnach könnte die vorhandene Sicherheit der Pflegekräfte die Empfänglichkeit für eklatante Forderungen in belasteten Situationen fördern.

Darüber hinaus wiesen im Modell die berichteten Einschätzungen einen bedeutsamen negativen Zusammenhang mit intraindividuell gekoppelten Selbstkontrollanforderungen auf. Dieser Befund deckt sich mit Untersuchungen von Schmidt und Neubach (2010), welche positive Zusammenhänge zwischen Selbstkontrollanforderungen und dem kurzfristigen Beanspruchungsindikator Zustandsangst, welche durch Unsicherheit und Besorgtheit charakterisiert ist, berichten. Dagegen spricht, dass der Zusammenhang in den weiteren korrelativen Analysen das Signifikanzniveau nicht erreichte. Es bleibt demnach offen, ob es sich um ein Artefakt oder einen relevanten Zusammenhang handelt.

Insgesamt lässt sich konkludieren, dass im Rahmen der statistischen Analysen Hinweise für eine Verbesserung der Sicherheit über die eigene Entscheidung nach dem Training im Vergleich zu dem vor dem Training für IG, nicht jedoch für die WG gefunden werden konnten. Pflegekräfte scheinen bereits über eine hohe Sicherheit über die eigene Entscheidung zu verfügen. Der uneindeutige Zusammenhang mit Selbstkontrollanforderungen bedarf weiterführender Klärung.

6.4 Sicherheit über die Zustimmung der Kollegen

Die vierte Hypothese erwartete, dass Pflegekräfte, welche am Prioritätendurchsetzungstraining teilnahmen, jeweils unmittelbar nach dem Training und unter Berücksichtigung relevanter Kontrollfaktoren signifikant mehr Sicherheit über die Zustimmung der Kollegen berichten als unmittelbar vor dem Training. Die Daten wurden zusammen mit der Variable Sicherheit über die eigene Entscheidung (computergestütztes Verfahren) erhoben. Die interne Konsistenz kann zwar als ausreichend interpretiert werden, sie unterliegt jedoch denselben bereits dargestellten spezifischen Einschränkungen (vgl. Kapitel 6.3).

Die Hypothese konnte im Rahmen der statistischen Auswertungen nur teilweise bestätigt werden: Es zeichnete sich in der IG ein kurzfristiger erwartungskonformer Effekt unmittelbar nach dem Training ab, welcher sich in den im Follow-up berichteten Daten abschwächte. Die WG hingegen zeigte deskriptiv einen kontinuierlichen Anstiegstrend über die Messzeitpunkte hinweg. Dies spricht gegen eine trainingspezifische Veränderung und erfordert die Diskussion weiterer Einflussfaktoren (vgl. Kapitel 6.6.2).

Trotz der erwartungskonformen intra- und interindividuellen Varianzreduktion des korrigierten Modells im Vergleich zum Nullmodell deuten die Devianzmaße auf einen schlechten Modellfit hin. Ursachen dafür können in den Daten oder der Modellierung liegen. Ähnlich wie bei der abhängigen Variable Gefährdungsfälle (siehe Kapitel 6.1) sind hier v. a. die intraindividuellen Varianzen im finalen Modell deutlich höher als bei den anderen, sodass ein Einfluss durch unbekannte Größen nicht ausgeschlossen werden kann. Als einziges der generierten Modelle konnte keine relevante¹¹ Kontrollvariable den Modellfit verbessern. Eine Konfundierung aufgrund mangelnder Gewissenhaftigkeit der Teilnehmerbewertungen konnte im Manipulations-Check ausgeschlossen werden.

Die Tatsache, dass die Teilnehmer augenscheinlich weniger Sicherheit über die Zustimmung ihrer Kollegen berichten als über ihre eigene Entscheidung (Tabelle 2), betont die Diskriminierbarkeit des Konstrukts im Sinne der Theorie des geplanten Verhaltens. Trotz dessen kann auch hier von einer tendenziell hohen Sicherheit der Teilnehmer gesprochen werden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich der bereits gut ausgebildete Faktor Sicherheit über die Zustimmung der Kollegen in beiden Gruppen positiv verändert hat. Für die IG konnten Hinweise auf einen kurzfristigen Trainingseffekt gefunden werden. Allerdings wies die WG unabhängig vom Training einen konstant positiven Trend auf. Dieser spricht gegen die Generalisierbarkeit des Trainingseffektes. Der schlechte Modellfit und hohe intraindividuelle Varianzen im finalen Modell legen nahe, dass weitere Einflussfaktoren wirkten.

¹¹ Die Kontrollvariable *Trainingsmethode* verbesserte zwar den Modellfit, jedoch erreichte der Haupteffekt weder das Signifikanzniveau noch kann sie inhaltlich sinnvoll interpretiert werden. Aus diesem Grund wird sie als irrelevant für die Interpretation eingestuft und im Kapitel 6.6.2 weiter erörtert.

6.5 Selbstwirksamkeitserwartung

Die letzte der fünf Hypothesen erwartete, dass Pflegekräfte, welche am Prioritätendurchsetzungstraining teilnahmen, jeweils unmittelbar nach dem Training und unter Berücksichtigung relevanter Kontrollfaktoren signifikant mehr berufsspezifische Selbstwirksamkeitserwartung berichten als unmittelbar vor dem Training. Die Daten wurden berufsspezifisch via Fragebogen erfasst. Die interne Konsistenz kann als gut interpretiert werden. Zudem gilt der Einsatz von Selbstwirksamkeitserwartungsfragebögen ohne Referenzrahmen bei Veränderungsmessungen als üblich (Kocher, 2014).

Die Hypothese konnte im Rahmen der statistischen Auswertungen nicht bestätigt werden: Beide Gruppen zeigten über die Messzeitpunkte hinweg einen deskriptiven marginalen Anstiegstrend (siehe Abbildung 7), unabhängig vom Trainingszeitpunkt.

Der Modellfit kann als sehr gut bewertet werden. Die erzielten deskriptiven Mittelwerte entsprechen anderen Befunden aus dem pflegerischen Arbeitskontext (Heindle, 2009; Höhle, 2014). Entgegen den Befunden von Bertrams und Dickhäuser (2009), welche keinen Zusammenhang zwischen allgemeiner Selbstwirksamkeitserwartung und Selbstkontrollkraft berichteten, fanden sich bedeutsame Zusammenhänge. Dieser unerwartete Befund könnte durch Zielgruppencharakteristika erklärt werden: Schmidt und Neubach (2007) untersuchten Angestellte im Dienstleistungsbereich und vermuten, dass diese aufgrund der Arbeitscharakteristika verstärkt mit Selbstkontrollanforderungen konfrontiert werden. Diese Exposition könnte neben negativen auch positive Effekte haben, bedingt durch die wiederholte erfolgreiche Bewältigung der Anforderungen. Demnach ist es für sie vorstellbar, dass Angestellte im Dienstleistungssektor Selbstkontrollanforderungen erfolgreich bewältigen können aufgrund eines direkten oder medierten Einflusses von Selbstwirksamkeitserwartung. Für diese Erklärung spricht, dass die Stichprobe von Bertrams und Dickhäuser (2009) im Gegensatz dazu Schüler und Studenten umfasste. Die Kontrollvariable implizite Rationierung zeigte im Modell und in den weiteren Analysen bedeutsame Zusammenhänge mit der berichteten Selbstwirksamkeitserwartung. Der negative Zusammenhang kann in beide Richtungen plausibel erklärt werden: Zum einen könnte die Vernachlässigung notwendiger Pflegeleistungen (implizite Rationierung) im Sinne einer Outcome

Variable internal attribuiert werden und zu einer Schwächung der Selbstwirksamkeitserwartung führen. Zum anderen ist es denkbar, dass eine reduzierte Selbstwirksamkeitserwartung implizite Rationierung fördert. Die Tatsache, dass andere Studien jeweils negative Zusammenhänge beider Konstrukte mit Arbeitsunzufriedenheit und Burn-out berichteten (Alarcon et al., 2009; Judge & Bono, 2001; Rochefort & Clarke, 2010), empfiehlt eine Fortführung der Forschung.

Konkludierend lässt sich sagen, dass sich deskriptiv in beiden Gruppen die berufsspezifische Selbstwirksamkeitserwartung marginal positiv verändert hat. Überraschend zeigten sich in den weiteren Analysen substantielle Zusammenhänge mit Selbstkontrollkraft und impliziter Rationierung.

6.6 Vorteile und Einschränkungen der Untersuchung

Die vorliegende Untersuchung bietet spezifische methodische Vorteile im Vergleich zu anderen Untersuchungen. Ebenso weist sie konstruktübergreifende methodische Einschränkungen auf, welche bei der Ergebnisinterpretation zu beachten sind. Vorteile und Einschränkungen werden im Folgenden erläutert und diskutiert.

6.6.1 Methodische Vorteile der Untersuchung

Analysemethode Mehrebenenmodelle

Ein methodischer Vorteil dieser Untersuchung besteht in der gewählten Analysemethode der Mehrebenenmodelle. Daten mittels Mehrebenenmodellen zu untersuchen war aufgrund der Komplexität und fehlenden Auswertungsprogramme lange Zeit nur wenigen statistik- und softwareversierten Forschern möglich. Heutzutage sind Mehrebenenanalysen in mindestens 16 gängigen Statistikprogrammen implementiert (Pettigrew, 2006). Die flexible Modellierung ermöglicht es, die Komplexität der realen Welt besser abzubilden als durch herkömmliche Analysemethoden (Pettigrew, 2006). Demnach bietet die Verwendung von Mehrebenenmodellen bedeutsame Vorteile für die vorliegende Untersuchung und die Anwendungsforschung im Allgemeinen. Denn nicht nur die Besonderheiten der Datenstruktur (Abhängigkeit der Messungen, Quellen des Messfehlers) werden berücksichtigt, sondern es können auch Datensätze mit fehlenden Werten in die Analysen miteingeschlossen werden (Nezlek, Schröder-Abé, & Schütz, 2006; Tabachnick & Fidell, 2014).

Versuchsdesign

Darüber hinaus stellt das Versuchsdesign einen klaren methodischen Vorteil dieser Untersuchung dar. Wartelisten-Kontrollgruppen-Designs ermöglichen es, Trainings spezifisch auf ihre Wirksamkeit hin zu untersuchen und gewichtige Aussagen v. a. für die Praxis zu treffen. Hätte die vorliegende Untersuchung nur eine Interventions- und Kontrollgruppe im Rahmen von zwei Messzeitpunkten untersucht, würden die gefundenen Effekte fälschlicherweise auf bedeutsame Trainingseffekte bezgl. Gefährdungsfällen und den Sicherheitsvariablen hindeuten. Das umfassende Design konnte somit tiefgreifende Ergebnisse erzielen, die fundierte Anstöße für weitere Studien liefern. Dies steht im Einklang mit dem anwendungsorientierten Anspruch dieser Arbeit, praxisrelevante Erkenntnisse zu generieren.

Kontrollvariablen

In den erhobenen Kontrollvariablen liegt ein weiterer Vorteil. Denn sie ermöglichten es, im Gegensatz zu thematisch ähnlichen Untersuchungen von Cosmar et al. (2013), für relevante Störeinflüsse variierende Bedingungen zu kontrollieren. So konnte auch der eingeschränkten Randomisierung mithilfe der Kontrolle für Ausgangsniveauunterschiede annähernd Rechnung getragen werden.

Weiterführende Analysen

Die weiterführenden inferenzstatistischen Analysen konnten nicht nur Gewissenhaftigkeit der Teilnehmerbewertungen in den Sicherheitsratings bestätigen, sondern generierten praxis- und forschungsrelevante Ergebnisse, aus denen wichtige Implikationen abgeleitet werden können (vgl. Kapitel 6.7).

Die Erkenntnisse aus den explorativen deskriptiven Daten sind ebenfalls als klarer Vorteil zu werten. Denn besonders die Befunde bezgl. der Ursachen für Gefährdungsfälle und die Analysen zum Konstrukt implizite Rationierung bieten praxisrelevante Einschätzungen, Implikationen und Ansatzpunkte für Interventionen.

Wie viele andere Felduntersuchungen weist auch die vorliegende konstruktübergreifende methodische Einschränkungen auf. Diese werden im Folgenden dargestellt.

6.6.2 Methodische Einschränkungen der Untersuchung

Stichprobenauswahl und -umfang

Stichprobenauswahl und -umfang bergen methodische Einschränkungen, da es sich nicht um eine repräsentative Zusammenstellung handelt. Alle Teilnehmer stammten aus demselben Krankenhaus. Diese Einschränkung kann aufgrund des innovativen Charakters als vertretbar eingestuft werden, da insbesondere der Anspruch verfolgt wurde, anwendungsrelevante Pionierarbeit zu leisten. Dennoch schränkt dies die Generalisierbarkeit der Ergebnisse und die Wahrscheinlichkeit, kleine Effekte und weitere Interaktionen inferenzstatistisch erfolgreich zu prüfen, ein. Aus diesem Grund sind repräsentative Designs für weitere Forschungsvorhaben wünschenswert.

Untersuchungsmaterial

Die erhobenen Daten beruhen auf Selbstaussagen, welche multiplen Verzerrungstendenzen unterliegen und damit eine Einschränkung dieser Untersuchung bilden. Besonders im Rahmen von Veränderungsmessungen gelten Fragebogenerhebungen dennoch als geeignet, u. a. aufgrund der standardisierten Durchführung im Vergleich zu persönlichen Interviews. Zudem sind viele Konstrukte wie bspw. die Selbstwirksamkeitserwartung per Definition nur durch eine Introspektion messbar (für eine Übersicht vgl. Amelang und Schmitz-Atzert [2006]). Auch der Einfluss von sozialer Erwünschtheit auf die Selbstaussagen kann nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Allerdings sprechen besonders die Ergebnisse des Manipulations-Checks gegen ein sozial erwünschtes Antwortverhalten der Teilnehmer.

Gruppenspezifische Einflussfaktoren

Die vorliegende Untersuchung beinhaltet limitierende, gruppenspezifische Einflüsse: Beginnend bei der Gruppenbildung, konnte keine randomisierte Zuordnung der Teilnehmer zu den Gruppen aufgrund von Managementvorgaben realisiert werden. Der weitere Untersuchungsverlauf, im Rahmen des Projektes RESIST, barg gruppenspezifische Unterschiede in Intensität und Wirkungsgrad der Thematik Prioritätensetzung-/durchsetzung zugunsten der IG. Denn im Zuge des Projekts nahmen die Teilnehmer in Abhängigkeit von der Untersuchungsgruppe und während

des Datenerhebungszeitraumes an weiteren Veranstaltungen teil und erhielten zusätzliche Informationen, welche Einfluss auf die Ergebnisse dieser Untersuchung haben könnten. Aus diesem Grund werden die relevanten Ereignisse, unterteilt in Untersuchungsgruppen, im Folgenden kurz dargestellt.

Die IG generierte zum ersten Messzeitpunkt, im Frühjahr 2015, computergestützt eine stationsspezifische Prioritätenliste. Im Rahmen einer zweistündigen Validierungsdiskussion wurden im April 2015 mit Teilnehmern der IG, dem Management und der Verfasserin, die generierte Prioritätenliste vorgestellt, modifiziert und vom Management als stationsinterner Orientierungsrahmen legitimiert und im Einarbeitungskatalog implementiert. Anschließend wurde die Prioritätenliste als Plakat im Pausenraum der IG in DIN-A-0-Format bis zum Ende der dritten Datenerhebungsphase aufgehängt. Das Prioritätenplakat war somit nahezu kontinuierlich präsent und Gesprächsimpuls für die IG im Praxisalltag. Das Prioritätenplakat wurde während des Prioritätendurchsetzungstrainings abgehängt, in den Trainings der IG verwendet und wieder aufgehängt. Im September 2015 wurden die erarbeiteten Wichtigkeitsbewertungen aus dem Training in das Plakat graphisch eingearbeitet und das Plakat ausgetauscht. Zusätzlich wurde nach der Validierungsdiskussion vom Management eine Prozessanpassung angestoßen. Hierzu fanden mehrere Gespräche zwischen dem Management der beteiligten Stationen und den Teilnehmern statt. Das Ergebnis war die Anpassung der Dienstvereinbarung, eines Ablaufprozesses und der Implementierung eines Verzögerungsinstrumentes, welches auf der modifizierten Prioritätenliste basiert (Oktober/November 2015). Das Instrument diente ebenfalls als Evaluationsinstrument, um Ablaufverzögerungen systematisch zu analysieren und die Zusammenarbeit zwischen Stationen zu verbessern. Die erste Evaluationsphase des Verzögerungsinstrumentes fand im Frühjahr 2016 (dritter Messzeitpunkt) statt.¹² Nach einer ersten Evaluationsphase des implementierten Verzögerungsinstrumentes im Frühjahr 2016 wurden weitere Maßnahmen, aufgrund eines Führungswechsels der IG, bis dato pausiert.

Die Teilnehmer der WG generierte ebenfalls eine stationsspezifische Prioritätenliste, jedoch verlief dieser Prozess mit großen Unterschieden. Aufgrund

¹² Detaillierte Informationen können aufgrund der Anonymitätswahrung des Untersuchungskrankenhauses nicht berichtet werden.

betriebswirtschaftlicher Erwägungen war es nicht geplant, dass die Teilnehmer computergestützt eine Prioritätenliste generieren. Im Training selbst stand den Teilnehmern daher kein stationsspezifisches Prioritätenplakat zur Verfügung. Die damit verbundenen Übungen wurden mithilfe der Prioritätenliste der IG durchgeführt. Hierzu wurden von den 80 Tätigkeiten drei Tätigkeiten von der Verfasserin vorab ausgeschlossen, da sie nicht für die Warteliste-Kontrollgruppe relevant waren. Die Erstellung einer Prioritätenliste erfolgte nach der Trainingsphase. Hierzu wurden die Ergebnisse der Teilnehmer zusammengefasst und ihnen im März 2016, in der letzten Datenerhebungsphase, schriftlich mitgeteilt. Das Angebot einer intensiven Evaluation, Vorstellung der Prioritätenliste und die Visualisierung als Plakat wurde, vermutlich ebenfalls begründet durch einen Führungswechsel der Warteliste-Kontrollgruppe, bis dato nicht wahrgenommen.

Demnach generierten beide Untersuchungsgruppen während des Erhebungszeitraumes eine stationsspezifische Prioritätenliste. Jedoch gab es große Unterschiede in der Intensität und dem Wirkungsgrad zugunsten der IG. Zudem erhielt die IG vor der Trainingsphase und dem zweiten Messzeitpunkt, die WG nach der Trainingsphase und während des dritten Messzeitpunktes, die jeweilige Prioritätenliste. Solche ungeplanten Unterschiede sind für die Feldforschung typisch und müssen bei der Interpretation berücksichtigt werden.

Neben den eingangs erwähnten Unterschieden bezgl. Berufserfahrung stellt die Verfasserin selbst einen gruppenspezifischen Einflussfaktor dar. Sie ist langjähriges Teammitglied der IG. Sie leitete die Datenerhebung und das Training. Da die Verfasserin auch der WG bekannt war, den Teilnehmern die Forschungshypothesen unbekannt und die gefundenen Trainingseffekte nicht nachhaltig waren, erscheint es unwahrscheinlich, dass die Teilnehmer der IG ihr Antwortverhalten aus persönlicher Verbundenheit adaptiert haben. Dennoch kann dies nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Allerdings erscheinen vielmehr die erhöhte Intensität und der Wirkungsgrad der Thematik Prioritätensetzung-/durchsetzung eine plausible Erklärung zu sein. Denn im Gegensatz zur WG haben sich die Teilnehmer der IG in Veranstaltungen und im Arbeitsalltag deutlich öfter mit der Thematik auseinandergesetzt und darüber reflektiert. Für diese Erklärung sprechen auch die Befunde von Cosmar et al. (2013). Sie konnten durch eine intensive Trainingsreihe mit Mehrfachsitzen und damit einem erhöhten

Reflexions- und Stundenumfang eine positive Stärkung von Selbstkontrollkraft unter Pflegekräften erzielen. Der Trainingszeitrahmen der vorliegenden Untersuchung war hingegen aufgrund betriebswirtschaftlicher Erwägungen des Managements reglementiert. Trotz der betriebswirtschaftlichen Belastung durch eine Erhöhung des Stundenumfangs empfiehlt sich zur Optimierung der Trainingsintensität und Nachhaltigkeit der Einsatz von Mehrfachsitzen im Gegensatz zu Einzelveranstaltungen (Lee & Genovese, 1988). Zudem ist die Fortsetzung und Weiterentwicklung des Projekts RESIST, um den Wirkungsgrad zu potenzieren, zu empfehlen.

Kontrollvariable Trainingsmethode

Eine weitere kontroverse methodische Einschränkung stellt die Kontrollvariable Trainingsmethode dar. Zum einen schränkt bereits das Vorhandensein von zwei Trainingsmodi die Interpretation der Ergebnisse ein. Zum anderen konnte die Kontrollvariable in fast allen Modellen zur signifikanten Verbesserung des Modellfits beitragen. Dennoch erreichten die jeweiligen Haupteffekte keine Signifikanz und konnten inhaltlich nicht plausibel erklärt werden. Es erscheint arbiträr, dass Personen, die zufällig ein virtuelles Training absolviert haben, generell höhere oder niedrigere Werte in den abhängigen Variablen über die Messzeitpunkte hinweg berichten als Teilnehmer des Präsenztrainings. Hier könnten moderierende Interaktionseffekte wirksam sein, welche jedoch weder theoriegeleitet noch in der explorativen deskriptiven Datenschau identifiziert werden konnten. Zur Klärung dieses Befundes sind weitere Untersuchungen wünschenswert und notwendig.

6.7 Implikationen

Diese Arbeit untersuchte erstmalig die pflegerische Prioritätendurchsetzungsschwäche aus psychologischer Anwendungsperspektive. Demzufolge bietet diese Untersuchung Implikationen für Forschung und Praxis. Diese werden in diesem Kapitel näher erläutert.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit leisten wichtige Anstöße zur aktuellen Forschungsdiskussion zur Universalität des Konstrukts Selbstkontrollkraft, zu dessen Operationalisierung, publizierte Effektstärkegrößen und der Trainierbarkeit. Denn mit den vorliegenden Daten konnten im Arbeitskontext nur marginale Veränderungen

beobachtet werden. Zudem zeigten sich überraschend bedeutsame Korrelationen zum Konstrukt der Selbstwirksamkeit, welche die diskriminante Validität des Erhebungsinstruments von Bertrams und Dickhäuser (2009) in Frage stellen. Darüber hinaus konnte der Zusammenhang zwischen Selbstkontrollanforderungen und Selbstkontrollkraft bestätigt werden und neue Zusammenhänge identifiziert werden (implizite Rationierung). Weitere Untersuchungen sollten repräsentative Stichproben beinhalten, um auch kleine Effekte und komplexe Interaktionen analysieren zu können.

Bezüglich der Theorie des geplanten Verhaltens unterstreicht diese Arbeit das Konzept der Intentions-Verhaltens-Lücke und überträgt es auf den Arbeitskontext. Aufgrund des anwendungsorientierten Ansatzes dieser Arbeit, obliegt die spezifische Überprüfung der einzelnen Komponenten und Einflussfaktoren der interdisziplinären Zusammenarbeit von Psychologen und Pflegewissenschaftlern. Diese Arbeit liefert insbesondere durch die Zusammenführung von psychologischen und pflegewissenschaftlichen Konstrukten wichtige Impulse für weitere Forschung. Bspw. bieten die unerwartet starken Zusammenhänge des Konstrukts implizite Rationierung mit Konzepten der Selbstregulation neuartige Forschungsfragen.

Neben wissenschaftlichen Implikationen weist diese Untersuchung auch bedeutsame praktische Empfehlungen und Folgerungen auf. Das überraschend hohe Ausmaß an berichteten Gefährdungsfällen in Kombination mit den eingangs dargelegten Konsequenzen adressiert einen konkreten Analyse- und Handlungsbedarf an die Verantwortlichen des Krankenhaussektors und weitere Institutionen des Gesundheitswesens. Denn obwohl dieses Thema ähnlich wie Medikamentenfehler oder implizite Rationierung (Kalisch et al., 2009) ein Tabuthema in der Branche zu sein scheint, erfordern die antizipierten Konsequenzen eine offene Fehlerkultur und gezielte Organisations- und Personalentwicklungsmaßnahmen. Kurz gesagt, ist die pflegerische Durchsetzungsschwäche multifaktorieller Natur und bietet deshalb vielfältige Ansatzpunkte für Verhältnis- und Verhaltensprogramme.

Das durchweg positive Feedback zum Prioritätendurchsetzungstraining und die Tatsache, dass die Teilnahme am Training keine negativen Effekte bei den Teilnehmern hervorgerufen hat, unterstreicht die Empfehlung, trotz des gemischten Ergebnisbildes das konzipierte Training zeitlich auszudehnen (vgl. Kapitel 6.6.2), zu evaluieren und kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Außerdem deuten die Ergebnisse darauf hin, dass Pflegekräfte keine Fachberatung bezgl. Prioritätensetzung benötigen. Sie scheinen sich in ihren Entscheidungen sicher zu sein. Vielmehr benötigen sie eine Prozessberatung, um ihre Prioritäten gegen Widerstände durchsetzen zu können. Diese Prozessberatung kann durch Mehrfach-Trainingsreihen und/oder dritte Formate realisiert werden. Hierbei sollten noch nicht beachtete Einflussfaktoren gezielt gesammelt und exploriert werden.

Darüber hinaus ist die Prioritätendurchsetzungsschwäche kein isoliertes Problem der Pflegelandschaft. Obwohl das Training speziell für den pflegerischen Arbeitskontext entwickelt wurde, basiert es auf allgemeinen Prinzipien wie bspw. dem soziologischen Konzept der Rollenerwartungen. Es empfiehlt sich, das Trainingskonzept auf andere Berufsgruppen zu übertragen, zu evaluieren und evidenzbasiert anzupassen.

6.8 Ausblick und Fazit

Das primäre Ziel dieser Arbeit lautete, Pflegekräfte zu befähigen, gesetzte Prioritäten, insbesondere in Situationen mit hoher Arbeitsbelastung, gegen nachrangige eklatante Forderungen durchzusetzen, um schwerwiegende Konsequenzen für sie selbst, Patienten und das Krankenhaus zu verhindern. Dieses ambitionierte Ziel wurde nicht im geplanten Umfang erreicht. Das Ausmaß der berichteten Gefährdungsfälle blieb besorgniserregend hoch. Doch genau dieses Ausmaß adressiert nicht nur einen klaren Handlungsbedarf an Praxis und Forschung, sondern unterstreicht zugleich die Relevanz dieser Arbeit. Denn diese bildet den ersten entscheidenden Meilenstein in der empirischen Erforschung von Prioritätendurchsetzung und deren Stärkung im pflegerischen Arbeitskontext.

Die vorliegende Arbeit verfolgte nicht das Ziel, einen rein wissenschaftlichen Diskurs zu führen. Vielmehr hat sie versucht, sich gezielt anwendungsorientiert einer möglichen Antwort auf die Frage zu nähern, ob Prioritätendurchsetzung trainierbar ist. Denn die gezielte Analyse der Problemstellung sowie die theoretisch fundierte Konzeption und Evaluation von Interventionsmaßnahmen sind der erste Schritt hin zu einer systematischen Lösung der Problemstellung. Gleichzeitig dient die Arbeit als Argumentationsbasis für die notwendige gesamtgesellschaftliche Gestaltung heutiger und künftiger Prozesse im Krankenhausesektor.

Dem Untersuchungskrankenhaus wird die Weiterentwicklung der Projektkomponenten, insbesondere des Prioritätendurchsetzungstrainings, stark empfohlen. Da bereits erste Prozessanpassungen zur Steigerung der Effizienz von Ablaufprozessen angestoßen wurden, ist die Verfasserin zuversichtlich, dass die fundierten Erkenntnisse und Implikationen zur weiteren Optimierung der Arbeitseffizienz, den Arbeitsbedingungen, der Mitarbeiterzufriedenheit und der Versorgungsqualität genutzt werden können.

Den Krankenhausesektor betreffend, könnte der umsatzsichernde Ausbau von verhältnis- und verhaltenspräventiven Maßnahmen und die Etablierung einer dialogorientierten Fehlerkultur durch prospektive Abschätzung der Kosteneffektivität nicht nur künftig, sondern bereits heute dazu beitragen, die Bedingungen für Pflegekräfte und Patienten substantiell zu verbessern.

Abschließend ist festzuhalten: Jedem von uns ist die Durchsetzungsschwäche bekannt, ob im privaten oder beruflichen Bereich. Sie scheint ein altbekanntes, robustes sozialpsychologisches Phänomen zu sein, welches im pflegerischen Kontext potentiell Menschenleben gefährdet. Es ist denkbar, dass andere Branchen in ähnlicher Weise oder sogar stärker von dem Phänomen betroffen sind. Besonders vor dem Hintergrund der dynamischen und komplexen Einflüsse der Arbeitswelt 4.0 sollten künftige Studien branchenübergreifend konzipiert werden. Hierbei ist eine vernetzte Zusammenarbeit zwischen Grundlagenforschung, Anwendungsforschung sowie Praxis wünschenswert und unabdingbar.

Literatur

- Abels, H. (2009). *Einführung in die Soziologie : Band 2: Die Individuen in ihrer Gesellschaft* (4. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ajzen, I. (1985). From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior. In J. Kuhl & J. Beckmann (Hrsg.), *Action Control: From Cognition to Behavior* (S. 11-39). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Ajzen, I., & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22(5), 453-474. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0022-1031\(86\)90045-4](http://dx.doi.org/10.1016/0022-1031(86)90045-4)
- Alarcon, G., Eschleman, K. J., & Bowling, N. A. (2009). Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work & Stress*, 23(3), 244-263. doi: 10.1080/02678370903282600
- Amelang, M., & Schmidt-Atzert, L. (2006). *Psychologische Diagnostik und Intervention* (4., vollst. überarb. und erw. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Aristoteles (Übers. Rolfes, E. (1911). *Nikomachische Ethik*. Abgerufen am 30.08.2017 von [https://archive.org/details/ AristotelesNikomachischeEthik Rolfes](https://archive.org/details/AristotelesNikomachischeEthikRolfes)
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191
- Bandura, A. (1996). Failures in Self-Regulation: Energy Depletion or Selective Disengagement? *Psychological Inquiry*, 7, 20-24. doi: 10.1207/s15327965pli0701_3
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : the exercise of control* (1. print. Auflage). New York: Freeman.
- Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Muraven, M., & Tice, D. M. (1998). Ego depletion: Is the active self a limited resource? *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1252-1265. doi: 10.1037/0022-3514.74.5.1252

- Baumeister, R. F., Gailliot, M., DeWall, C. N., & Oaten, M. (2006). Self-Regulation and Personality: How Interventions Increase Regulatory Success, and How Depletion Moderates the Effects of Traits on Behavior. *Journal of Personality, 74*(6), 1773-1802. doi: 10.1111/j.1467-6494.2006.00428.x
- Baumeister, R. F., Heatherton, T. F., & Tice, D. M. (1994). *Losing control : how and why people fail at self regulation*. San Diego [u.a.]: Academic Press.
- Beecher, H. W., & Drysdale, W. (1887). *Proverbs from Plymouth pulpit*. Abgerufen am 31.08.2017, von <https://archive.org/details/proverbsfromplym00beec>
- Benner, P. (1982). From novice to expert. *The American journal of nursing, 82*, 402-407. doi: 10.2307/3462928
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Benner, P., Tanner, C., & Chelsea, C. (1996). Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgement, and ethics. New York: Springer.
- Bertrams, A., & Dickhäuser, O. (2009). Messung dispositioneller selbstkontrollkapazität Eine deutsche adaptation der Kurzform der Self-Control Scale (SCS-K-D). = Measuring dispositional self-control capacity. A German adaptation of the short form of the Self-Control Scale (SCS-K-D). *Diagnostica, 55*(1), 2-10. doi: 10.1026/0012-1924.55.1.2
- Bertrams, A., Unger, A., & Dickhäuser, O. (2011). Momentan verfügbare Selbstkontrollkraft—Vorstellung eines Messinstruments und erste Befunde aus pädagogisch-psychologischeri Kontexten. = Momentarily available self-control strength—Introduction of a measure and first findings from educational-psychological contexts. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie / German Journal of Educational Psychology, 25*(3), 185-196. doi: 10.1024/1010-0652/a000042
- Betsch, T. (2005). Preference theory: An affect-based approach to recurrent decision making. In T. Betsch, S. Haberstroh, T. Betsch, & S. Haberstroh (Hrsg.), *The routines of decision making*. (S. 39-65). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Bieleke, M., Legrand, E., Mignon, A., & Gollwitzer, P. M. (2017). More than planned: Implementation intention effects in non-planned situations. *Acta Psychologica*. doi: 10.1016/j.actpsy.2017.06.003

- Blum, K., Löffert, S., Offermanns, M., & Steffen, P. (2014). Krankenhaus Barometer. *Umfrage 2014*. Abgerufen am 17.07.2017, von: http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dkgev.de%2Fmedia%2Ffile%2F19690.Umfrage_2014.pdf&ei=WWWdVfTLHoe5UafQkJAL&usg=AFQjCNEppCMuBy8HdANijP5XLwrw4R427w&bvm=bv.96952980,d.d24
- Blum, K., Löffert, S., Offermanns, M., & Steffen, P. (2016). Krankenhaus Barometer. *Umfrage 2016*. Abgerufen am 03.08.2017, von: https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/2016_12_19_kh_barometer_final.pdf
- Bolger, N., & Laurenceau, J.-P. (2013). *Intensive longitudinal methods : an introduction to diary and experience sampling research*. New York, NY [u.a.]: Guilford Press.
- Bonin, H., Braeseke, G., & Ganserer, A. (2015). Internationale Fachkräfterekrutierung in der deutschen Pflegebranche: Chancen und Hemmnisse aus Sicht der Einrichtungen. Abgerufen am 10.08.2017, von: https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/Projekte/28_Einwanderung_und_Vielfalt/Studie_IB_Internationale_Fachkraefterekrutierung_in_der_deutschen_Pflegebranche_2015.pdf
- Bortz, J., & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation : für Human- und Sozialwissenschaftler; mit 70 Tabellen* (3., überarb. Auflage). Berlin ; Heidelberg [u.a.]: Springer.
- Boyle, N. B., Lawton, C. L., Allen, R., Croden, F., Smith, K., & Dye, L. (2016). No effects of ingesting or rinsing sucrose on depleted self-control performance. *Physiology & Behavior, 154*, 151-160. doi: 10.1016/j.physbeh.2015.11.019
- Brotheridge, C. M., & Grandey, A. A. (2002). Emotional Labor and Burnout: Comparing Two Perspectives of "People Work". *Journal of Vocational Behavior, 60*(1), 17-39. doi: <http://dx.doi.org/10.1006/jvbe.2001.1815>
- Bucknall, T. K. (2000). Critical care nurses' decision-making activities in the natural clinical setting. *Journal of Clinical Nursing, 9*, 25-36. doi: 10.1046/j.1365-2702.2000.00333.x
- Bundesagentur für Arbeit. (2017). Berufenet: Berufsinformationen einfach finden. *Gesundheits- und Krankenpfleger/in*. Abgerufen am 29.07.2017, von <http://berufenet.arbeitsagentur.de/berufe/resultList.do?resultListItemsValues=>

27354_27355&duration=&suchweg=begriff&searchString=%27+krankenpflege*+%27&doNext=forwardToResultShort

- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. (2014). Arbeit in der Pflege - Arbeit am Limit? Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche. *BIBB/BAuA-Faktenblatt 10*. Abgerufen am 21.07.2017, von: <https://www.baua.de/DE/mAngebote/Publikationen/Fakten/BIBB-BAuA-10.html>
- Burkley, E. (2008). The role of self-control in resistance to persuasion. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34(3), 419-431. doi: 10.1177/0146167207310458
- Büssing, A., & Glaser, J. (1999). Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus (TAA-KH). In H. Dunckel (Hrsg.), *Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren* (S. 465-494). Zürich: vdf Hochschulverlag an der ETH.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. ed. Auflage). Hillsdale, NJ [u.a.]: Erlbaum.
- Cortina, J. M. (1993). What Is Coefficient Alpha? An Examination of Theory and Applications. *Journal of Applied Psychology*, 78(1), 98-104.
- Cosmar, M., Schmidt, K.-H., & Diestel, S. (2013). Training der Selbstkontrollfähigkeit als Maßnahme der Burnout- und Depressionsprävention (IGA): Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IAG).
- Covey, S. R., Merrill, A. R., & Merrill, R. R. (2003). *Der Weg zum Wesentlichen : Zeitmanagement der vierten Generation* (5., durchges. Auflage). Frankfurt [u.a.]: Campus-Verl.
- Dahrendorf, R. (1958). Homo sociologicus. = Sociological man. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 10, 178-208.
- Dang, J. (2016). Testing the role of glucose in self-control: A meta-analysis. *Appetite*, 107, 222-230. doi: 10.1016/j.appet.2016.07.021
- De Vaus, D. A. (2002). *Analyzing social science data : [50 key problems in data analysis]* (1. publ. Auflage). London [u.a.]: Sage.
- Diestel, S., & Schmidt, K.-H. (2009). Mediator and moderator effects of demands on self-control in the relationship between work load and indicators of job strain. *Work & Stress*, 23(1), 60-79. doi: 10.1080/02678370902846686

- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). GPower 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191. doi: 10.3758/BF03193146
- Friese, M., & Wänke, M. (2014). Personal prayer buffers self-control depletion. *Journal of Experimental Social Psychology*, 51, 56-59. doi: 10.1016/j.jesp.2013.11.006
- Fuchs, C., Nagel, E., & Raspe, H. (2009). Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung -Was ist gemeint? *Deutsches Ärzteblatt*, 106(12), 554-447.
- Gemeinsamer europäischer Referenzrahmen für Sprachen (GER). (2004). Gemeinsamer europäischer Referenzrahmen für Sprachen: Kurzinformation. Abgerufen am 27.07.2017, von: <https://www.uni-hamburg.de/allgemeinsprachen/ueber-uns/up-ger-u-kurzinfo.pdf>
- Glaser, J., & Höge, T. (2005). Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften. Abgerufen am 10.08.2017, von: <http://www.baua.de/cae/servlet/contentblob/680434/publicationFile/47124/Gd18.pdf>
- Gollwitzer, P. M. (1992). Goal achievement: The role of intentions. [Zielerreichung: die Rolle von Intentionen]. 43.
- Gollwitzer, P. M., & Sheeran, P. (2006). Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes. In M. P. Zanna & M. P. Zanna (Hrsg.), *Advances in experimental social psychology*, Vol 38. (Vol. 38, S. 69-119). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press.
- Hagger, M. S., Chatzisarantis, N. L. D., Alberts, H., Anggono, C. O., Batailler, C., Birt, A. R., . . . Zwienerberg, M. (2016). A multilab preregistered replication of the ego-depletion effect. *Perspectives on Psychological Science*, 11(4), 546-573. doi: 10.1177/1745691616652873
- Hagger, M. S., Wood, C., Stiff, C., & Chatzisarantis, N. L. D. (2010). Ego depletion and the strength model of self-control: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(4), 495-525. doi: 10.1037/a0019486
- Halvorsen, K., Førde, R., & Nortvedt, P. (2009). The principle of justice in patient priorities in the intensive care unit: the role of significant others. *Journal of Medical Ethics*, 35(8), 483-487. doi: 10.1136/jme.2008.028183

- Hasselhorn, H.-M., Müller, B. H., Tackenberg, P., Kümmerling, A., & Simon, M. (2005). *Berufsausstieg bei Pflegepersonal: Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa*: (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Ü 15). Dortmund, Berlin, Dresden: Wirtschaftsverlag NW.
- Heindle, B. (2009). *Entwicklung eines Diagnostikums zur berufsspezifischen Selbstwirksamkeit in der stationären Pflege*. (Dissertation), Philipps-Universität Marburg, Marburg. Abgerufen am 10.09.2017, von <http://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z2009/0355/pdf/dbjh.pdf>
- Hendry, C. (2001). *Caring for patients: setting priorities -An exploration of the process of prioritising care in nursing*. (Ph. D. Thesis), University of Abertay, Dundee, UK. Abgerufen am 10.08.2017, von <http://ethos.bl.uk/OrderDetails.do?uin=uk.bl.ethos.364525>
- Hendry, C., & Walker, A. (2004). Priority setting in clinical nursing practice: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 47, 427-436. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03120.x
- Higgins, G. E., & Marcum, C. D. (2005). Can the theory of planned behavior mediate the effects of low self-control on alcohol use? *College Student Journal*, 39(1), 90-103.
- Hinz, A., Schumacher, J., Albani, C., Schmid, G., & Brähler, E. (2006). Bevölkerungsrepräsentative Normierung der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. [Standardization of Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE; scale assessing perceived general self-efficacy) in a representative German sample]. *Diagnostica*, 52(1), 26-32. doi: 10.1026/0012-1924.52.1.26
- Höhle, D. (2014). *Kriterienbezogene Validität eines Diagnostikums zur berufsspezifischen Selbstwirksamkeit in der stationären Pflege*. (Dissertation), Philipps-Universität Marburg, Marburg. doi: <http://dx.doi.org/10.17192/z2014.0736>
- Hopperdietzel, S. (2004). *Personalknappe Situationen in der Pflege. Brauchen Pflegenden ein Konzept zum Setzen von Prioritäten?* Unveröffentlichte Diplomarbeit, Katholische Fachhochschule Mainz.

- Hupke, M. (2011). *Selbstkontrollfähigkeit und Indikatoren psychischer Arbeitsbeanspruchung: Zur Bedeutung individueller Kontrollressourcen bei der Entstehung von psychischer Beanspruchung vor dem Hintergrund steigender Selbstkontrollanforderungen in der Arbeitswelt.* (Dissertation), TU Dortmund, Dortmund. Abgerufen am 12.09.2017, von <http://www.redi-bw.de/db/ebsco.php/search.ebscohost.com/login.aspx%3fdirect%3dtrue%26db%3dpdx%26AN%3d0246835%26site%3dehost-live>
- International Council of Nurses. (2017). Definition of Nursing. Abgerufen am 07.07.2017, von <http://www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>
- Janssen, L., Fennis, B. M., Pruyn, A. T. H., & Vohs, K. D. (2008). The path of least resistance: Regulatory resource depletion and the effectiveness of social influence techniques. *Journal of Business Research*, 61(10), 1041-1045. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbusres.2007.09.013>
- Job, V., Dweck, C. S., & Walton, G. M. (2010). Ego depletion-is it all in your head? Implicit theories about willpower affect self-regulation. *Psychological Science*, 21(11), 1686-1693. doi: 10.1177/0956797610384745
- Jones, T. L., Hamilton, P., & Murry, N. (2015). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International journal of nursing studies*, 52(6), 1121-1137. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012>
- Judge, T. A., & Bono, J. E. (2001). Relationship of core self-evaluations traits—self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability—with job satisfaction and job performance: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86(1), 80-92. doi: 10.1037/0021-9010.86.1.80
- Kalisch, B. J., Landstrom, G. L., & Hinshaw, A. S. (2009). Missed nursing care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1509-1517. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x
- Kanning, U. P. (2006). Psychologie zwischen Elfenbeinturm und Praxis: Eine Frage der Werte. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O*, 50(1), 23-27. doi: 10.1026/0932-4089.50.1.23
- Kocher, M. (2014). *Selbstwirksamkeit und Unterrichtsqualität : Unterricht und Persönlichkeitsaspekte von Lehrpersonen im Berufsübergang.* Münster [u.a.]: Waxmann.

- Landauer, G. (2014). *Basiswissen Krankenhaus: Hintergrundwissen für Newcomer*. G. Landauer (Ed.) Abgerufen am 31.08.2017, von https://books.google.de/books?id=o2ucBQAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=de&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Lauster, M. (Hrsg.). (2014). *Pflege heute: Lehrbuch für Pflegeberufe* (6. Auflage). München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Lee, T. D., & Genovese, E. D. (1988). Distribution of Practice in Motor Skill Acquisition: Learning and Performance Effects Reconsidered. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 59(4), 277-287. doi: 10.1080/02701367.1988.10609373
- Lin, S., Lee, J. W., Modeste, N., & Johnson, E. G. (2012). Attitudes and beliefs predicting Taiwanese older adults' intentions to attend strength and balance training programs. *Journal Of Applied Gerontology*, 31(2), 260-281. doi:10.1177/0733464810385815
- McCain, K. W. (2015). "Nothing as practical as a good theory" Does Lewin's Maxim still have salience in the applied social sciences? *Proceedings of the Association for Information Science and Technology*, 52(1), 1-4. doi: 10.1002/pr2.2015.145052010077
- McFadden, D. (1977). *Quantitative Methods for Analyzing Travel Behaviour of Individuals: Some Recent Developments*. Cowles Foundation, Yale University, Cowles Foundation Discussion Papers: 474, Abgerufen am 30.08.2017 von cowles.yale.edu/sites/default/files/files/pub/d04/d0474.pdf
- Miles, E., Sheeran, P., Baird, H., Macdonald, I., Webb, T. L., & Harris, P. R. (2016). Does self-control improve with practice? Evidence from a six-week training program. *Journal of Experimental Psychology: General*, 145(8), 1075-1091. doi: 10.1037/xge0000185
- Miller, A. (2015). *Routiniertes Entscheidungsverhalten im Arbeitskontext – Eine Analyse der pflegerischen Prioritätensetzung*. Unveröffentlichte Bachelorarbeit, Universität Heidelberg.
- Muraven, M. (2010). Building self-control strength: Practicing self-control leads to improved self-control performance. *Journal of Experimental Social Psychology*, 46(2), 465-468. doi: 10.1016/j.jesp.2009.12.011

- Muraven, M., & Slessareva, E. (2003). Mechanism of self-control failure: Motivation and limited resources. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(7), 894-906. doi: 10.1177/0146167203029007008
- Muschel, R. (2017). Flüchtlinge sollen Engpässe in Pflege mindern. Abgerufen am 21.07.2017, von: <http://www.swp.de/ulm/nachrichten/suedwestumschau/fluechtlinge-sollen-engpaesse-in-pflege-mindern-14599918.html>
- Neubach, B., & Schmidt, K.-H. (2006). Selbstkontrolle als Arbeitsanforderung - Rekonzeptualisierung und Validierung eines Messinstruments. [Self-control as a job demand - Reconceptualization and validation of an assessment instrument]. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 50(2), 103-109. doi: 10.1026/0932-4089.50.2.103
- Nezlek, J. B., Schröder-Abé, M., & Schütz, A. (2006). Mehrebenenanalysen in der psychologischen Forschung: Vorteile und Möglichkeiten der Mehrebenenmodellierung mit Zufallskoeffizienten. = Multilevel analyses in psychological research: Advantages and potential of multilevel random coefficient modeling. *Psychologische Rundschau*, 57(4), 213-223. doi: 10.1026/0033-3042.57.4.213
- Nortvedt, P., Pedersen, R., Grøthe, K. H., Nordhaug, M., Kirkevold, M., Slettebø, Å., . . . Andersen, B. (2008). Clinical prioritisations of healthcare for the aged-professional roles. *Journal of Medical Ethics*, 34(5), 332-335. doi: 10.1136/jme.2007.020693
- O'Neill-Blackwell, J. (2012). *Engage : the trainer's guide to learning styles*. San Francisco, Calif.: Pfeiffer.
- ÖGKV, SBK, & DBfK. (2014). ICN-Ethikkodex für Pflegende. Abgerufen am 10.07.2017, von: http://www.pflege-charta-arbeitshilfe.de/fileadmin/de.pflege-charta-arbeitshilfe/content_de/Dokumente/material/M5-ICN-Ethikkodex-DBfK_.pdf
- Orne, M. T. (1962). On the social psychology of the psychological experiment: With particular reference to demand characteristics and their implications. *American Psychologist*, 17(11), 776-783. doi: 10.1037/h0043424
- Parenti, N., Bacchi Reggiani, M. L., Iannone, P., Percudani, D., & Dowding, D. (2014). A systematic review on the validity and reliability of an emergency department

- triage scale, the Manchester Triage System. *International journal of nursing studies*, 51, 1062-1069. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.01.013
- Peirce, J. W. (2007). PsychoPy—Psychophysics software in Python. *Journal of Neuroscience Methods*, 162(1/2), 8-13. doi: 10.1016/j.jneumeth.2006.11.017
- Petrocelli, J. V., Williams, S. A., & Clarkson, J. J. (2015). The bigger they come, the harder they fall: The paradoxical effect of regulatory depletion on attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*, 58, 82-94. doi: 10.1016/j.jesp.2015.01.004
- Pettigrew, T. F. (2006). The Advantages of Multilevel Approaches. *Journal of Social Issues*, 62(3), 615-620. doi: 10.1111/j.1540-4560.2006.00477.x
- Pöhls, K. (2012). *Lean Management in Krankenhäusern : Erfolgsfaktoren für die Umsetzung*. Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Rattay, P., Butschalowsky, H., Rommel, A., Prütz, F., Jordan, S., Nowossadeck, E., . . . Kamtsiuris, P. (2013). Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland : Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56, 832-844.
- Redondo, I., & Puelles, M. (2017). The connection between environmental attitude–behavior gap and other individual inconsistencies: a call for strengthening self-control. *International Research in Geographical & Environmental Education*, 26(2), 107-120. doi: 10.1080/10382046.2016.1235361
- Rocheffort, C. M., & Clarke, S. P. (2010). Nurses' work environments, care rationing, job outcomes, and quality of care on neonatal units. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2213-2224. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05376.x
- Schafer, J. L., & Graham, J. W. (2002). Missing data: Our view of the state of the art. *Psychological Methods*, 7(2), 147-177. doi: 10.1037/1082-989X.7.2.147
- Schmidt, K.-H., & Neubach, B. (2007). Self-Control Demands: A Source of Stress at Work. *International Journal of Stress Management*, 14(4), 398-416. doi: 10.1037/1072-5245.14.4.398
- Schmidt, K.-H., & Neubach, B. (2009). Selbstkontrollanforderungen als spezifische Belastungsquelle bei der Arbeit. = Self-control demands as a specific source of stress at work. *Zeitschrift für Personalpsychologie*, 8(4), 169-179. doi: 10.1026/1617-6391.8.4.169

- Schmidt, K.-H., & Neubach, B. (2010). Selbstkontrollanforderungen bei der Arbeit. Fragebogen zur Erfassung eines bislang wenig beachteten Belastungsfaktors. [Self-control demands - Questionnaire for measuring a so-far neglected job stressor]. *Diagnostica*, *56*(3), 133-143. doi: 10.1026/0012-1924/a000015
- Schubert, M., Ausserhofer, D., Desmedt, M., Schwendimann, R., Lesaffre, E., Li, B., & De Geest, S. (2013). Levels and correlates of implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals -a cross sectional study. *International journal of nursing studies*, *50*, 230. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.09.016
- Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Schaffert-Witvliet, B., & De Geest, S. (2007). Validation of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care Instrument. *Nursing Research*, *56*(6), 416-424. doi: 10.1097/01.NNR.0000299853.52429.62
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (Hrsg.) (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin:Freie Universität Berlin.
- Shoji, K., Cieslak, R., Smoktunowicz, E., Rogala, A., Benight, C. C., & Luszczynska, A. (2016). Associations between job burnout and self-efficacy: A meta-analysis. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, *29*(4), 367-386. doi: 10.1080/10615806.2015.1058369
- Simon, M. (2012). Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen -Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009: Studie für den Deutschen Pflegerat. Abgerufen am 15.08.2017, von: http://www.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/pp/Simon__2012__Studie_zur_Beschaeftigung_in_Pflegeberufen.pdf
- Staber, J., & Rothgang, H. (2010). Rationierung und Priorisierung im Gesundheitssystem -Internationale Erfahrungen. *Gesellschaft und Gesundheit (GGW)*, *10*(1), 16-22.
- Statistisches Bundesamt. (2016). Gesundheit: Grunddaten der Krankenhäuser. *Fachserie 12 Reihe 6.1.1*. Abgerufen am 03.08.2017, von: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/DiagnosedatenKrankenhaus.html>
- Sundin, K., Fahlen, U., Lundgren, M., & Jacobsson, C. (2014). Registered nurses' experiences of priorities in surgery care. *Clinical Nursing Research*, *23*, 153-170. doi: 10.1177/1054773812474298

- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2014). *Using multivariate statistics* (6. ed., Pearson new international edition Auflage). Harlow: Pearson.
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High Self-Control Predicts Good Adjustment, Less Pathology, Better Grades, and Interpersonal Success. *Journal of Personality, 72*(2), 271-324. doi: 10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x
- Tice, D. M., Baumeister, R. F., Shmueli, D., & Muraven, M. (2007). Restoring the self: Positive affect helps improve self-regulation following ego depletion. *Journal of Experimental Social Psychology, 43*(3), 379-384. doi: 10.1016/j.jesp.2006.05.007
- Tomasone, J. R., Meikle, N., & Bray, S. R. (2015). Intentions and Trait Self-control Predict Fruit and Vegetable Consumption During the Transition to First-Year University. *Journal of American College Health, 63*(3), 172-179. doi: 10.1080/07448481.2014.1003375
- Tønnessen, S., Førde, R., & Nortvedt, P. (2009). Fair nursing care when resources are limited: the role of patients and family members in Norwegian home-based services. *Policy Polit Nurs Pract, 10*, 276-284. doi: 10.1177/1527154409357108
- Vryonides, S., Papastavrou, E., Charalambous, A., Andreou, P., & Merkouris, A. (2015). The ethical dimension of nursing care rationing. *Nursing Ethics, 22*(8), 881-900. doi: 10.1177/0969733014551377
- Wang, S., Liu, Y., & Wang, L. (2015). Nurse burnout: Personal and environmental factors as predictors. *International Journal of Nursing Practice, 21*(1), 78-86. doi: 10.1111/ijn.12216
- Webb, T. L., & Sheeran, P. (2003). Can implementation intentions help to overcome ego-depletion? *Journal of Experimental Social Psychology, 39*(3), 279-286. doi: 10.1016/S0022-1031(02)00527-9
- West, S. G., Finch, J. F., & Curran, P. J. (1995). Structural equation models with nonnormal variables: Problems and remedies. In R. H. Hoyle & R. H. Hoyle (Hrsg.), *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications*. (S. 56-75). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Zahn, D., Adams, J., Krohn, J., Wenzel, M., Mann, C. G., Gomille, L. K., . . . Kubiak, T. (2016). Heart rate variability and self-control—A meta-analysis. *Biological Psychology, 115*, 9-26. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsycho.2015.12.007>

Zander, B., Dobler, L., Bäumlner, M., & Busse, R. (2014). Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern: Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. *Gesundheitswesen*, 76, 727-734. doi: 10.1055/s-0033-1364016

Erklärung

Ich versichere, dass ich das eingereichte Schriftstück ohne Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Diese Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegen.

Stuttgart, den _____

Angelika Miller

Anhang

- Anhang A: Übersicht Konzept RESIST
- Anhang B: Werbeplakat zur Rekrutierung
- Anhang C: Individualisierter Flyer zur Rekrutierung
- Anhang D: Screenshot-Dokumentation des Sicherheitsratings
- Anhang E: Fragebogen
- Anhang F: Auflistung des schriftlichen Feedbacks der Teilnehmer
- Anhang G: Trainingsmanual
- Anhang H: Weiterführende Ergebnisse zur Variable implizite Rationierung
- Anhang I: Übersicht digitale Anlagen

Hinweis: Zum Schutz der Anonymität der Teilnehmer und des Untersuchungskrankenhauses werden kritische Stellen im Folgenden von einem Balken  verdeckt.

Anhang A: Übersicht Konzept RESIST



Hinweise: Bildquellen: 1. Abbildung Männchen mit Waage = URL:http://www.green-energy-law.com/wp-content/uploads/2015/12/Fotolia_15998643_M_justice_%C2%A9-ioannis-kounadeas-Fotolia.com_.jpg; 2. Abbildung Sturz = URL:<http://sicherheit-im-notfall.de/Erste-Hilfe%20/index.html>; 3. Abbildung Burnout = URL:<https://www.kiez-hypnose.de/hypnose/burnout/>; 4. Abbildung Klinikbewertungen = URL:<https://www.klinikbewertungen.de/>; 5. Abbildung Männchen mit Hantel: URL: <http://mural24.de/produktkonfiguration/56784934/> (jeweils abgerufen am 08.09.2017).

Anhang B: Werbeplakat zur Rekrutierung

"STRESS?" - Dann müssen WIR halt PRIORITÄTEN setzen..."

PROJEKT ZUR STANDARDISIERUNG UND OPTIMIERUNG DER PRIORITÄTENSETZUNG IN DER PFLEGE

Prioritätensetzen oder besser gesagt zu entscheiden, was mache ich zuerst und was kann warten, ist unser alltägliches Brot als GKP. Wir entscheiden so oft und so intuitiv, dass wir kaum darüber sprechen.

Doch woran orientieren wir uns? Jeder wie er will? Jede Station gleich? Natürlich gibt es Gemeinsamkeiten: Essen abräumen kann man auch noch nachdem der Patient wiederbelebt wurde. Sicherlich gibt es aber auch Unterschiede: jede Station hat ihre Eigenheiten.

Im Prinzip ist das ja auch gut: Jeder wie er will, solange der Laden läuft und man sich im Notfall einig ist!

Aber was ist, wenn man gefühlte 100 Aufgaben gleichzeitig ordnen muss, die alle irgendwie dringend sind, aber kein klarer Notfall? Was ist wichtiger, die OP-Fahrt zu machen, den aufgebracht Angehörigen zu beruhigen oder nach den Patienten zu schauen, die mir vorher schon Sorgen machten?

In diesen Situationen stößt man als GKP an seine Grenzen. Um mit solchen Situationen besser umzugehen, möchte ich die Prioritätensetzung in der Pflege optimieren - individuell für jede teilnehmende Station.

"Die Zahnprothese meiner Mutter ist seit 2 Tagen verschwunden!"

"Zimmer 5 Bett 2 klingelt - antwortet nicht..."

"Der Zugang aus der Notaufnahme kommt in 5 min hoch!"

"Meine Bettnachbarin atmet so komisch..."

"Wann kommt endlich das Frühstück?"

"Ich glaube mir wird schwindlig..."

"Ich muss ganz dringend aufs Klo!"

"Mein Bettnachbar läuft nackt im Zimmer umher - kommen Sie schnell!"

"Ich glaube mir wird schlecht..."

"Ich will sofort mit einem Arzt sprechen!"

Wann? Wo? Wer?

Wann?

- 3 Befragungstermine (ca 1-1,5h) über das Jahr verteilt (Feb/März, Juni/Juli, Sep/Okt)
- 1 Trainingstermin (ca 1,5 h)

Das Training findet für die Stationen zu unterschiedlichen Zeitpunkten statt

(April/Mai) (Juni/Juli)

- Im Anschluss an einen Frühdienst (14 Uhr) oder wahlweise an einem anderen Termin (bitte in der Liste ankreuzen)

Wo?

Der Raum wird noch bekannt gegeben

Wer?

Alle GKP der Stationen

Was passiert mit meinen Daten?

Alle erhobenen Daten werden anonymisiert, sodass keiner (auch nicht ich!) Deine Daten Dir zuordnen kann

Was mache ich wenn ich keine Lust mehr habe an der Studie teilzunehmen?

Dann hörst Du einfach auf - die Teilnahme ist absolut freiwillig

Wer macht die Studie?

Ich heiße Angelika Müller und arbeite seit auf als GKP. Außerdem studiere ich seit 2012 Psychologie. Das Projekt ist Teil meiner Bachelorarbeit in der Abteilung für Arbeits- und Organisationspsychologie an der Uni Heidelberg. Bei Fragen kannst Du mich jederzeit ansprechen oder eine E-Mail schreiben

Was bekomme ich für den ganzen Aufwand (3x Befragung & 1x Training)?

1. Die Teilnahme wird Dir als Arbeitszeit angerechnet
2. Du bekommst ein Prioritätensetzungstraining
3. Infos über die Ergebnisse der Studie
4. Meine tiefe Dankbarkeit ☺

LIEBE KOLLEGEN NEHMT AN MEINER STUDIE TEIL!!!

Projekt RESIST
Richtig Entscheiden, Stationspezifisch, Intuitiv, Sicher und Tragfähig

UNIVERSITÄT HEIDELBERG
ZUKUNFT SEIT 1386

Hinweise: Format DIN A3. Bildquellen: 1. Abbildung Pflegekraft = URL:<http://www.easyfreeclipart.com/stressed-nurse-courtesy-of-google-images-clipart-123309.html>; 2. Abbildung Universität Heidelberg = URL:<https://www.uni-heidelberg.de/> (jeweils abgerufen am 08.09.2017).

Anhang C: Individualisierter Flyer zur Rekrutierung

Liebe _____

Ich wollte Dich nochmals persönlich anschreiben, ob Du Interesse hast an meinem Projekt RESIST teilzunehmen?

Ich mache das Projekt im Rahmen meiner Bachelorarbeit an der Uni und würde mich über Deine Unterstützung sehr freuen!!!

Im Projekt geht es nicht darum zu lernen wie man Prioritäten setzt - das können denke ich alle aus der **Pflege sehr sehr gut!** Es geht darum mit Situationen umzugehen in denen die Arbeitslast so hoch ist und die Erwartungen und Wünsche der Patienten so zahlreich, dass man vor lauter Anfragen tatsächlich **spontan nicht mehr weiß, wo man zuerst anfangen soll** und wo einem der Kopf steht!



Wenn Dich das Thema interessiert würde ich mich sehr freuen wenn Du mich bei meiner Bachelorarbeit unterstützt und Dich in die Teilnehmerliste einträgst!! (die Liste hängt im Pausenraum)

Bei Fragen kannst Du mich jederzeit per E-Mail kontaktieren oder auch gerne direkt ansprechen!

Da das Projekt stationsspezifisch ausgerichtet sein soll, kann es nur stattfinden wenn die **Mehrheit** des Teams daran teilnimmt.

Liebe Grüße

Angelika Miller

Gesundheits- und Krankenpflegerin Station [redacted]

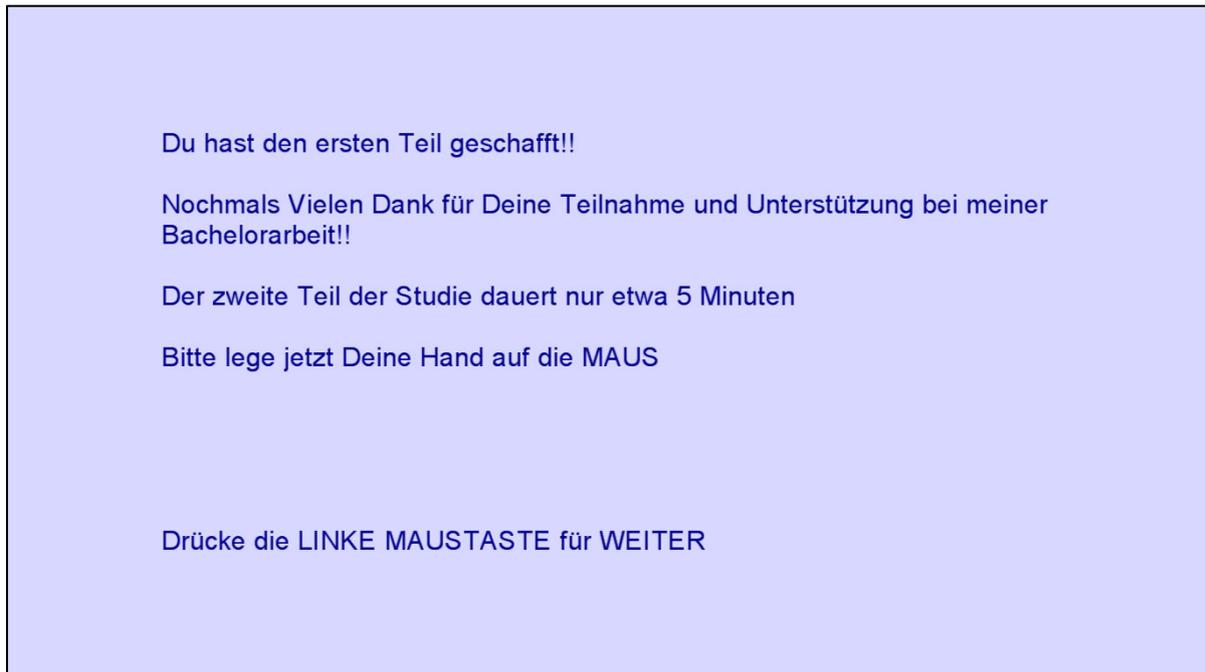
[redacted]



Hinweise: Name des Adressaten und die Unterschrift wurden handschriftlich eingetragen. Die Vergabe erfolgte persönlich oder via interner Postfächer. Format DIN A4. Bildquellen: 1. Abbildung Pflegekraft (oben) = URL: <http://www.easyfreeclipart.com/stressed-nurse-courtesy-of-google-images-clipart-123309.html> (abgerufen am 08.09.2017); 2. Abbildung Pflegekraft (unten) = eigenes Foto.

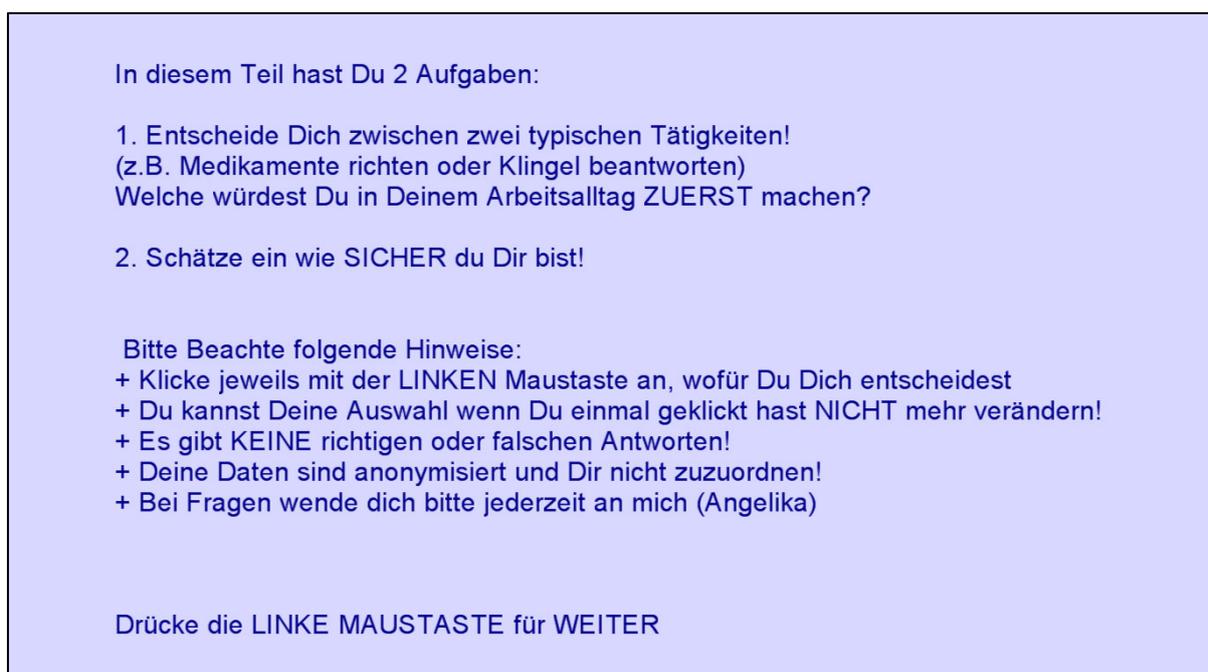
Anhang D: Screenshot-Dokumentation des Sicherheitsratings

Screenshot 1: Einleitung und Instruktionen (1/3)



Hinweise: Im angezeigten Text wird von der „Bachelorarbeit“, nicht von der Masterarbeit gesprochen. Zum ersten Messzeitpunkt (Februar 2015) war noch nicht final geklärt, ob die erhobenen Daten in die Bachelorarbeit oder in die Masterarbeit einfließen sollen. Da die Bachelorarbeit zeitlich näher lag, wurde sie hier gewählt. Die Teilnehmer wurden nach der Präsentation der Bachelorarbeit über die Verwendung der Daten in der Masterarbeit informiert.

Screenshot 2: Einleitung und Instruktionen (2/3)



Anhang D: Screenshot-Dokumentation des Sicherheitsratings

Screenshot 3: Einleitung und Instruktionen (3/3)

Versuche bitte so SPONTAN und EHRLICH zu antworten wie Du es auch in Deinem Arbeitsalltag tun würdest!!

Alle Tätigkeiten beziehen sich auf Aufgaben die Du JETZT erledigen sollst
Es gibt KEINE Helfer, denen Du die Arbeit delegieren kannst!!

Für jede Aufgabe hast Du maximal 20 Sekunden Zeit!

WICHTIG: Du musst pro Aufgabe 3 Entscheidungen treffen:

1. Welche Tätigkeit?
2. Wie sicher bist Du Dir in DEINER Entscheidung?
3. Wie sicher bist Du Dir, dass Deine Kollegen so entscheiden werden?

Du musst also 3x Anklicken pro Aufgabe

Zum Starten bitte die LINKE Maustaste drücken

Screenshot 4: Sicherheitsrating Nummer 1*

Was machst du ZUERST?



Medikamente richten



Probleme des Patienten in Ruhe anhören

Wie SICHER bist du dir auf einer Skala von 0 - 5 ... 0 = sehr unsicher 5 = sehr sicher
... bei DEINER Entscheidung?

... dass deine KOLLEGEN auch so entscheiden würden? 0 1 2 3 4 5

* Die Teilnehmer mussten insgesamt dreimal mit der Maus per Klick eine Auswahl treffen. Der genaue zeitliche Ablauf kann dem Methodenteil dieser Arbeit entnommen werden.

Anhang D: Screenshot-Dokumentation des Sicherheitsratings

Screenshot 5: Sicherheitsrating Nummer 2*

Was machst du ZUERST?



Patiententransport zu Sono/ Röntgen



Bettgitter bei Sturzgefahr anbringen

Wie SICHER bist du dir auf einer Skala von 0 - 5 ... 0 = sehr unsicher 5 = sehr sicher
... bei DEINER Entscheidung?

... dass deine KOLLEGEN auch so entscheiden würden? 0 1 2 3 4 5

Screenshot 6: Sicherheitsrating Nummer 3*

Was machst du ZUERST?



Schmerzmittel verabreichen bei Schmerzen



**Besuchernfragen beantworten
(Dienstzimmerschlange)**

Wie SICHER bist du dir auf einer Skala von 0 - 5 ... 0 = sehr unsicher 5 = sehr sicher
... bei DEINER Entscheidung?

... dass deine KOLLEGEN auch so entscheiden würden? 0 1 2 3 4 5

* Die Teilnehmer mussten insgesamt dreimal mit der Maus per Klick eine Auswahl treffen. Der genaue zeitliche Ablauf kann dem Methodenteil dieser Arbeit entnommen werden.

Anhang D: Screenshot-Dokumentation des Sicherheitsratings

Screenshot 7: Sicherheitsrating Nummer 4*

Was machst du ZUERST?



Patientenwasser auffüllen



Pflegewagen auffüllen

Wie SICHER bist du dir auf einer Skala von 0 - 5 ... 0 = sehr unsicher 5 = sehr sicher
... bei DEINER Entscheidung?

... dass deine KOLLEGEN auch so entscheiden würden? 0 1 2 3 4 5

Screenshot 8: Sicherheitsrating Nummer 5*

Was machst du ZUERST?



Reanimieren



**Umherirrenden desorientierten Patienten
einfangen**

Wie SICHER bist du dir auf einer Skala von 0 - 5 ... 0 = sehr unsicher 5 = sehr sicher
... bei DEINER Entscheidung?

... dass deine KOLLEGEN auch so entscheiden würden? 0 1 2 3 4 5

* Die Teilnehmer mussten insgesamt dreimal mit der Maus per Klick eine Auswahl treffen. Der genaue zeitliche Ablauf kann dem Methodenteil dieser Arbeit entnommen werden.

Anhang D: Screenshot-Dokumentation des Sicherheitsratings

Screenshot 9: Sicherheitsrating Nummer 6*

Was machst du ZUERST?



Essen abräumen



Körperpflege Teilwaschung (A3)

Wie SICHER bist du dir auf einer Skala von 0 - 5 ... 0 = sehr unsicher 5 = sehr sicher
... bei DEINER Entscheidung?

... dass deine KOLLEGEN auch so entscheiden würden? 0 1 2 3 4 5

Screenshot 10: Sicherheitsrating Nummer 7*

Was machst du ZUERST?



Pflegebericht schreiben



Zusätzlich Kaffee anbieten/ bringen

Wie SICHER bist du dir auf einer Skala von 0 - 5 ... 0 = sehr unsicher 5 = sehr sicher
... bei DEINER Entscheidung?

... dass deine KOLLEGEN auch so entscheiden würden? 0 1 2 3 4 5

* Die Teilnehmer mussten insgesamt dreimal mit der Maus per Klick eine Auswahl treffen. Der genaue zeitliche Ablauf kann dem Methodenteil dieser Arbeit entnommen werden.

Anhang D: Screenshot-Dokumentation des Sicherheitsratings

Screenshot 11: Sicherheitsrating Nummer 8*

Was machst du ZUERST?



**Präkollaptischen Patienten
ins Bett bringen**



**Schmerzmittel verabreichen
bei Schmerzen**

Wie SICHER bist du dir auf einer Skala von 0 - 5 ... 0 = sehr unsicher 5 = sehr sicher
... bei DEINER Entscheidung?

... dass deine KOLLEGEN auch so entscheiden würden? 0 1 2 3 4 5

Screenshot 12: Sicherheitsrating Nummer 9*

Was machst du ZUERST?



Pflegebericht schreiben



Patientenwasser auffüllen

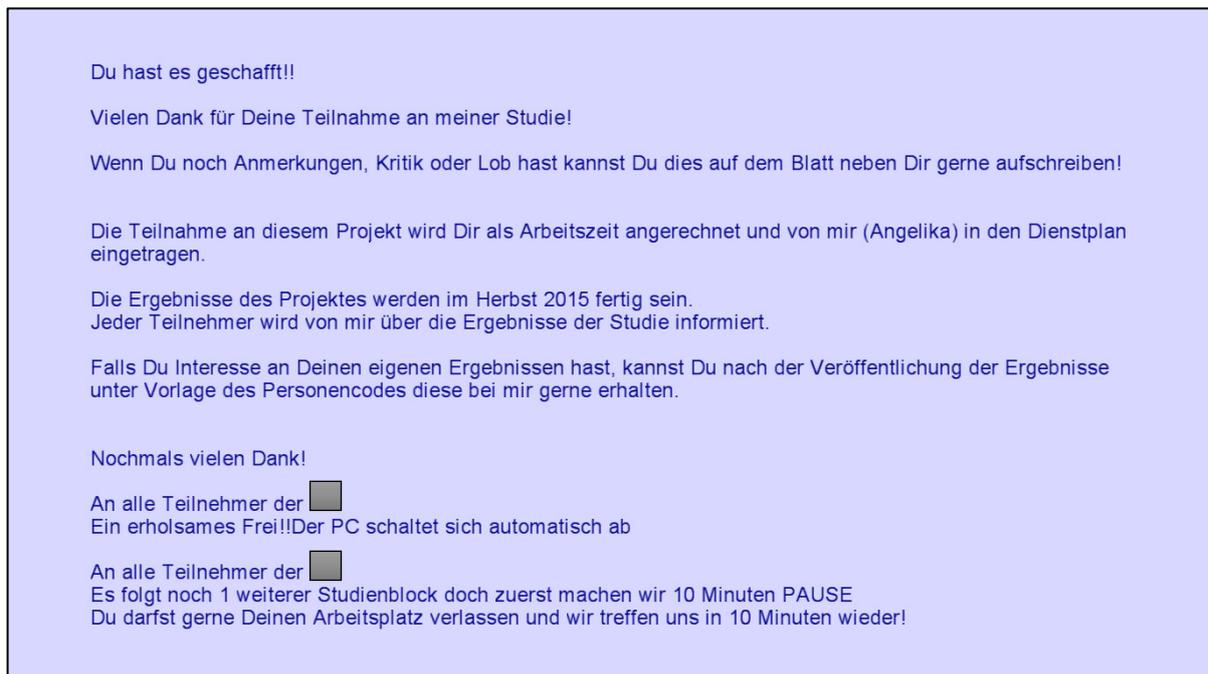
Wie SICHER bist du dir auf einer Skala von 0 - 5 ... 0 = sehr unsicher 5 = sehr sicher
... bei DEINER Entscheidung?

... dass deine KOLLEGEN auch so entscheiden würden? 0 1 2 3 4 5

* Die Teilnehmer mussten insgesamt dreimal mit der Maus per Klick eine Auswahl treffen. Der genaue zeitliche Ablauf kann dem Methodenteil dieser Arbeit entnommen werden.

Anhang D: Screenshot-Dokumentation des Sicherheitsratings

Screenshot 13: Abschluss und weiterführende Informationen



Hinweise: Die qualitativen Feedbackmeldungen sind im Anhang F aufgeführt. Im Herbst 2015 wurden die Bachelorarbeitsergebnisse präsentiert. Die Daten des Sicherheitsratings flossen dort nicht ein. Darüber wurden die Teilnehmer bei der Bachelorarbeitspräsentation informiert. Kein Teilnehmer nahm das Angebot für individuelles Feedback in Anspruch. Teilnehmer der IG absolvierten nach dem Sicherheitsrating einen weiteren Studienblock im Rahmen des Projekts RESIST. Hierbei wurde die Prioritätenliste generiert (Miller, 2015).

Anhang E: Fragebogen

Einverständniserklärung (gesondertes Blatt)

Informationen zur Studienteilnahme

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

Danke für die Teilnahme an dieser Studie. Zunächst möchten wir Sie bitten, die folgenden Informationen gründlich zu lesen und anschließend Ihre Bereitschaft zur Teilnahme mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen.

Die Teilnahme an der Studie erfolgt freiwillig und ist mit keinem erwarteten Risiko verbunden. Selbstverständlich steht es Ihnen dennoch jederzeit frei, Ihre Teilnahme an der Studie zurückzuziehen oder abzubrechen, ohne dass für Sie dadurch ein Nachteil entsteht. Wir bitten Sie jedoch, dieses Recht nicht zu missbrauchen.

Die Daten dieser Studie werden in vollständig anonymisierter Form erfasst und gespeichert, sodass ein Rückschluss auf Ihre Person nicht möglich ist.

Bitte lesen Sie die Instruktionen sorgfältig und bearbeiten Sie die Aufgabenstellung nach bestem Wissen, damit die Ergebnisse der Studie aussagekräftig sind. Bitte **behandeln Sie zudem die Details hinsichtlich der Inhalte und des Verlaufs der Studie vertraulich** und geben Sie diese besonders **nicht an andere potentielle Teilnehmerinnen und Teilnehmer weiter**. Es ist wichtig, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer kein Vorwissen über die Studie haben, damit die Ergebnisse der Studie nicht verfälscht werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Informationen zur Teilnahme gelesen habe und auf dieser Grundlage freiwillig an der folgenden Studie teilnehme.

_____ (Datum) _____ (Unterschrift)

Seite 1

Generierung des Personencodes

Ausschließlich für wissenschaftliche Fragestellungen bitten wir Sie, einen 5-stelligen Personencode anzugeben. Bitte lesen Sie sich die folgende Erklärung genau durch! Der Personencode wird gebildet aus:

- dem 1. Buchstaben der Straße in der Sie aufgewachsen sind,
- dem 2. Buchstaben des Mädchennamens Ihrer Mutter,
- der letzten Ziffer des Geburtsmonats Ihrer Mutter (TT.MM.JJJJ)
- der letzte Buchstabe der Farbe des Briefkastens des Hauses in dem Sie aufgewachsen sind (falls Sie sich an die Farbe nicht mehr erinnern können, nehmen Sie die Farbe Ihres jetzigen Briefkastens),
- die Anzahl an Fensterrahmen in Ihrer aktuellen Wohnung

So lautet der Code für die in der Rosenstraße (R = 1. Stelle) aufgewachsene Anja Krüger, deren Mutter mit Mädchennamen Fischer heißt (I = 2. Stelle) und im Dezember (12) Geburtstag hat (2 = 3. Stelle), deren Briefkastenfarbe des Hauses in dem sie aufgewaschen ist gelb ist (B = 4. Stelle) und deren aktuelle Wohnung 7 Fenster hat (7 = 5. Stelle)
: **RI2B7**

Tragen Sie hier Ihren eigenen Personencode ein:

Anhang E: Fragebogen

Seite 2

Willkommen zur Studie RESIST

1. Datenerhebung

Hinweise:

Dieser Fragebogen enthält Aussagen, welcher sich zur Beschreibung Ihrer **Person im Arbeitsalltag auf Station** und ihrer **Arbeit** eignen könnten.

Der folgende Fragebogen besteht aus **5 Teilen**:

Der erste Teil beinhaltet Aussagen, welche sich zur Beschreibung Ihrer **Person** eignen könnten. Im zweiten Teil geht es um Aussagen, welche sich zur Beschreibung/ Charakterisierung Ihrer **Arbeit** auf Station eignen könnten.

Der dritte Teil beinhaltet Aussagen, welche sich zur Beschreibung Ihrer **Person im Arbeitsalltag auf Station** eignen könnten.

Der vierte Teil beinhaltet Fragen, welche sich auf **notwendige pflegerische Maßnahmen oder Therapien beziehen, die aus Zeitmangel, Arbeitsbelastung oder Kostengründen nicht durchgeführt oder ungenügend durchgeführt werden konnten**. Diese Fragen beziehen sich auf die letzten 14 Arbeitstage.

Der letzte Teil beinhaltet Aussagen, welche sich zur Beschreibung Ihrer **Person im Arbeitsalltag auf Station** eignen könnten. Diese Aussagen beziehen sich auf die letzten 14 Arbeitstage. Das entsprechende Thema wird nochmals vor jedem Teil genannt.

Bewerten Sie die Aussagen im ersten, zweiten und dritten Teil als **allgemeine Aussagen ohne Zeitbezug**.

Bewerten Sie die Aussagen/Fragen im vierten und fünften Teil bezogen auf Ihre Erfahrungen in den **letzten 14 Arbeitstagen**.

Lesen Sie **bitte** jede dieser Aussagen aufmerksam durch und überlegen Sie, ob diese Aussagen auf Sie persönlich oder auf Ihre Arbeit zutrifft oder nicht. Zur Bewertung jeder der Aussagen steht Ihnen eine abgestufte Skala zur Verfügung.

Seite 3

Es gibt bei diesem Fragebogen keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten, und Sie müssen kein Experte sein, um den Fragebogen angemessen beantworten zu können. Sie erfüllen den Zweck der Befragung am besten, indem Sie die Fragen so wahrheitsgemäß wie möglich beantworten.

Ihre Daten sind durch den Personencode anonymisiert und geschützt. Die Daten sind Ihnen nicht zuzuordnen. Dieser Schutz wurde vom Betriebsrat geprüft, daher können und sollen Sie bedenkenlos wahrheitsgemäß antworten.

Bitte lesen Sie jede Aussage genau durch und kreuzen Sie als Antwort die Kategorie an, die Ihre Sichtweise am besten ausdrückt. Falls Sie Ihre Meinung nach dem Ankreuzen einmal ändern sollten, streichen Sie Ihre erste Antwort bitte deutlich durch. Bitte beantworten Sie die folgenden Aussagen zügig, aber sorgfältig. **Lassen Sie keine Aussage aus**. Auch wenn Ihnen einmal die Entscheidung schwer fallen sollte, kreuzen Sie trotzdem immer eine Antwort an, und zwar die, welche noch am ehesten auf Sie oder ihre Arbeit zutrifft.

Zur Beurteilung aller Aussagen/ Fragen haben Sie insgesamt 30 Minuten Zeit.

Beginnen Sie bitte jetzt mit der Beantwortung!

Anhang E: Fragebogen

Seite 4

Bitte tragen Sie hier Ihren Personencode ein:

Bitte kreuzen Sie an:

Ich bin beschäftigt als:

- Gesundheits- und Krankenpfleger/in
- Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in
- Stationssekretärin

Die folgenden 10 Aussagen können sich zur Beschreibung **Ihrer Person** eignen. Kreuzen Sie an!!!

		Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
1	Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.				
2	Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.				
3	Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.				
4	In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.				
5	Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.				
6	Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.				
7	Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.				
8	Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.				
9	Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.				
10	Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.				

Seite 5

Die folgenden 13 Aussagen können sich zur Beschreibung **Ihrer Person im Arbeitsalltag auf Station** eignen.

Bewerten Sie die Aussagen im **Allgemeinen ohne Zeitbezug**

Kreuzen Sie an!

Anhang E: Fragebogen

Seite 6

Die folgenden 13 Aussagen können sich zur Beschreibung Ihrer Person im Arbeitsalltag auf Station eignen. Kreuzen Sie an!

		Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
1	Da ich über ein ausgebildetes Einfühlungsvermögen verfüge, kann ich die Befürchtungen und Sorgen meiner Patienten gut nachempfinden.				
2	Habe ich widersprüchliche Arbeiten zu erledigen (z.B. viele Patienten gleichzeitig intensiv zu betreuen) finde ich einen Weg, mit diesem Widerspruch zufriedenstellend umzugehen.				
3	Wenn Patienten oder Angehörige unfreundlich sind, bin ich schnell in der Lage, mich zu distanzieren und meine Arbeit gelassen weiterzumachen.				
4	Selbst unter Zeitdruck bin ich in der Lage, meine Arbeit so zu organisieren, dass ich alle wichtigen Arbeiten erledigen kann.				
5	Auch wenn andere mir nicht die angemessene Anerkennung für meine Arbeit zeigen, bin ich in der Lage, mich selbst für das Erreichte zu loben.				
6	Viele Konflikte entstehen erst gar nicht, weil ich unbeschwert und leicht mit schwierigen Kollegen umgehen kann.				
7	Ich kann es beeinflussen, abwechslungsreiche und herausfordernde Arbeiten zugeteilt zu bekommen.				
8	Selbst wenn es im Arbeitsalltag schwer ist, verliere ich trotzdem nicht die grundsätzliche Sinnhaftigkeit meiner Arbeit aus den Augen.				
9	Selbst bei schwierigen Patienten oder Angehörigen finde ich Mittel und Wege, sie für die Mitarbeit zu gewinnen.				
10	Da ich meine Arbeit gut strukturieren kann, bewältige ich mein Arbeitspensum zu meiner Zufriedenheit.				
11	Wenn es im Team Spannungen gibt, gelingt es mir gut, etwas zur Entspannung beitragen.				
12	Aufgrund meiner fachlichen Kompetenz kann ich auch bei unvorhergesehenen Komplikationen das Richtige zum richtigen Zeitpunkt tun.				
13	Es gelingt mir selbst bei todkranken Patienten, eine gute Pflege zu gewährleisten.				

Seite 7

Die folgenden 15 Aussagen können sich zur Beschreibung/ Charakterisierung Ihrer Arbeit auf Station eignen. Bewerten Sie die Aussagen im Allgemeinen ohne Zeitbezug Kreuzen Sie an!

Anhang E: Fragebogen

Seite 8

Die folgenden 15 Aussagen können sich zur Beschreibung/
Charakterisierung **Ihrer Arbeit auf Station** eignen. Kreuzen Sie an!

	Trifft gar nicht zu	Trifft wenig zu	teils/ teils	Trifft über- wiegend zu	Trifft völlig zu
1 Meine Arbeit verlangt von mir, niemals die Beherrschung zu verlieren.					
2 Das Erledigen unattraktiver Aufgaben verlangt von mir häufig ein beträchtliches Ausmaß an Überwindung.					
3 Um meine Arbeitsziele zu erreichen, darf ich mich nicht ablenken lassen.					
4 Auch wenn ich manchmal sehr gereizt bin, darf ich mir das auf keinen Fall anmerken lassen.					
5 Bei einigen Arbeitsaufgaben muss ich mich richtig darum bemühen, dass ich sie nicht zugunsten attraktiverer Aufgaben unerledigt lasse.					
6 Meine Arbeit verlangt von mir, Ablenkungen möglichst zu ignorieren.					
7 Bei meiner Arbeit darf ich nie ungeduldig werden.					
8 Bei meiner Arbeit muss ich jedes Wort auf die Goldwaage legen, bevor ich etwas sage.					
9 Bestimmte Aufgaben in Angriff zu nehmen, kostet mich manchmal einiges an Überwindung.					
10 Um mein Arbeitspensum zu schaffen, muss ich mich dazu zwingen, keine Zeit mit Nebensächlichkeiten zu vergeuden.					
11 Bei meiner Arbeit darf ich mich niemals gehen lassen.					
12 Einige meiner Arbeiten sind so, dass ich mich richtig zwingen muss, sie zu erledigen.					
13 Wenn ich meine Arbeit erfolgreich bewältigen will, darf ich irgendwelchen Ablenkungen nicht nachgeben.					
14 Bei meiner Arbeit darf ich mich unter keinen Umständen zu spontanen Reaktionen hinreißen lassen.					
15 Einige meiner Arbeitsaufgaben kann ich nur gegen innere Widerstände bearbeiten.					

Seite 9

Die folgenden 26 Aussagen können sich zur Beschreibung
Ihrer Person im Arbeitsalltag auf Station eignen.

Bewerten Sie die Aussagen bezogen auf die **letzten 14 Arbeitstage**.

Kreuzen Sie an!

Anhang E: Fragebogen

Seite 10

Die folgenden 26 Aussagen können sich zur Beschreibung Ihrer Person im Arbeitsalltag auf Station eignen. Beurteilen Sie die Aussagen bezogen auf die **letzten 14 Arbeitstage**. Kreuzen Sie an!

	In den letzten 14 Arbeitstagen	Stimmt nicht	Stimmt kaum	teils/teils	Stimmt eher	Stimmt genau
1	verlor ich zu schnell die Geduld.					
2	war ich gut darin Versuchungen zu widerstehen.					
3	fiel es mir schwer schlechte Gewohnheiten abzulegen.					
4	sagte ich häufig unüberlegte Dinge.					
5	gestattete ich mir nie, die Kontrolle zu verlieren.					
6	konnten sich andere Menschen darauf verlassen, dass ich im Zeitplan blieb.					
7	konnte ich mich gut dazu überwinden, Aufgaben zu erledigen, die ich eigentlich sehr ungern bearbeite.					
8	fiel es mir schwer „nein“ zu sagen.					
9	änderte ich oft meine Meinung.					
10	sprach ich alles aus, was mir in den Sinn kam.					
11	hätten mich andere Menschen als impulsiv beschrieben.					
12	wünschte ich, ich hätte mehr Selbstdisziplin.					
13	war ich zuverlässig.					
14	lies ich mich bei der Erledigung unangenehmer Aufgaben nicht durch attraktivere Aufgaben ablenken.					
15	lies ich mich zu sehr von meinen Gefühlen leiten.					
16	tat ich viele Dinge ganz spontan.					

Seite 11

Die folgenden 26 Aussagen können sich zur Beschreibung Ihrer Person im Arbeitsalltag auf Station eignen. Beurteilen Sie die Aussagen bezogen auf die **letzten 14 Arbeitstage**. Kreuzen Sie an!

	In den letzten 14 Arbeitstagen	Stimmt nicht	Stimmt kaum	teils/teils	Stimmt eher	Stimmt genau
17	konnte ich Geheimnisse nicht gut für mich behalten.					
18	hätten andere Menschen gesagt, dass ich eine eiserne Selbstdisziplin hatte.					
19	war ich nicht leicht zu entmutigen					
20	hielten mich Vergnügen und Spaß manchmal davon ab, meine Arbeit zu tun.					
21	fiel es mir schwer Aufgaben zu ende zu bringen, die mir keinen Spaß machten.					
22	hatte ich Schwierigkeiten mich zu konzentrieren.					
23	Mir fiel es leicht, langfristige Ziele zu verfolgen					
24	handelte ich oft, ohne über alle Alternativen nachgedacht zu haben.					
25	unterbrach ich oft andere Menschen.					
26	war ich immer pünktlich.					

Anhang E: Fragebogen

Seite 12

Die folgenden 20 Fragen beziehen sich auf **notwendige pflegerische Maßnahmen oder Therapien, die aus Zeitmangel, Arbeitsbelastung oder Kostengründen nicht durchgeführt oder ungenügend durchgeführt werden konnten.**

Beantworten Sie die Fragen bezogen auf **die letzten 14 Arbeitstage.**

Kreuzen Sie an!

Seite 13

Die folgenden 20 Fragen beziehen sich auf notwendige pflegerische Maßnahmen oder Therapien, die aus **Zeitmangel, Arbeitsbelastung oder Kostengründen nicht durchgeführt oder ungenügend** durchgeführt werden konnten. Kreuzen Sie das Zutreffende für **die letzten 14 Arbeitstage** an!

Wie oft ist es in den letzten 14 Arbeitstagen vorgekommen dass...	nie	selten	manch-mal	oft	nicht meine Aufgabe
1 Sie bei Patienten eine notwendige Ganz- oder Teilwäsche und/oder Hautpflege nicht durchführen konnten?					
2 Sie bei Patienten eine notwendige Mund- und/oder Zahnpflege nicht durchführen konnten?					
3 Sie bei Patienten, nicht wie erforderlich das Essen eingeben konnten?					
4 Sie Patienten nicht mobilisieren oder lagern konnten?					
5 Sie Patienten länger als eine halbe Stunde in Urin, Stuhlgang, oder Erbrochenem liegen lassen mussten?					
6 Sie ein schmutziges Bett nicht beziehen konnten?					
7 Sie Patienten nicht die notwendige emotionale und psychosoziale Unterstützung und Begleitung anbieten konnten z.B. im Umgang mit Unsicherheit und Angst, dem Gefühl von Abhängigkeit?					
8 Sie mit Patienten oder Angehörigen ein notwendiges Gespräch nicht führen konnten?					
9 Sie bei Patienten kein Toilettentraining/ Kontinenztraining durchführen konnten und ihnen deswegen Inkontinenzeinlagen geben oder einen Dauerkatheter einlegen mussten?					
10 Sie bei Patienten keine aktivierende und/ oder rehabilitierende Pflege durchführen konnten?					
11 Sie Patienten oder seine Angehörigen nicht anleiten oder schulen konnten z.B. Insulin-Injektionen, Verhalten oder Umgang mit krankheitsspezifischen Symptomen (Hypoglykämie, Atemnot, etc.)?					

Anhang E: Fragebogen

Seite 14

Die folgenden 20 Fragen beziehen sich auf notwendige pflegerische Maßnahmen oder Therapien, die aus **Zeitmangel, Arbeitsbelastung oder Kostengründen nicht durchgeführt oder ungenügend** durchgeführt werden konnten. Kreuzen Sie das Zutreffende für **die letzten 14 Arbeitstage** an!

Wie oft ist es in den letzten 14 Arbeitstagen vorgekommen dass...	nie	selten	manch- mal	oft	nicht meine Aufgabe
12 Sie Patienten und/ oder Angehörige von pflegerischer Seite her nicht genügend auf die Entlassung vorbereiten konnten?					
13 Sie Patienten nicht so häufig überwachen konnten, wie es ärztlich verordnet war oder aus ihrer Sicht notwendig gewesen wäre?					
14 Sie verwirrte Patienten, die Sie nicht genügend beaufsichtigen konnten, fixieren und/oder Beruhigungsmittel verabreichen mussten?					
15 Ein Arzt bei akuten oder plötzlichen Veränderungen des Gesundheitszustands eines Patienten nicht persönlich oder erst mit großer Verspätung vorbei kommen konnte?					
16 Patienten, die geläutet haben mehr als 5 Minuten haben warten müssen?					
17 Sie keine angemessene Händehygiene durchführen konnten?					
18 Sie bei Schichtantritt keine Zeit hatten, sich anhand der Pflegedokumentation über die Patientensituation zu informieren?					
19 Sie die bei Patienten durchgeführte Pflege nicht genügend dokumentieren konnten?					
20 Sie ihre geplante Tätigkeitsabfolge verändern mussten, um eine von jemandem anderen geforderte Tätigkeit zu erfüllen, die ihrer Meinung nach nachrangige Priorität hatte?					
21 Was waren die Gründe für das Verändern der Tätigkeitsabfolge? <input type="checkbox"/> Druck von einer anderen Station/ Funktionsstelle (z.B. Patienten zu bringen oder zu holen) <input type="checkbox"/> Angst vor Beschwerde von Patienten und/oder Angehörigen <input type="checkbox"/> Druck von einem Kollegen/ Arzt seine Forderung zuerst zu erfüllen <input type="checkbox"/> Falsche Einschätzung der Situation <input type="checkbox"/> Starker Nachdruck von Patient und/ oder Angehörige <input type="checkbox"/> _____					

Seite 15

Vielen Dank für Deine Teilnahme!!!!

Du hast den ersten Teil geschafft!

Wenn du Anmerkungen, Lob oder Kritik hast kannst Du, wenn Du Lust hast, dies im Kasten eintragen:

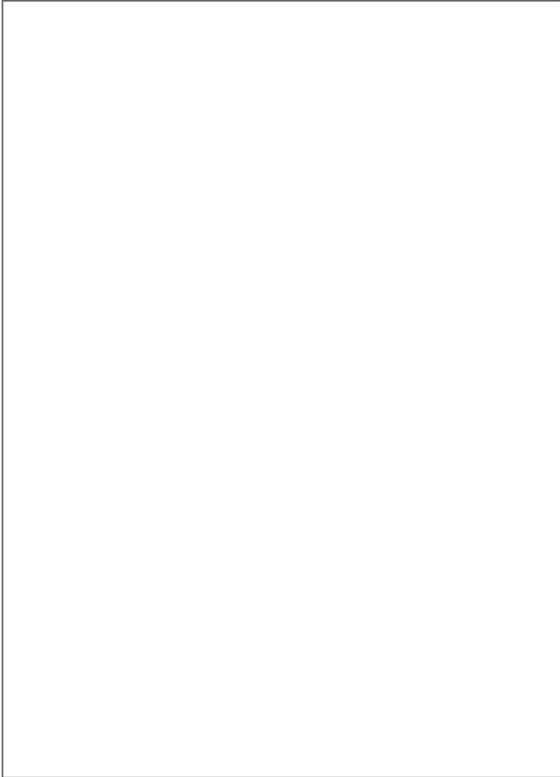
Der zweite Teil dauert etwa 10 Minuten und muss am Computer durchgeführt werden.

Wende Dich bitte jetzt an Angelika um das Computerprogramm zu starten.

Anhang E: Fragebogen

Seite 16

Wenn du Anmerkungen, Lob oder Kritik hast kannst Du, wenn Du Lust hast, dies im Kasten eintragen:



Anhang F: Auflistung des schriftlichen Feedbacks der Teilnehmer

Tabelle 11

Auflistung des schriftlichen Feedbacks der Teilnehmer

Nr.	Kommentar
1	Liebe Angelika, das hast du wieder einmal richtig schön vorbereitet. Im PC die kurzen Verschnaufpausen sind super! Danke auch für die Stärkung! Danke ☺.
2	Bei Aufgaben am Computer: Hinweis auf Geschriebenes draufdrücken! Aber sonst super!
3	Programm mit Bildern war sehr wahrheitsgetreu und man konnte sich sofort i. d. Situation hineinversetzen. Toll!
4	Programm total toll!
5	Die Prioritäten würde ich situationsbezogen setzen, d. h. Medis richten (wenn keine akuten Medikamente anliegen) würde ich zuerst auf die Klingel gehen, da etwas Akutes im Pat.-zimmer vorgefallen sein könnte.... Deshalb konnte ich nicht alle Fragen mit 100%-iger Überzeugung so ausfüllen, wie ich es in der gegebenen Sit. ggf. getan hätte.... Viel Erfolg Dir weiterhin bei deiner Arbeit! ☺ .
6	Positiv: klar strukturierten Fragen, Ankreuzfragebogen; Negativ: jedoch muss man immer verschiedene Situationen vielleicht betrachten?, daher Fragen für mich teilweise nicht eindeutig zu beantworten, bzw. auf letzte Situationen bezogen beantwortet
7	Sehr gut!!! Freue mich auf weiteren Termin.
8	Sehr interessant! Man denkt mal bewusst über eigenes Handeln nach!
9	Gute Fragen, bringen einen zum Nachdenken ☺, deutliche, verständliche Fragestellung. Viel Erfolg ☺
10	Die Vergleiche sind teilweise echt krass, aber super „Beispiele“ & super Programm. Ich freu mich auf die weiteren Studienblöcke.
11	Positiv: dass Fragestellungen realistisch auf Arbeitsalltag bezogen waren, bin auf Ergebnisse gespannt! Fotos gut, hab mich wie auf Station gefühlt.
12	Ich bin auf die Ergebnisse gespannt und fand es interessant. Mein Kopf ist nach einem anstrengenden Frühdienst leer und mir fällt aktuell nicht mehr ein! Viel Glück und Erfolg für d. Bachelorarbeit!
13	Übersichtliches Konzept, gute Struktur, verständliche Fragen, ich bin auf das Ergebnis gespannt!
14	Klar verständliche Fragen, spontane Fragen!
15	Die Fragen treffen voll ins Schwarze; sehr guter Bogen.
16	Sehr gut ausgewählte Fragen, die in den Alltag passen und man sich auch mal selber einschätzen kann.
17	Sehr gute Fragen, wo man sich selbst einschätzen muss und man darüber nachdenkt. Sehr gute Auswahl an Fragen.
18	Doppelte Verneinung für mich schwierig.
19	Ich finde es gut, dass ich an deiner Studie teilhaben darf, weil es für mich eine Entlastung meiner Arbeitsbelastung ist.

Anhang F: Auflistung des schriftlichen Feedbacks der Teilnehmer

Nr.	Kommentar
20	Danke, dass du dir die Arbeit machst, finde ich toll.
21	Danke für deine Spontanität.
22	Gute Aufgaben spontan zu Entscheidung
23	Super, Weiter so!
24	Super
25	Bei Teil 1 wäre ein Zwischenkästchen wie bei den anderen Teilen "teils/teils" nicht schlecht.
26	Das machst du Prima! Großes Lob! Es ist nichts auszusetzen!
27	Sehr gut gemacht Angelika!
28	weiter so
29	Bei "Versuchungen" war mir erst unklar welche dies sein sollten, und benötigte deshalb nochmal eine genau Erklärung.
30	Weiterhin viel viel Erfolg; P.S.: Hat Spaß gemacht
31	Danke
32	Alles super; großes Lob!
33	Gute Struktur. Verständliche Fragen!
34	Ich bin sehr gespannt zu welchen Ergebnissen die Studie führt; freue mich sehr daran teilzuhaben und hoffe dass Sie etwas "bewirken" wird.
35	Es ist sehr gut gemacht, manches finde ich schwierig zu beantworten, weil ich von mir nicht auf andere schließen kann. Manche Fragen haben gar nicht zugetroffen evtl. miteinfügen.
36	Fragen waren gut zu verstehen, praxisnah!
37	Verständlicher Bogen kurz und knappe Sätze
38	Super Arbeit. Das war einfach zu verstehen und mitmachen.

Trainingsmanual



Prioritätendurchsetzungstraining RESIST

von Angelika Miller

Zielgruppe:

Professionelle Pflegekräfte im deutschen Krankenhaussektor

Wissenschaftlicher Kontext:

Erstellt im Rahmen der Masterarbeit *Ist Prioritätendurchsetzung trainierbar? – Eine Mehrebenenanalyse im pflegerischen Arbeitskontext* am Psychologischen Institut der Universität Heidelberg, Fachbereich Arbeits- und Organisationspsychologie

Kontaktdaten

Angelika Miller

Yitzhak-Rabin-Straße 7

70376 Stuttgart

E-Mail: angelika_miller@gmx.de

Anhang G: Trainingsmanual

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

geplante Vorhaben in die Tat umzusetzen ist nicht immer einfach. Haben Sie alle Ihre Neujahrsvorhaben erfolgreich umgesetzt? Sollten Sie jetzt gerade nicht etwas Wichtigeres machen, was Sie schon länger vor sich herschieben? Bleiben Sie immer standhaft? Gelegentlich „schwach zu werden“, im Sinne einer Durchsetzungsschwäche, ist etwas Urmenschliches. Auch Pflegekräfte sind davor nicht gefeit und es fällt ihnen manchmal schwer, geplante Vorhaben konsequent durchzusetzen. Besonders dann, wenn Pflegekräfte es nicht schaffen, ihre gesetzten Prioritäten durchzusetzen, wird es problematisch, denn sie tragen Verantwortung für das Wohlergehen hilfebedürftiger Menschen. Das Prioritätendurchsetzungstraining RESIST bietet erstmals ein Trainingskonzept zur Reduktion der spezifischen Durchsetzungsschwäche dieser Zielgruppe an.

Dieses Trainingsmanual richtet sich an wissenschaftliche Forscher und praktische Anwender gleichermaßen und ist Bestandteil der Masterarbeit mit dem Titel *Ist Prioritätendurchsetzung trainierbar? – Eine Mehrebenenanalyse im pflegerischen Arbeitskontext*. Das beschriebene Training wurde insgesamt acht Mal in zwei verschiedenen Pflegeteams durchgeführt. Zusätzlich wurde eine virtuelle Version des Trainings konzipiert.

(to) resist sth./sb. kommt aus dem Englischen und bedeutet so viel *wie jemandem oder etwas zu widerstehen*. Hiermit ist die Durchsetzungsschwäche gemeint. Zugleich fungiert der Titel als Akronym: Es steht für **R**ichtig **E**ntscheiden, **S**tationsspezifisch, **I**ntuitiv und **S**icher. Das Akronym RESIST präsentiert nicht nur den Projekttitle, in welches das Training und die Masterarbeit eingebettet sind, sondern auch das übergeordnete Primärziel des Trainings und der Masterarbeit: die Teilnehmer zu befähigen, ihre Prioritäten durchzusetzen und nachrangigen Widrigkeiten zu widerstehen. Nähere Informationen zum Projekt RESIST, der Masterarbeit und den damaligen Teilnehmern des Trainings können der Masterarbeit entnommen oder direkt bei der Verfasserin (siehe Kontaktdaten Deckblatt) angefragt werden.

Das Trainingsmanual gliedert sich in zwei Teile: Im ersten Teil des Manuals werden zunächst der theoretische Rahmen des Trainings die Konzeption, die Ziele sowie der theoretische Hintergrund des Trainings vorgestellt. Der zweite Teil fokussiert den praktischen Trainingsrahmen. Hierfür werden Trainingssetting, der Moderationsplan, Fotoprotokolle sowie der Foliensatz zum durchgeführten Training präsentiert.

Das Training sollte nur von Trainern durchgeführt werden, die Erfahrung mit der Zielgruppe und in der Durchführung von Entwicklungs- und Teamtrainings haben. Train-the-trainer-Coachings können bei der Verfasserin angefragt werden (siehe Kontaktdaten Deckblatt).

*Angelika Miller, cand. M. Sc. Psychologie, Gesundheits- und Krankenpflegerin,
im September 2017*

Inhalt

Teil 1: Theoretischer Rahmen	4
1 Konzeptioneller Rahmen des Trainings	4
2 Ziele und theoretischer Hintergrund des Trainings	6
2.1 Entwicklungsziele	6
2.2 Lernziel 1: Bewusstsein und Akzeptanz für die Durchsetzungsschwäche schaffen.....	6
2.3 Lernziel 2: Wissen/Fertigkeiten zur Prioritätensetzung, -durchsetzung und Durchsetzungsschwäche vermitteln.....	7
2.4 Lernziel 3: Wissen über Bewältigungsstrategien.....	8
2.5 Lernziel 4: Einüben und nachhaltiges Verfestigen der Bewältigungsstrategien.....	9
Teil 2: Praktischer Rahmen	10
3 Trainingssetting	10
4 Trainingsdurchführung	10
4.1 Rahmenbedingungen	10
4.2 Moderationsplan	11
4.3 Fotoimpressionen Trainingssetting	20
4.4 Fotodokumentation Gruppenergebnisse der Zurufabfrage.....	21
4.5 Reader Interventionsgruppe	22
4.6 Reader Wartelisten-Kontrollgruppe	25
4.7 Ergebnisse der Gruppenarbeit Interventionsgruppe	29
4.8 Ergebnisse der Gruppenarbeit Wartelisten-Kontrollgruppe	32
4.9 PowerPoint Foliensatz mit Notizen.....	34
Quellen	61

Anhang G: Trainingsmanual

Teil 1: Theoretischer Rahmen

Der theoretische Rahmen des Prioritätendurchsetzungstrainings RESIST umfasst die Konzeption, die Ziele sowie den theoretischen Hintergrund zum Training.

1 Konzeptioneller Rahmen des Trainings

Das Prioritätendurchsetzungstraining ist eingebettet in das sogenannte 4MAT-Modell der Trainingskonzeption (O'Neill-Blackwell, 2012). Dieses beruht auf vier Trainingsphasen, wobei der Trainer in jeder Phase, mittels Rollenwechsel, einen anderen Lernaspekt beim Trainee anspricht. Die Phasen können, müssen jedoch nicht chronologisch während des Trainings ablaufen (siehe Abbildung 1). Oftmals kommt es zu Schleifen und Vermischungen. Hierdurch soll eine erfolgreiche und nachhaltige Trainingswirkung erzielt werden. Im Folgenden werden die vier Phasen detailliert beschrieben.¹

Trainingsphase: Engage – Warum soll ich das lernen?

Diese erste Phase spricht den WARUM-Lernaspekt der Trainees an. Dem Trainee soll verdeutlicht werden, aus welchem Grund das Trainingsthema für ihn relevant ist, mit dem Ziel, durch Relevanz das Interesse und die Aufmerksamkeit für das Trainingsthema zu wecken. Hierbei agiert der Trainer in der Rolle des Unterstützers. Es wird kein neues Wissen vermittelt, sondern der Trainer unterstützt den Trainee dabei, eine relevante Verbindung zwischen individuellen Vorerfahrungen bzw. -wissen und dem Trainingsthema aufzubauen. Hierbei leiten den Trainer zwei Grundüberzeugungen: Erstens, die relevante Verbindung (das Wissen) muss und darf nicht vermittelt werden, sondern ist bereits im Raum (sokratische Methode). Vielmehr unterstützt der Trainer mittels anregender Fragetechniken zur Selbstreflexion und Aktivierung von relevantem Vorwissen/Vorerfahrungen sowie einer wertschätzenden und angstfreien Trainingsatmosphäre. Die zweite Grundüberzeugung besagt, dass die Fragen im lernförderlichen Dialog wichtiger sind als die entsprechenden Antworten. Demnach soll der Trainer im Sinne eines Moderators distanzwährend dem Trainee Raum geben, selbst assoziative Vorerfahrungen zu generieren.

Trainingsphase: Share – Was ist es genau?

Die zweite Phase widmet sich dem WAS-Lernaspekt der Trainees. Dem Trainee soll auf einfache und nachvollziehbare Weise der Inhalt des Trainingsthemas vermittelt werden, sodass er den Inhalt des Trainingsthemas erfasst. Der Trainer fungiert in der Rolle des Präsentators mit dem Anspruch, die Inhalte und die damit verknüpften Lernziele effektiv mittels eines multimodalen Methodeneinsatzes (Vortrag, Videos, PowerPoint, Mindmaps) zu organisieren und zu präsentieren. Hierbei beachtet er den visuellen und verbalen Wissensaufnahmekanal und die geringe Aufmerksamkeitsspanne unseres Arbeitsgedächtnisses. Die Inhalte werden gebündelt und strukturiert präsentiert mithilfe von mentalen und realen Animationen, welche sich positiv auf die Aufmerksamkeit des Trainees auswirken. Dem Trainee wird



¹ Alle Inhalte dieses Kapitels beruhen auf der Literaturquelle O'Neill-Blackwell (2012).

Anhang G: Trainingsmanual

durch diese planvolle Konzeption ermöglicht, den Inhalt detailliert und in Gesamtzusammenhängen zu erfassen und zu durchdringen.

Trainingsphase: Practice – Wie kann das angewendet werden?

Motiviert und ausgestattet mit Wissen, soll der Trainee in der dritten Phase des Trainings befähigt werden, die gelernten theoretischen Inhalte des Trainingsthemas praktisch einzuüben. Demnach wird der WIE-Lernaspekt des Trainees stimuliert. Der Trainer agiert in der Rolle des Coaches. Er nimmt sich selbst zurück und unterstützt, analog zur ersten Trainingsphase, den Trainee dabei, selbst Fertigkeiten einzuüben und individuelle Umsetzungsfragen zu generieren sowie Antworten auszutesten. Hierbei können Rollenspiele, Einzel- und Gruppenarbeiten, Arbeitsblätter u. ä. zum Einsatz kommen.

Trainingsphase: Perform – Was mache ich, wenn ...?

Die letzte Trainingsphase soll den Trainee befähigen, das Erlernte im individuell unterschiedlichen Alltag auch gegen Widrigkeiten durchzusetzen, indem er Barrieren antizipiert und individuell passende Handlungsstrategien generiert. Somit wird der Was-ist-wenn-Lernaspekt beim Trainee angesprochen. Dem Trainer obliegt die Rolle des unterstützenden Gutachters. Er trägt dafür Sorge, dass der Trainee befähigt wird, sein Handeln selbst zu evaluieren und zu bewerten, um mittels Handlungsstrategien seine Ziele auch gegen Widrigkeiten erfolgreich durchzusetzen. Der Trainer kann dem Trainee hierzu Gütekriterien aufzeigen oder ihn unterstützen, eigene Bewertungsmaße zu definieren. Zudem empfiehlt es sich, den Trainee anzuhalten, sich antizipierte Barrieren und Ressourcen bewusst zu machen und mittels konkreter Planung Widrigkeiten zu überwinden. Außerdem sollten Feedbackmechanismen und -bereitschaft gefördert werden, um die Nachhaltigkeit des Trainingserfolges zu sichern. Weitere Maßnahmen zur Verfestigung des Trainingserfolges können Erinnerungsnachrichten, Traineepartnerschaften, On-the-job-Unterstützungsteams oder die Inaussichtstellung von Belohnungspreisen sein.

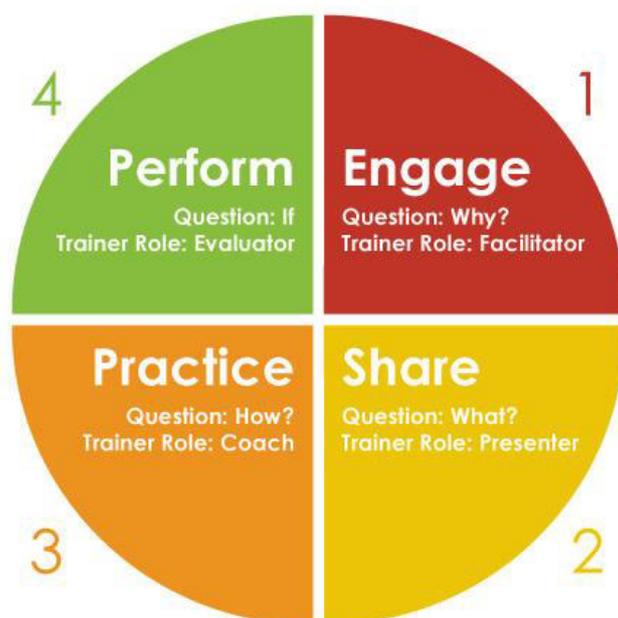


Abbildung 1: Die vier Phasen des 4MAT-Modells.

Anhang G: Trainingsmanual

2 Ziele und theoretischer Hintergrund des Trainings

Das Prioritätendurchsetzungstraining RESIST verfolgt zwei Arten von Zielen. Zum einen sollen die teilnehmenden Pflegekräfte durch das Training persönliche Entwicklungsziele erreichen. Diese beinhalten die Stärkung von Selbstkontrollkraft, Selbstwirksamkeitserwartung, die Verbesserung der Sicherheit über die eigene Entscheidung und über die Zustimmung der Kollegen (ausführliche Erläuterungen zu den Konstrukten sind der zugrunde gelegten Masterarbeit zu entnehmen). Zum anderen verfolgt das Training inhaltlich spezifische Lernziele. Beide Zielarten und deren Details werden im Folgenden vorgestellt.

2.1 Entwicklungsziele

Wichtigkeitsinduktion scheint den Effekt von Selbstkontrollanforderungen auf die Ich-Erschöpfung abzuschwächen und somit Selbstkontrollkraft zu stärken (Muraven & Slessareva, 2003). Zu diesem Zweck soll im Training vermehrt die Wichtigkeit der Prioritätensetzung und -durchsetzung betont werden. Darüber hinaus konnten Webb und Sheeran (2003) zeigen, dass eine konkrete Vorab-Handlungsplanung mithilfe von Wenn-dann-Plänen die Selbstkontrollkraft und den Durchsetzungserfolg erhöhen. Des Weiteren soll die Selbstwirksamkeitserwartung der teilnehmenden Pflegekräfte mittels der Quellen verbale Ermutigung, erfolgreiche Ausführung und stellvertretende Erfahrung gestärkt werden (Bandura, 1977). Hierzu sollen die teilnehmenden Pflegekräfte in ihrer Prioritätensetzungskompetenz verbal vom Trainer bestärkt werden, ihre Durchsetzungskompetenz im Rollenspiel üben und hierbei eine positive Erfahrung machen sowie die Möglichkeit haben, durch Gruppendiskussionen Erfahrungen von Kollegen zu teilen. Die wiederholte und wertschätzende Bestärkung in der Prioritätensetzungskompetenz soll zusätzlich die Sicherheit über die eigene Entscheidung und über die Zustimmung der Kollegen stärken. Im Gegensatz zur verbalen Ermutigung soll hierbei auf die Zugehörigkeit zur Berufsgruppe, der absolvierten Ausbildung und Berufserfahrung aufmerksam gemacht werden.

2.2 Lernziel 1: Bewusstsein und Akzeptanz für die Durchsetzungsschwäche schaffen

Geplante Vorhaben nicht in die Tat umzusetzen ist eine Schwäche, die alle Menschen kennen. Schwächen sind, im Gegensatz zu Stärken, normalerweise nichts, auf was wir stolz sind. Besonders im Klinikalltag scheinen Fehler oder andere Schwächen oftmals ein Tabuthema zu sein. Daher empfiehlt es sich, in den Anfängen des Trainings zuerst ein umfassendes Bewusstsein und eine Akzeptanz für die Durchsetzungsschwäche zu schaffen, sodass die teilnehmenden Pflegekräfte offen für weiterführendes Wissen und Bewältigungsstrategien werden. Hierzu eignen sich Praxisbeispiele und/oder die Diskussion von Erfahrungsberichten der Teilnehmer.

Analog zu den Ausführungen der vorangehenden 4MAT-Konzeption (O'Neill-Blackwell, 2012) ist dieses Lernziel überwiegend in Engage-Phasen verortet, da Bewusstsein und Akzeptanz im Einklang mit Selbstreflexion, einer wertschätzenden und angstfreien Trainingsatmosphäre und Vorwissens-/Vorerfahrungsaktivierung

Anhang G: Trainingsmanual

stehen. Teilweise wird das Lernziel auch in der Share-Phase verortet, da Wissen über die dahinterstehenden psychologischen und soziologischen Mechanismen förderlich für die Akzeptanz der Durchsetzungsschwäche sein können.

2.3 Lernziel 2: Wissen/Fertigkeiten zur Prioritätensetzung, -durchsetzung und Durchsetzungsschwäche vermitteln

Pflegekräfte setzen während ihres Arbeitstages vielfach Prioritäten. Bucknall (2000) berichtet, dass nach seinen Beobachtungen Intensivpflegekräfte alle 30 Sekunden eine Interventions-, Kommunikations- oder Evaluationsentscheidung bezüglich ihrer Tätigkeiten treffen. Pflegerische Prioritätensetzung beinhaltet eine Bewertung der anfallenden Tätigkeiten und Bedürfnisse hinsichtlich Wichtigkeit und/oder Dringlichkeit sowie eine Rangfolgenerstellung (zeitliche Priorisierung) (Hendry & Walker, 2004).

Das soziologische Konzept der Rollenerwartungen und die damit verbundenen Aufgabentypen bieten die Möglichkeit, Tätigkeiten nach Wichtigkeit zu kategorisieren. Nach Dahrendorf (1958) stellt jeder Beruf spezifische Rollenerwartungen an die Ausführenden. Diese Rollenerwartungen definieren über Konsequenzen der Erfüllung und Nicht-Erfüllung deren Verbindlichkeit. Übertragen auf das Berufsfeld der Pflegekräfte, ermöglicht diese für ihr deterministisches Menschenbild vielfach kritisierte Theorie eine simple Kategorisierung und Bewertung von Tätigkeiten in MUSS-, SOLL-, KANN-Aufgaben. MUSS-Aufgaben sind Aufgaben, für deren Erfüllung wir kein Lob erhalten, die Nicht-Erfüllung jedoch ernsthafte Konsequenzen beinhaltet. SOLL-Aufgaben produzieren Freude des Auftraggebers bei Erfüllung, die Nicht-Erfüllung wird als negativ betrachtet, jedoch weniger stark als bei den MUSS-Aufgaben. Die KANN-Aufgaben umfassen Tätigkeiten, welche von niemandem erwartet werden, daher führen sie bei Erfüllung zu starkem Lob und bei Nicht-Erfüllung zu keinerlei Konsequenzen. Im Pflegekontext bietet es sich an, die zusätzliche Kategorie MÜSSTE-Aufgaben einzuführen. Diese kann zwischen MUSS- und SOLL-Aufgaben verortet werden. Für die Erfüllung von MÜSSTE-Aufgaben erhalten wir kein Lob, ihre Nicht-Erfüllung hat jedoch weniger starke Konsequenzen, v. a. wenn die Nicht-Erfüllung erklärt werden kann. Unter diese Kategorie fallen besonders diejenigen Tätigkeiten, welche bei großer Arbeitsmenge und Zeitdruck liegen bleiben bzw. hintangestellt werden müssen und potentiell nicht ausgeführt werden (z. B. die Durchführung eines Verbandswechsels).

Dringlichkeit ist die zweite Bewertungskategorie zur Erstellung einer zeitlichen Tätigkeitsabfolge. Im Klinikalltag der deutschen Notaufnahmen ist das Kategorisierungssystem der Triage nahezu flächendeckend bekannt (Krey, 2015; Parenti, Bacchi Reggiani, Iannone, Percudani, & Dowding, 2014). Hierbei wird das maximale Zeitfenster vom Eintreffen des Verletzten bis zum ersten Arztkontakt von einer Pflegekraft mittels Algorithmen in fünf Kategorien unterteilt: 1. SOFORT (0 min), 2. SEHR DRINGEND (< 10 min), 3. DRINGEND (30 min), 4. NORMAL (90 min), 5. NICHT DRINGEND (120 min). Im privaten und beruflichen Alltag können vielfach drei

Anhang G: Trainingsmanual

Kategorien beobachtet werden: Jetzt gleich, später, irgendwann.

Werden die beiden Kategorisierungssysteme kombiniert, kann ähnlich wie bei der Zeitmanagement-Methode des Eisenhowerprinzips (Covey, Merrill, & Merrill, 2003) eine Maßnahmenmatrix abgeleitet werden (siehe Kapitel 4.9, Folie 12). Demnach werden für jede mögliche Kombination aus Wichtigkeits- (MUSS/MÜSSTE/SOLL/KANN) und Dringlichkeits-Komponente (Jetzt gleich, später, irgendwann) spezifische Maßnahmen definiert, z. B. die Tätigkeit selbst durchzuführen, zu delegieren oder nicht zu erledigen. Das so generierte Maßnahmen-Modell kann als praxisnaher Orientierungsrahmen zur Prioritätensetzung genutzt werden.

Angewandt auf die Durchsetzungsschwäche, bietet das vorgestellte Modell eine Erklärungshilfe für die teilnehmenden Pflegekräfte. Oftmals bedeutet Prioritäten zu setzen, sich für eine Tätigkeit und damit auch gegen andere angefragte Tätigkeiten zu entscheiden. In der Praxis lassen sich auf diese Enttäuschung und Zurückweisung beim Auftraggeber (Patient, Angehörige, Kollegen etc.) verschiedenste Reaktionen beobachten: Akzeptieren, Bedrohen oder Bitten. Manche Auftraggeber versuchen, durch Dramatisieren der negativen Konsequenzen bei Nicht-Erfüllung oder durch Verstärkung der positiven Konsequenzen bei Erfüllung ihren Rang im Wichtigkeitssystem der Pflegekraft zu verbessern.

Die dargelegten Wissensinhalte sind teils in Share- und in Practice-Phasen des Trainings verortet. Hierdurch wird den teilnehmenden Pflegekräften zum einen theoretisches Wissen vermittelt. Zum anderen können sie, zur Generierung eines nachhaltigen Trainingserfolges, das Wissen unmittelbar üben. Obwohl einige Schlussfolgerungen, wie bspw. das Maßnahmen-Modell, nicht wissenschaftlich fundiert sind, empfiehlt sich die dargestellte Argumentationsstruktur aus zwei Gründen: Erstens müssen nach dem 4MAT-Konzept (O'Neill-Blackwell, 2012) die theoretischen Inhalte zielgruppenspezifisch und angepasst an die entsprechende Lebenswirklichkeit der teilnehmenden Pflegekräfte präsentiert werden, damit sie einen nachhaltigen Zugang erlangen. Zweitens beschränkt die Neuheit des Trainingskonzepts und der adressierten Inhalte den Rückgriff auf etablierte Theorien und Konzepte im pflegerischen Arbeitskontext, sodass die Anwendbarkeit im Vordergrund steht.

2.4 Lernziel 3: Wissen über Bewältigungsstrategien

Aufbauend auf dem Maßnahmen-Modell und den eingeführten theoretischen Konzepten, soll den teilnehmenden Pflegekräften vermittelt werden, dass eine Bewältigungsstrategie zum Umgang mit eklatanten nachrangigen Forderungen die genaue Analyse der Situation ist. Nur so lassen sich etwaige Dramatisierungen identifizieren und eine qualifizierte Entscheidung treffen. Darüber hinaus gelten Wenn-dann-Pläne als erfolgreiches Instrument, um Durchsetzungsschwächen zu vermeiden (Bieleke, Legrand, Mignon, & Gollwitzer, 2017; Gollwitzer, 1992; Gollwitzer & Sheeran, 2006). Den teilnehmenden Pflegekräften sollen, angepasst an ihre Lebenswirklichkeit, Wenn-dann-Pläne vorgestellt werden. Ein geeignetes Beispiel für einen Wenn-dann-Plan wäre:

Anhang G: Trainingsmanual

WENN ich gerade auf dem Weg bin, nach einem kritischen Patienten zu sehen, und ein Angehöriger mich auf dem Flur abpasst und eklatant einfordert, ein Mittagessen aufzuwärmen, DANN teile ich ihm höflich mit, dass ich seinen Wunsch verstehe. DANN erkläre ich ihm, warum ich selbst keine Zeit habe. DANN biete ich ihm/ihr an, dass er/sie entweder im Zimmer auf mich warten kann oder zum Dienstzimmer gehen kann und eine/-n andere/-n Kollegen/-in um Unterstützung bitten kann. Ich warte seine/ihre Entscheidung ab und lasse mich nicht beirren, nach dem kritischen Patienten zu sehen.

Die Wissensinhalte sind in Share-Phasen des 4MAT-Konzepts eingebaut.

2.5 Lernziel 4: Einüben und nachhaltiges Verfestigen der Bewältigungsstrategien

Das vierte Lernziel baut inhaltlich auf den vorhergehenden Lernzielen auf und fokussiert die nachhaltige Verfestigung der erlernten Bewältigungsstrategien. Aus diesem Grund ist dieses Lernziel in den Practice- und Perform-Phasen der Trainings eingeordnet. Die teilnehmenden Pflegekräfte sollen mögliche Barrieren antizipieren und selbst Handlungsoptionen generieren, sodass sie dazu befähigt werden, ihre Prioritäten auch gegen Widerstände (eklatante Forderungen) durchzusetzen. Hierzu dienen Rollenspiele, Einzelarbeit und Gruppendiskussionen.

Anhang G: Trainingsmanual

Teil 2: Praktischer Rahmen

Das Prioritätendurchsetzungstraining RESIST wurde von der Verfasserin acht Mal mit insgesamt zwei verschiedenen Pflgeteams zeitversetzt durchgeführt. Zudem wurden zwei virtuelle Versionen für diejenigen Teilnehmer erstellt, welche am Präsenztraining aus verschiedensten Gründen nicht teilnehmen konnten. Besonders im Krankenhausbetrieb sind kurzfristige Dienstplanänderungen, Absagen von Trainingsterminen u. ä. übliche Widrigkeiten, auf die sich ein Trainer einstellen muss und adäquate Alternativen anbieten sollte. Die praktischen Rahmenbedingungen, die Planung, die produzierten Gruppenergebnisse sowie der PowerPoint-Foliensatz werden im Folgenden detailliert dargestellt.

3 Trainingssetting

Das Training soll in einer angenehmen Atmosphäre stattfinden. Hierzu zählen auch räumliche Aspekte. Es empfiehlt sich, einen zentralen Trainingsraum zu buchen, um den Anreiseaufwand für die teilnehmenden Pflegekräfte gering zu halten. Der Raum sollte über einen Beamer, eine Leinwand, eine Flipchart und zwei Metaplanwände verfügen. Optional können anstatt Flipchart und Metaplanwänden auch die Raumwände mit Plakaten und Klebeband beklebt werden. Die Bestuhlung sollte, um eine vertraute und offene Atmosphäre zu schaffen, ein Stuhlkreis oder eine Inselbestuhlung sein.

4 Trainingsdurchführung

Im Folgenden wird dem Leser ein detaillierter Einblick in die Durchführung des Prioritätendurchsetzungstrainings RESIST ermöglicht. Neben weiteren allgemeinen Rahmenbedingungen werden der Moderationsplan, der PowerPoint-Foliensatz und zahlreiche Fotodokumente präsentiert.

4.1 Rahmenbedingungen

Um die Teilnahmebereitschaft zu erhöhen, sollte das Training auf freiwilliger Basis angeboten und im Vorfeld entsprechend beworben werden. Die Gruppengröße sollte zwischen sechs und zehn Personen liegen, um eine vertraute Atmosphäre zu gewährleisten. Die Trainingsuhrzeit sollte an die Dienstzeiten der Zielgruppe angepasst werden, bspw. nach einem Frühdienst. Die Trainingsdauer sollte, um weitere Anreize zu geben und Wertschätzung auszudrücken, als Arbeitszeit vergütet werden. Die durchgeführten Trainings dauerten 90 Minuten. Eine Ausdehnung auf 120–150 Minuten wird von der Verfasserin empfohlen. So können die Inhalte intensiver diskutiert und elaboriert werden. Das Training sollte nur von Trainern durchgeführt werden, die Erfahrung mit der Zielgruppe und in der Durchführung von Entwicklungs- und Teamtrainings haben. Train-the-trainer-Coachings können bei der Verfasserin angefragt werden (siehe Kontaktdaten Deckblatt).

Anhang G: Trainingsmanual

4.2 Moderationsplan

Die folgenden Seiten enthalten den Moderationsplan zu den durchgeführten Trainings. Hierbei ist zu beachten, dass es insgesamt vier Trainingsversionen gab: zwei Präsenztrainings und zwei virtuelle Trainings. Jedes der zwei Pflgeteams erhielt ein Präsenztraining und ein virtuelles Training. Die Pflgeteams wurden im Rahmen des wissenschaftlichen Forschungshintergrundes in zwei Gruppen unterteilt: die Interventionsgruppe (IG) und die Wartelisten-Kontrollgruppe (WG). Die Unterschiede zwischen den Trainingsversionen und -gruppen sind im Moderationsplan ausgewiesen und begründet im Forschungskonzept der Masterarbeit sowie Resultat von betriebswirtschaftlichen Restriktionen (Details hierzu können der zugrunde gelegten Masterarbeit entnommen werden). PowerPoint-Folien und weitere Materialien, auf welche im Moderationsplan verwiesen werden, sind in den nachstehenden Kapiteln zu finden. Es ist zu beachten, dass die Notizen im PowerPoint-Foliensatz ausschließlich der Orientierung dienen sollen und dem entsprechenden Teilnehmerkreis angepasst werden müssen. Zur Wahrung der Anonymität der Teilnehmer und des Untersuchungskrankenhauses kann die DVD für das virtuelle Training nicht beigelegt werden. Zusätzlich wurden im Folgenden kritische Stellen mit einem solchen Balken verdeckt  .



Moderationsplan

Training: Prioritätendurchsetzungstraining RESIST

- Präsenztraining und virtuelles Training

12

Von Angelika Miller

im Rahmen der Masterarbeit *Ist Prioritätendurchsetzung trainierbar? – Eine Mehrebenenanalyse im pflegerischen Arbeitskontext*

Psychologisches Institut der Universität Heidelberg, Fachbereich Arbeits- und Organisationspsychologie

Zielgruppe: Pflegekräfte im deutschen Krankensektor

Trainer: Angelika Miller

Hinweis: Dieser Ablaufplan baut auf dem Trainingsmanual des Verfassers auf, worin Hintergründe und Vorgehen zu finden sind.

Anhang G: Trainingsmanual

Moderationsplan: Prioritätendurchsetzungstraining RESIST 2

Zeit/ Dauer	4MAT Phase	Element/Thema	Beschreibung/ ggf. Gruppenunterschiede im Training (IG/WG)	Ziele	Methode	Materialien	Anpassungen im Vergleich zum virtuellen Training (DVD)
~ 30		Vorbereitung	<ul style="list-style-type: none"> Moderationsmaterialien/-equipment und Teilnehmerunterlagen vorbereiten Trainingsraum kontrollieren/vorbereiten 	Trainingsablauf sicherstellen			
5/5	Engage	1. Intro	<ul style="list-style-type: none"> Begrüßung Rahmenbedingungen skizzieren Organisatorische Informationen mitteilen Offene Fragen klären 	Angenehme Trainingsatmosphäre schaffen Organisatorische Punkte und offene Fragen sind geklärt	<ul style="list-style-type: none"> Vortrag 	<ul style="list-style-type: none"> Laptop Beamer PPP, F. 1 Süßigkeiten Getränke TN-Liste 	<ul style="list-style-type: none"> Süßigkeiten der DVD beigelegt Zeigen von Fotoimpressionen der stattgefunden Trainings (siehe Kapitel 4.3 im Trainingsmanual)
5/10		2. Themen-einführung	<ul style="list-style-type: none"> Lernziele des Trainings - Ziel 1: <i>Bewusstsein und Akzeptanz für die Dursetzungsschwäche schaffen</i> - Ziel 2: <i>Wissen/Fertigkeiten zur Prioritätensetzung/-durchsetzung und Durchsetzungsschwäche vermitteln</i> - Ziel 3: <i>Wissen über Bewältigungsstrategien</i> - Ziel 4: <i>Einüben und nachhaltiges Verfestigen der Bewältigungsstrategien</i> Definition Prioritätensetzen/-durchsetzen - <i>Praxisbeispiel</i> - <i>Bestärken in Entscheidungskompetenz</i> - <i>Relevanz der Thematik Prioritätensetzung /-durchsetzung betonen</i> - <i>Vorwissen/Vorerfahrung abfragen</i> Lernziel: - Ziel 1: <i>Bewusstsein und Akzeptanz für die Dursetzungsschwäche schaffen</i> 	verbale Ermutigung Wichtigkeitsinduktion Sicherheit über die eigenen Entscheidung und die der Anderen stärken Selbstreflexion persönliche Relevanz wertschätzende und angstfreie Trainingsatmosphäre schaffen Interesse auf die Inhalte wecken Vorwissen /Vorerfahrung aktivieren	<ul style="list-style-type: none"> Vortrag Gruppen-diskussion 	<ul style="list-style-type: none"> Laptop Beamer PPP F. 2-5 	<ul style="list-style-type: none"> Gruppendiskussion nicht möglich, Fragen werden direkt an Zuhörer adressiert

Texthinweise: Zeitangaben in Minuten, IG= Interventionsgruppe, WG=Wartelisten-Kontrollgruppe, TN=Teilnehmer, PPP= Powerpoint-Präsentation, Foliennummer = F.;
Darstellungshinweise: Einzelne Entwicklungsziele wurden farblich markiert:

Grünmarkierte Ziele sollen die Selbstwirksamkeitserwartung fördern

Gelbmarkierte Ziele sollen die Selbstkontrollkraft fördern

Rosémarkierte Ziele sollen die Sicherheit über die eigene Entscheidung und die Sicherheit über die Zustimmung der Kollegen fördern

Anhang G: Trainingsmanual

Moderationsplan: Prioritätendurchsetzungstraining RESIST 3

Zeit/ Dauer	4MAT Phase	Element/Thema	Beschreibung/ ggf. Gruppenunterschiede im Training (IG/WG)	Ziele	Methode	Materialien	Anpassungen im Vergleich zum virtuellen Training (DVD)
5/15	Engage	3. Prioritäten- setzen und -durchsetzen im Klinikalltag	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Herausforderungen der Prioritätensetzung/-durchsetzung im Klinikalltag ▪ Lernziel: - Ziel 1: <i>Bewusstsein und Akzeptanz für die Durchsetzungsschwäche schaffen</i> 	<ul style="list-style-type: none"> stellvertretende Erfahrung Selbstreflexion wertschätzende und angstfreie Trainings- atmosphäre schaffen Vorwissen /Vorerfahrung aktivieren 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuruf- abfrage 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laptop ▪ Beamer ▪ PPP F. 6 ▪ Flipchart ▪ Marker 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zurufabfrage nicht möglich, Fragen direkt an Zuhörer adressieren ▪ Ergebnisse der Gruppen präsentieren (siehe Kapitel 4.4 im Trainingsmanual)
5/20	Share	4. Rollen- erwartungen und Aufgaben- typen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faktor Mensch ▪ Entscheiden = Enttäuschen ▪ Umgehen mit Enttäuschung - Bestärken in Entscheidungskompetenz - Relevanz der Prioritätensetzung /-durchsetzung betonen ▪ Konzept der Rollenerwartung (Dahrendorf, 1958) ▪ MUSS/MÜSSTE/SOLL/KANN-Aufgaben ▪ Lernziele: - Ziel 1: <i>Bewusstsein und Akzeptanz für die Durchsetzungsschwäche schaffen</i> - Ziel 2: <i>Wissen/Fertigkeiten zur Prioritätensetzung / -durchsetzung und Durchsetzungsschwäche vermitteln</i> 	<ul style="list-style-type: none"> verbale Ermutigung Wichtigkeitsinduktion Sicherheit über die eigenen Entscheidung und die der Anderen stärken Selbstreflexion Wissen der TN über Herausforderungen bei der Prioritätensetzung und -durchsetzung Wissen der TN über Rollenerwartungen und dazugehörige Aufgabentypen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vortrag 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laptop ▪ Beamer ▪ PPP F. 7-9 	keine Anpassungen

Texthinweise: Zeitangaben in Minuten, IG= Interventionsgruppe, WG=Wartelisten-Kontrollgruppe, TN=Teilnehmer, PPP= Powerpoint-Präsentation, Foliennummer = F.;

Darstellungshinweise: Einzelne Entwicklungsziele wurden farblich markiert:

Grünmarkierte Ziele sollen die Selbstwirksamkeitserwartung fördern

Gelbmarkierte Ziele sollen die Selbstkontrollkraft fördern

Rosémarkierte Ziele sollen die Sicherheit über die eigene Entscheidung und die Sicherheit über die Zustimmung der Kollegen fördern

Anhang G: Trainingsmanual

Moderationsplan: Prioritätendurchsetzungstraining RESIST 4

Zeit/ Dauer	4MAT Phase	Element/Thema	Beschreibung/ ggf. Gruppenunterschiede im Training (IG/WG)	Ziele	Methode	Materialien	Anpassungen im Vergleich zum virtuellen Training (DVD)
15/35	Practice	4. Rollen- erwartungen und Aufgaben- typen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anleitung zur Gruppenarbeit: TN üben vorgestelltes Kategorisierungssystem ein. Sie ordnen mithilfe von Klebepunkten Tätigkeiten den Kategorien MUSS/MÜESSTE/SOLL/KANN zu. IG: Die Tätigkeiten sind durch das Prioritätenplakat präsentiert (80 Tätigkeiten eingeteilt in 7 Dringlichkeitskategorien) WG: Kein Prioritätenplakat vorhanden, geeignete Tätigkeiten des IG-Plakats (77 von 80) in Einzeltätigkeiten geschnitten vorliegend. TN ziehen blind 5-7 Tätigkeiten aus dem WG-Pool und bekleben diese (ordnen diese den Aufgabentypen zu) 	<p>verbale Ermutigung stellvertretende Erfahrung</p> <p>Sicherheit über die eigenen Entscheidung und die der Anderen stärken</p> <p>Ausbildung der Fertigkeit, die vier Aufgabentypen berufsrelevanten Tätigkeiten zuzuordnen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Offene Gruppenarbeit (keine Gruppeneinteilung) ▪ Mehr-Punkt-Abfrage 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laptop ▪ Beamer ▪ PPP F. 10 ▪ Prioritätenplakat (IG) ▪ Einzeltätigkeiten (WG) ▪ Klebepunkte (rot, orange, gelb, grün) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ IG: TN hat die Prioritätenliste mit 80 Tätigkeiten vorliegen (Reader IG, siehe Kapitel 4.5 im Trainingsmanual) zusätzlich werden die ersten drei der sieben Dringlichkeitskategorien eingeblendet und TN soll in Einzelarbeit die Tätigkeiten markieren ▪ WG: TN hat ein Arbeitsblatt mit 12 Tätigkeiten (Resttätigkeiten des WG-Pools aus dem Präsenztraining) und soll dort ankreuzen (Reader WG, siehe Kapitel 4.6 im Trainingsmanual).
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lernziele: - Ziel 2: Wissen/Fertigkeiten zur <i>Prioritätensetzung / -durchsetzung und Durchsetzungsschwäche vermitteln</i> 				

Texthinweise: Zeitangaben in Minuten, IG= Interventionsgruppe, WG=Wartelisten-Kontrollgruppe, TN=Teilnehmer, PPP= Powerpoint-Präsentation, Foliennummer = F.;
Darstellungshinweise: Einzelne Entwicklungsziele wurden farblich markiert:

Grünmarkierte Ziele sollen die Selbstwirksamkeitserwartung fördern

Gelbmarkierte Ziele sollen die Selbstkontrollkraft fördern

Rosémarkierte Ziele sollen die Sicherheit über die eigene Entscheidung und die Sicherheit über die Zustimmung der Kollegen fördern

Anhang G: Trainingsmanual

Moderationsplan: Prioritätendurchsetzungstraining RESIST 5

Zeit/ Dauer	4MAT Phase	Element/Thema	Beschreibung/ ggf. Gruppenunterschiede im Training (IG/WG)	Ziele	Methode	Materialien	Anpassungen im Vergleich zum virtuellen Training (DVD)
10/45	Practice	5. Dringlichkeitskategorien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dringlichkeitskategorien = Ordnungssystem zur Prioritätensetzung - <i>Triagesystem der Notaufnahme (Parenti, Bacchi, Reggiani Iannone, Percudani, & Dowding, 2014)</i> - <i>Vereinfachung im Alltag</i> ▪ Anleitung zur Gruppenarbeit: IG: Bitte überprüft das Prioritätenplakat auf Plausibilität der vorhandenen Dringlichkeitskategorien WG: Bitte ordnet die gerade beklebten Tätigkeiten den Dringlichkeitskategorien zu (anpinnen an Metaplantafel/Wand) ▪ Lernziele: - <i>Ziel 2: Wissen/Fertigkeiten zur Prioritätensetzung/ -durchsetzung und Durchsetzungsschwäche vermitteln</i> 	<ul style="list-style-type: none"> verbale Ermutigung stellvertretende Erfahrung Sicherheit über die eigenen Entscheidung und die der Anderen stärken Ausbildung der Fertigkeit, berufsrelevante Tätigkeiten nach Dringlichkeit zu bewerten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gruppendiskussion 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laptop ▪ Beamer ▪ PPP F. 11 ▪ Prioritätenplakat (IG) ▪ Einzeltätigkeiten (WG) ▪ Klebestreifen/Pin ▪ Kategorienschilder (WG) ▪ Metaplantafel (WG) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ IG: TN wird das Prioritätenplakat mit den geklebten Punkten der Gruppen präsentiert. TN soll Plausibilität prüfen (siehe Kapitel 4.7 im Trainingsmanual) ▪ WG: TN hat ein Aufgabenblatt mit 12 Tätigkeiten (Rest des WG-Pool aus dem Präsenztraining) und soll dort ankreuzen (Reader WG, siehe Kapitel 4.6 im Trainingsmanual). Danach werden Gruppenergebnisse präsentiert (siehe Kapitel 4.8 im Trainingsmanual)
5/50			Share	6. Das Maßnahmenmodell	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kombination des Modells der Rollenerwartung und des Alltagsdringlichkeitssystem - <i>Orientierungsrahmen zum Prioritätensetzen</i> - <i>Alltagsrelevanz</i> - <i>Eisenhower-Methode (Covey, Merrill, & Merrill, 2003)</i> ▪ Lernziele: - <i>Ziel 2: Wissen/Fertigkeiten zur Prioritätensetzung/ -durchsetzung und Durchsetzungsschwäche vermitteln</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Sicherheit über die eigenen Entscheidung und die der Anderen stärken Selbstreflexion Wissen der TN über das Modell und Anwendung als Orientierungsrahmen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vortrag ▪ Gruppendiskussion	▪ Laptop ▪ Beamer ▪ PPP F. 12	▪ Gruppendiskussion nicht möglich, Fragen direkt an Zuhörer adressieren

Texthinweise: Zeitangaben in Minuten, IG= Interventionsgruppe, WG=Wartelisten-Kontrollgruppe, TN=Teilnehmer, PPP= Powerpoint-Präsentation, Foliennummer = F.;
Darstellungshinweise: Einzelne Entwicklungsziele wurden farblich markiert:

Grünmarkierte Ziele sollen die Selbstwirksamkeitserwartung fördern

Gelbmarkierte Ziele sollen die Selbstkontrollkraft fördern

Rosémarkierte Ziele sollen die Sicherheit über die eigene Entscheidung und die Sicherheit über die Zustimmung der Kollegen fördern

Anhang G: Trainingsmanual

Moderationsplan: Prioritätendurchsetzungstraining RESIST 6

Zeit/ Dauer	4MAT Phase	Element/Thema	Beschreibung/ ggf. Gruppenunterschiede im Training (IG/WG)	Ziele	Methode	Materialien	Anpassungen im Vergleich zum virtuellen Training (DVD)
5/55	Share	7. Enttäuschungen und Zerreißprobe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eigene Emotionen -> Gefühl der Zerreißprobe ▪ Anwendung des Maßnahmen Modell - Funktion eklatanter Forderungen (Dramatisierungen) ▪ Entstehung der Durchsetzungsschwäche ▪ Bewältigung der Durchsetzungsschwäche - Dramatisierung erkennen - Einzelfälle prüfen - standhaft Prioritäten durchsetzen ▪ Lernziele: - Ziel 2: Wissen/Fertigkeiten zur Prioritätensetzung -durchsetzung und Durchsetzungsschwäche vermitteln - Ziel 3: Wissen über Bewältigungsstrategien 	Selbstreflexion Wissen der TN über die Dursetzungsschwäche, die Wirkung eklatanter Forderungen und Lösungsoptionen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vortrag ▪ Gruppendiskussion 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laptop ▪ Beamer ▪ PPP F. 13-16 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gruppendiskussion nicht möglich, Fragen direkt an Zuhörer adressieren
5/60	Engage	8. Durchsetzungsschwäche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dursetzungsschwäche im Alltag - Neujahresvorstze ▪ Durchsetzungsschwäche im Klinikalltag ▪ Lernziele: - Ziel 1: Bewusstsein und Akzeptanz für die Dursetzungsschwäche schaffen 	Selbstreflexion persönliche Relevanz wertschätzende und angstfreie Trainingsatmosphäre schaffen Interesse auf die Inhalte wecken	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vortrag 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laptop ▪ Beamer ▪ PPP F. 17-19 	keine Anpassungen

17

Texthinweise: Zeitangaben in Minuten, IG= Interventionsgruppe, WG=Wartelisten-Kontrollgruppe, TN=Teilnehmer, PPP= Powerpoint-Präsentation, Foliennummer = F.;
Darstellungshinweise: Einzelne Entwicklungsziele wurden farblich markiert:

- Grünmarkierte Ziele sollen die Selbstwirksamkeitserwartung fördern
- Gelbmarkierte Ziele sollen die Selbstkontrollkraft fördern
- Rosémarkierte Ziele sollen die Sicherheit über die eigene Entscheidung und die Sicherheit über die Zustimmung der Kollegen fördern

Anhang G: Trainingsmanual

Moderationsplan: Prioritätendurchsetzungstraining RESIST 7

Zeit/ Dauer	4MAT Phase	Element/Thema	Beschreibung/ ggf. Gruppenunterschiede im Training (IG/WG)	Ziele	Methode	Materialien	Anpassungen im Vergleich zum virtuellen Training (DVD)
10/70	Share/Perform	9. Wenn-dann-Pläne	<ul style="list-style-type: none"> ▪ spezifische Bewältigungsstrategien ▪ TN auffordern selbst Barrieren zu antizipieren und Bewältigungsstrategien zu generieren ▪ WG: IG Spezifika nicht zeigen (in Folie 20 markiert) ▪ Lernziele: <ul style="list-style-type: none"> - Ziel 3: Wissen über Bewältigungsstrategien - Ziel 4: Einüben und nachhaltiges Verfestigen der Bewältigungsstrategien 	Wenn-Dann-Pläne Wissen über Bewältigungsstrategien zur Überwindung der Durchsetzungsschwäche Stärkung der Fertigkeit selbst konkrete Handlungspläne zu generieren und Barrieren zu antizipieren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vortrag ▪ Gruppendiskussion 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laptop ▪ Beamer ▪ PPP F. 20-21 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gruppendiskussion nicht möglich, Fragen direkt an Zuhörer adressieren
10/80			Practice	9. Wenn-dann-Pläne	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anleitung zur Gruppenübung : Freiwilliger ist die Pflegekraft, alle anderen übernehmen die Rolle eines eklatanten Patienten/Angehörigen/Arzt/Funktionsstelle/Kollege,...) incl. Reflexion ▪ Lernziele: <ul style="list-style-type: none"> - Ziel 4: Einüben und nachhaltiges Verfestigen der Bewältigungsstrategien 	erfolgreiche Ausführung, stellvertretende Erfahrung, verbale Ermutigung Ausbildung der Fertigkeit unter Druck Prioritäten durchzusetzen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rollenspiel	▪ keines	▪ Gruppenübung nicht möglich

Texthinweise: Zeitangaben in Minuten, IG= Interventionsgruppe, WG=Wartelisten-Kontrollgruppe, TN=Teilnehmer, PPP= Powerpoint-Präsentation, Foliennummer = F.;
Darstellungshinweise: Einzelne Entwicklungsziele wurden farblich markiert:

Grünmarkierte Ziele sollen die Selbstwirksamkeitserwartung fördern

Gelbmarkierte Ziele sollen die Selbstkontrollkraft fördern

Rosémarkierte Ziele sollen die Sicherheit über die eigene Entscheidung und die Sicherheit über die Zustimmung der Kollegen fördern

Anhang G: Trainingsmanual

Moderationsplan: Prioritätendurchsetzungstraining RESIST 8

Zeit/ Dauer	4MAT Phase	Element/Thema	Beschreibung/ ggf. Gruppenunterschiede im Training (IG/WG)	Ziele	Methode	Materialien	Anpassungen im Vergleich zum virtuellen Training (DVD)
10/90	Perform	10. Bewältigung der Durchsetzungsschwäche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bewältigung der Durchsetzungsschwäche - Bestärken in Entscheidungskompetenz - Relevanz der Prioritätensetzung /-durchsetzung betonen ▪ Lernziele: - Ziel 4: Einüben und nachhaltiges Verfestigen der Bewältigungsstrategien 	<ul style="list-style-type: none"> verbale Ermutigung Wichtigkeitsinduktion Sicherheit über die eigenen Entscheidung und die der Anderen stärken 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vortrag 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laptop ▪ Beamer ▪ PPP F. 22 	keine Anpassungen
		11. Take Home Message	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relevanz der Thematik ▪ Prioritäten setzen bedeutet: Entscheiden und Enttäuschen, wichtig ist das standhafte Durchsetzen ▪ Umgang mit Unsicherheit ▪ Selbstreflexionsseite im Reader ausfüllen ▪ Lernziele: - Ziel 4: Einüben und nachhaltiges Verfestigen der Bewältigungsstrategien 	<ul style="list-style-type: none"> verbale Ermutigung Wichtigkeitsinduktion Sicherheit über die eigenen Entscheidung und die der Anderen stärken Selbstreflexion persönliche Relevanz Stärkung der Fertigkeit selbst konkrete Handlungspläne zu generieren und Barrieren zu antizipieren 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vortrag ▪ Einzelübung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laptop ▪ Beamer ▪ PPP F. 23-26 ▪ Reader ▪ Kugelschreiber 	keine Anpassungen
~ 10	Abschluss	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Danksagung und Feedback <p><i>Hinweis: Je nach Zeitverfügbarkeit und Bereitschaft der TN schriftliches Feedback anbieten, vorzugsweise mündlich</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Blitzlicht 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Softball 	TN anbieten persönlich oder schriftlich Feedback abzugeben <i>Hinweis: TN später persönlich ansprechen, nach technischen Problemen und Feedback fragen</i>	
~ 20	Nachbereitung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fotodokumentation der Gruppenergebnisse ▪ Moderationsmaterialien und Teilnehmerunterlagen einsammeln ▪ Getränke und Snacks versorgen ▪ Sonstiges 					

Texthinweise: Zeitangaben in Minuten, IG= Interventionsgruppe, WG=Wartelisten-Kontrollgruppe, TN=Teilnehmer, PPP= Powerpoint-Präsentation, Foliennummer = F.;
Darstellungshinweise: Einzelne Entwicklungsziele wurden farblich markiert:

Grünmarkierte Ziele sollen die Selbstwirksamkeitserwartung fördern

Gelbmarkierte Ziele sollen die Selbstkontrollkraft fördern

Rosémarkierte Ziele sollen die Sicherheit über die eigene Entscheidung und die Sicherheit über die Zustimmung der Kollegen fördern

Anhang G: Trainingsmanual

4.3 Fotoimpressionen Trainingssetting



Anhang G: Trainingsmanual

4.4 Fotodokumentation Gruppenergebnisse der Zurufabfrage

Im Folgenden die Ergebnisse der Teilnehmergruppen.

- Arbeitsbelastung
- viele wichtig sachen gleichzeitig
- Aufdringlichkeit von anderen
- Personalmangel

- viele Sachen/Aufgaben
- gleichzeitig
- alles gleich wichtig
- Berufserfahrung
- teilweise Absprache
- Tagesform
- Kooperation/Verständnis Patienten/Ärzt/Angehörigen/Funktionsstellen/andere Stationen

- Tagesform
- viele Anforderungen
- vieles gleich wichtig
- Teamzusammensetzung - Kompetenz zwischenmenschlich
- Personalmangel
- verschiedene Ansichten über Wichtigkeit

- Menge
- Druck
- Zeitmangel / Personalmangel
- wichtig alles
- Kompetenz
- Tagesform / Wohlbefinden
- Verständnis der anderen

- viele Aufgaben gleichzeitig
- alles wichtig
- allein und kann anderen nicht helfen

- Tagesform
- gleichzeitig gleich wichtiges zu bearbeiten
- viele Anforderungen gleichzeitig
- geringe Schichtbesetzung
 - viel
 - keine Alternativen
- fachliche Unsicherheit
- Faktor Mensch

- alles ähnlich wichtig
- Zeitmangel / Notfall viel Arbeit
- Motivation / Gemüt
- Teamzusammensetzung
- Druck von Ärzten
- mangelndes Verständnis
- Teamwork
- zwischenmenschliche Vorlieben / Abneigungen

Anhang G: Trainingsmanual

4.5 Reader Interventionsgruppe

Inhalt:

- PowerPoint-Folien der Präsentation ohne Notizen (siehe Kapitel 4.9)
- Selbstreflexionsaufgabe (1 Seite)

Selbstreflexion



UNIVERSITÄT
HEIDELBERG
ZUKUNFT
SEIT 1386

Das habe ich heute aus dem Workshop mitgenommen:

25

- Prioritätenliste (7 Seiten)

SOFORT

1. Reanimieren
2. Drei Sternealarm beantworten
3. Akute Blutung stillen
(z.B. Viggo ex)
4. Präkollaptischen Patienten ins Bett bringen
5. Erstversorgung gestürzter Patienten
6. Fixierung eines aggressiven Patienten
7. Umherirrenden desorientierten Patienten einfangen
8. Telefon beantworten



Anhang G: Trainingsmanual

120min Nicht Dringend

48. Patient lagern
49. Geplante Inhalation
50. Durchgang machen
51. Pneumonieprophylaxe
52. Medikamente richten
53. Beine wickeln/ ATS anziehen
54. Ausfallmanagement für Besetzungsproblem am nächsten Tag
55. Probleme des Patienten in Ruhe anhören
56. Kontrakturenprophylaxe
57. Transport in die Pathologie
58. Dienstpause
59. Schmutzraum aufräumen



8h Schichtaufgabe

60. Blauen Bogen ausarbeiten & Akte schreiben
61. angeordneter Verbandwechsel
62. Essensunverträglichkeiten/ -allergien erfragen und im PC eingeben
63. Pflegemaßnahmen dokumentieren
64. Pflegebericht schreiben
65. Nicht vorrätige Medis für Patient besorgen
66. PPR eingeben
67. Medikamentennamen von unbekanntem Medis im PC suchen
68. Stationsflur aufräumen (Rollis, Betten,...)
69. Überlastungsanzeige schreiben
70. Zusätzlichen Kaffee anbieten/ bringen
71. Mitarbeiterküche aufräumen



24h Tagesaufgabe

72. Abführende Maßnahmen (Dulco, Klyisma) durchführen
73. Tagesaufgabe erledigen (BTM, Verbandswagen, Apotheke, ZV,)
74. PKMS Kurzeinschätzung
75. Pflegewägen auffüllen
76. Wäscheschränke auffüllen im Patientenzimmer
77. Patientenwasser auffüllen
78. Aufenthaltsraum für Patienten aufräumen
79. Lager aufräumen



Anhang G: Trainingsmanual

- Bei virtueller Teilnahme zusätzlich:
 - Anschreiben

Liebe

Anbei findest Du das Video zum Workshop und ein Handout zum Lesen. Es wäre toll wenn Du Dir das Video ungefähr 3-4 Wochen vor der nächsten Datenerhebung anschaust. Die Terminübersicht findest Du anbei.

Wenn irgendetwas nicht funktioniert kannst Du mich gerne anrufen:
01 [REDACTED]

Natürlich interessiert mich auch wie Du das Video findest, es wäre toll wenn Du mir eine Rückmeldung geben könntest persönlich oder per E-Mail: [REDACTED]

Bitte trag Dir für das Ansehen des Videos 90 min Arbeitszeit ein. Das Video dauert 65 min, jedoch sind auch Elemente enthalten bei denen Du gefragt bist und mitmachen sollst. Daher dauert der Workshop insgesamt etwa 90min.

Vielen Dank, das Du bei meiner Studie mitmachst und mich bei meiner Masterarbeit unterstützt!

Liebe Grüße

4.6 Reader Wartelisten-Kontrollgruppe

Inhalt:

- PowerPoint-Folien der Präsentation ohne Notizen (siehe Kapitel 4.9)
- Selbstreflexionsaufgabe (1 Seite)

Selbstreflexion

Das habe ich heute aus dem Workshop mitgenommen:

25



UNIVERSITÄT
HEIDELBERG
ZIRKEL
SEIT 1386

Anhang G: Trainingsmanual

- Bei virtueller Teilnahme zusätzlich:
 - Anschreiben

Liebe

Anbei findest Du das Video zum Workshop und ein Handout zum Lesen. Es wäre toll wenn Du Dir das Video sobald du Zeit hast anschaust. Die nächste und letzte Datenerhebung soll im Dezember/Januar stattfinden und du solltest das Video ungefähr 3-4 Wochen vor der nächsten Datenerhebung angeschaut haben.

Wenn irgendetwas nicht funktioniert kannst Du mich gerne anrufen:

[REDACTED]

Natürlich interessiert mich auch wie Du das Video findest, es wäre toll wenn Du mir eine Rückmeldung geben könntest persönlich oder per E-Mail [REDACTED].

Bitte trag Dir für das Ansehen des Videos 90 min Arbeitszeit ein. Das Video dauert 65 min, jedoch sind auch Elemente enthalten bei denen Du gefragt bist und mitmachen sollst. Daher dauert der Workshop insgesamt etwa 90min.

Vielen Dank, das Du bei meiner Studie mitmachst und mich bei meiner Masterarbeit unterstützt!

Liebe Grüße

- Arbeitsblatt (2 Seiten)

Anhang G: Trainingsmanual

Wie **wichtig** schätzt Du die Tätigkeit ein, das heißt wie sehr wird von dir erwartet, dass du die Tätigkeit erfüllst?
Es geht **NICHT** um Dringlichkeit!!!

Wenn Du dir unsicher bist kannst Du auch 2 Felder ankreuzen!

Tätigkeit	MUSS	MÜSSTE	SOLL	KANN
Reanimieren				
Lager aufräumen				
Patiententransport zu OP/ HKU/ MRT/ HD				
pflegerische Erstversorgung des Neuzugangs (akute Beschwerden & Klingel erklären)				
Patient lagern				
Ausführliche Einführung des Neuzugangs (Stationsablauf, Teeküche, TV-Anlage)				
Betreuung von Sterbenden und deren Angehörige (Gespräche, anwesend sein)				
Dienstübergabe 6.20 Uhr / 20.00Uhr				
Besucheranfragen beantworten (Dienstzimmerschlange)				
Unterstützung bei der Ausscheidung (Urinflasche/ Bettpfanne/ Badbegleitung)				
Weinenden Patient/ Angehörige trösten				
Teleableitung prüfen & Patient wieder ankabeln				

Erwartung	Erfüllung	Nicht-Erfüllung
MUSS	● ⊙	--
MÜSSTE	● ⊙	-
SOLL	● +	-
KANN	● ++	⊙

27

WICHTIG!

Anhang G: Trainingsmanual

Wie **dringend** schätzt Du die Tätigkeit ein, das heißt wie groß ist das Zeitfenster, indem die Tätigkeit erledigt werden kann? Es geht **NICHT** um Wichtigkeit!!!

Wenn Du dir unsicher bist kannst Du auch 2 Felder ankreuzen!

Tätigkeit	Sofort	< 10min Sehr Dringend	30min Dringend	90min Normal	120min Nicht Dringend	8h Schicht- aufgabe	24h Tages- aufgabe
Reanimieren							
Lager aufräumen							
Patiententransport zu OP/ HKU/ MRT/ HD							
pflegerische Erstversorgung des Neuzugangs (akute Beschwerden & Klingel erklären)							
Patient lagern							
Ausführliche Einführung des Neuzugangs (Stationsablauf, Teeküche, TV-Anlage)							
Betreuung von Sterbenden und deren Angehörige (Gespräche, anwesend sein)							
Dienstübergabe 6.20 Uhr / 20.00Uhr							
Besucheranfragen beantworten (Dienstzimmerschlange)							
Unterstützung bei der Ausscheidung (Urinflasche/ Bettpfanne/ Badbegleitung)							
Weinenden Patient/ Angehörige trösten							
Teleableitung prüfen & Patient wieder ankabeln							

DRINGEND!

Anhang G: Trainingsmanual

4.7 Ergebnisse der Gruppenarbeit Interventionsgruppe

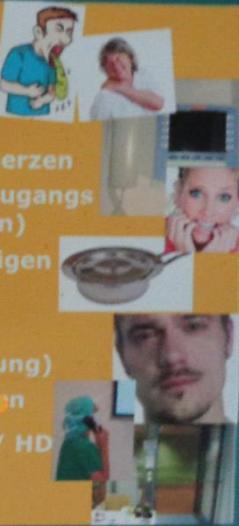
130-0-0-0-0-0-0-0-0

1. Reanimieren
2. Drei Sternealarm beantworten
3. Akute Blutung stillen (z.B. Viggo ex)
4. Präkollaptischen Patienten ins Bett bringen
5. Erstversorgung gestürzter Patienten
6. Fixierung eines aggressiven Patienten
7. Umherirrenden desorientierten Patienten einfangen
8. Telefon beantworten



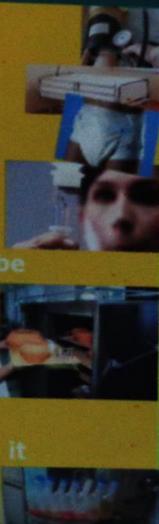
<10min Sehr dringend

9. Betreuung und Behandlung von akutem Erbrechen
10. Erstbeurteilung des Neuzugangs (stabil oder instabil?)
11. Schmerzmittel verabreichen bei Schmerzen
12. pflegerische Erstversorgung des Neuzugangs (akute Beschwerden & Klingel erklären)
13. Panischen Patient/ Angehörige beruhigen
14. Klingel beantworten
15. Unterstützung bei der Ausscheidung (Urinflasche/ Bettpfanne/ Badbegleitung)
16. Weinenden Patient/ Angehörige trösten
17. Patiententransport zu OP/ HKU/ MRT/ HD
18. Besucheranfragen beantworten (Dienstzimmerschlange)



30min Dringend

19. Kontrolle von auffälligen Vitalzeichen
20. Bettgitter bei Sturzgefahr anbringen
21. Volle Windelhose eines Patienten wechseln
22. medizinische Erstversorgung des Zugangs (Medikamente, Infusion, Tele)
23. gestresstem Kollegen zuhören
24. Medikamentengabe
25. Patiententransport zu Sono/ Röntgen
26. Sichtung meiner Patienten nach der Übergabe
27. Essen austeilen & BZ-Kontrolle & Insulingabe & mundgerechte Vorbereitung
28. Aufnahmegespräch mit Neuzugang Fertigen Neuzugang aus der NA abrufen
29. Essen mundgerecht eingeben
30. Entlassung/Verlegung des Patienten im Gap it
31. Ausscheidungen entsorgen
32. Dienstübergabe



Anhang G: Trainingsmanual

90min Normal

33. Teleableitung prüfen & Patient wieder ankabeln
34. Geplante Sauerstoffgabe
35. Betreuung von Sterbenden und deren Angehörige (Gespräche, anwesend sein)
36. Stationen über Verlegungen informieren
37. Körperpflege Teilwaschung (A3)
38. Körperpflege Ganzwaschung (A3)
39. Kontrolle der Medikamenteneinnahme
40. Wäschewechsel bei starkem Schwitzen
41. Ausführliche Einführung des Neuzugangs (Stationsablauf, Teeküche, TV-Anlage)
42. Zahnpflege/ Prothesenpflege/ Mundpflege
43. Ausarbeitung der Visite
44. Patient mit Brille / Hörgerät versorgen
45. Angehörigengespräch führen
46. Essen abräumen
47. Bettplatz putzen/ vorbereiten (kein Zugang angemeldet)



120min Nicht Dringend

48. Patient lagern
49. Geplante Inhalation
50. Durchgang machen
51. Pneumonieprophylaxe
52. Medikamente richten
53. Beine wickeln/ ATS anziehen
54. Ausfallmanagement für Besetzungsproblem am nächsten Tag
55. Probleme des Patienten in Ruhe anhören
56. Kontrakturenprophylaxe
57. Transport in die Pathologie
58. Dienstpause
59. Schmutzraum aufräumen



6h Schichtaufgabe

60. Blauen Bogen ausarbeiten & Akte schreiben
61. angeordneter Verbandswchsel
62. Essensunverträglichkeiten/ -allergien erfragen und im PC eingeben
63. Pflegemaßnahmen dokumentieren
64. Pflegebericht schreiben
65. Nicht vorrätige Medis für Patient besorgen
66. PPR eingeben
67. Medikamentennamen von unbekanntem Medis im PC suchen
68. Stationsflur aufräumen (Rollis, Betten,...)
69. Überlastungsanzeige schreiben
70. Zusätzlichen Kaffee anbieten/ bringen
71. Mitarbeiterküche aufräumen



Anhang G: Trainingsmanual

24h Tagesaufgabe

- ● ● ● 72. Abführende Maßnahmen (Dulco, Klysma) durchführen
- ● ● ● 73. Tagesaufgabe erledigen (BTM, Verbandswagen, Apotheke, ZV,)
- ● ● ● 74. PKMS Kurzeinschätzung
- ● ● ● 75. Pflegewägen auffüllen
- ● ● ● 76. Wäscheschränke auffüllen im Patientenzimmer
- ● ● ● 77. Patientenwasser auffüllen
- ● ● ● 78. Aufenthaltsraum für Patienten aufräumen
- ● ● ● 79. Lager aufräumen





PRIORITÄTENLISTE




10.00.00 1. Räumungen 2. Drei Sterilisationen durchführen 3. Abtreibe-Waagen prüfen (z.B. Waage etc.) 4. Kollisionsgefahr Patienten im Bett beseitigen 5. Entlassvorgang gestörter Patienten 6. Fälligkeit eines aggressiven Patienten 7. Unheilbar erkrankte Patientenarten Patienten auffangen 8. Telefon beschriften	24. Patient lagern 25. Gefährliche Infestation 26. Durchgang machen 27. Medikamenten checken 28. Betete wechseln/ ATZ bestellen 29. Aufnahmegeräte für Besuchsgegenstände am nächsten Tag 30. Probleme des Patienten in Ruhe schildern 31. Kontrollabstrichaufträge 32. Transport in die Pflanztage 33. Stuhlpflege 34. Schmutzraum aufräumen
11.00.00 9. Betreuung und Aufnahme von neuen Patienten (z.B. bei Aufnahme) 10. Einweisung des Neupatienten (z.B. bei Aufnahme) 11. Nachsorge bei entlassenen Patienten 12. Anamnese der Patienten (z.B. bei Aufnahme) 13. Pflegeplan erstellen 14. Pflegeplan durchführen 15. Pflegeplan anpassen 16. Pflegeplan bewerten 17. Pflegeplan dokumentieren 18. Pflegeplan übermitteln 19. Pflegeplan überprüren 20. Pflegeplan überarbeiten 21. Pflegeplan übermitteln 22. Pflegeplan überprüren 23. Pflegeplan überarbeiten 24. Pflegeplan übermitteln 25. Pflegeplan überprüren 26. Pflegeplan überarbeiten 27. Pflegeplan übermitteln 28. Pflegeplan überprüren 29. Pflegeplan überarbeiten 30. Pflegeplan übermitteln	35. Blasen-Becken-entleeren & Käse schneiden 36. angeordneter Verbandwechsel 37. Essenverträglichkeits-/ allergien erfragen und im PC eingeben 38. Pflegemaßnahmen dokumentieren 39. Pflegebericht schreiben 40. Nicht vorliegende Maße für Patient besorgen 41. PVB eingeben 42. Medikamentenbestand mit elektronischer Waage im PC eingeben 43. Stationen für aufkommen (Kaffe, Bitter,...) 44. Überlieferungswege schreiben 45. Zubereitete Kaffee anbieten/ lagern 46. Mitarbeiterbücher aufräumen
12.00.00 31. Wiederholung prüfen & Patient wieder aufnehmen 32. Besondere Reaktionsfähigkeit 33. Befragung mit Einverständnis 34. Einverständnis einholen 35. Patienten über Wertigkeiten informieren 36. Körperliche Untersuchung durchführen 37. Anamnese durchführen (z.B. bei Aufnahme) 38. Anamnese durchführen (z.B. bei Aufnahme) 39. Anamnese durchführen (z.B. bei Aufnahme) 40. Anamnese durchführen (z.B. bei Aufnahme) 41. Anamnese durchführen (z.B. bei Aufnahme) 42. Anamnese durchführen (z.B. bei Aufnahme) 43. Anamnese durchführen (z.B. bei Aufnahme) 44. Anamnese durchführen (z.B. bei Aufnahme) 45. Anamnese durchführen (z.B. bei Aufnahme) 46. Anamnese durchführen (z.B. bei Aufnahme) 47. Anamnese durchführen (z.B. bei Aufnahme) 48. Anamnese durchführen (z.B. bei Aufnahme) 49. Anamnese durchführen (z.B. bei Aufnahme) 50. Anamnese durchführen (z.B. bei Aufnahme)	13.00.00 47. Angeordnete Maßnahmen prüfen, korrigieren 48. Angeordnete Maßnahmen durchführen 49. Angeordnete Maßnahmen durchführen (z.B. bei Aufnahme) 50. Angeordnete Maßnahmen durchführen (z.B. bei Aufnahme) 51. Angeordnete Maßnahmen durchführen (z.B. bei Aufnahme) 52. Angeordnete Maßnahmen durchführen (z.B. bei Aufnahme) 53. Angeordnete Maßnahmen durchführen (z.B. bei Aufnahme) 54. Angeordnete Maßnahmen durchführen (z.B. bei Aufnahme) 55. Angeordnete Maßnahmen durchführen (z.B. bei Aufnahme) 56. Angeordnete Maßnahmen durchführen (z.B. bei Aufnahme) 57. Angeordnete Maßnahmen durchführen (z.B. bei Aufnahme) 58. Angeordnete Maßnahmen durchführen (z.B. bei Aufnahme) 59. Angeordnete Maßnahmen durchführen (z.B. bei Aufnahme) 60. Angeordnete Maßnahmen durchführen (z.B. bei Aufnahme)

sichere, einwandfreie, zeitnahe, schnelle, sichere und tragfähige

31

Prioritätendurchsetzung im Arbeitskontext 146

Anhang G: Trainingsmanual

4.8 Ergebnisse der Gruppenarbeit Wartelisten-Kontrollgruppe

SOFORT

- Erstbeurteilung des Neuzugangs (stabil oder instabil?)
- Reanimieren
- Bettgitter bei Sturzgefahr anbringen
- Erstversorgung gestürzter Patienten
- Kontrolle von auffälligen Vitalzeichen
- Präkollaptischen Patienten ins Bett bringen
- Ausscheidungen entsorgen
- Geplante Sauerstoffgabe
- Betreuung und Behandlung von akutem Erbrechen

30min Dringend

- Medikamentengabe
- Volle Windelhose eines Patienten wechseln
- Durchgang machen
- Essen eingeben
- Sichtung meiner Patienten nach der Übergabe
- Patiententransport zu Sono/Röntgen
- Körperpflege Teilwaschung (A3)
- medizinische Erstversorgung des Zugangs (Medikamente, Infusion, Tele)
- Zahnpflege/ Prothesenpflege/ Mundpflege

< 10min Sehr Dringend

- 3 Sternealarm beantworten
- Fixierung eines aggressiven Patienten
- Klingel beantworten
- Transport in die Pathologie
- Schmerzmittel verabreichen bei Schmerzen
- Essen austeilen & BZ-Kontrolle & mundgerechte Vorbereitung

90min Normal

- Abführende Maßnahmen (Dulco, Klyisma)
- Patient mit Brille /Hörgehörat versorgen
- KMS Kurzeinschätzung
- Nicht vorrätige Medis für Patient besorgen
- Ausfallmanagement für Besetzungsproblem am nächsten Tag
- Essen abräumen
- Panischen Patient/ Angehörige beruhigen
- Angehörigengespräch führen
- Aufnahmegespräch mit Neuzugang
- Pflegemaßnahmen dokumentieren
- Kontrakturenprophylaxe
- Überlastungsanzeige schreiben
- Akute Blutung stillen (z.B. Viggo ex)
- Beine wickeln/ATS anziehen
- Geplante Inhalation
- Umherirrenden desorientierten Patienten einfangen

Anhang G: Trainingsmanual

120min Nicht Dringend

- Probleme des Patienten in Ruhe anhören
- Medikamentennamen von unbekanntem
- Medis im PC suchen
- Essensunverträglichkeiten/ -allergien erfragen und im PC eingeben

8h Schichtaufgabe

- Pflegebericht schreiben
- Medikamente richten
- PPR eingeben
- Dienstpause
- Mitarbeiterküche aufräumen
- angeordneter Verbandswechsel
- Schmutzraum aufräumen
- Körperpflege Ganzwaschung (A3)
- Wäschewechsel bei starkem Schwitzen
- Ausarbeitung der Visite

24h Tagesaufgabe

- Entlassung/Verlegung des Patienten im Gap it
- Aufenthaltsraum für Patienten aufräumen
- Pneumonieprophylaxe
- gestresstem Kollegen zuhören
- Stationsflur aufräumen (Rollis, Betten,...)
- Wäscheschränke auffüllen im Patientenzimmer
- Blauen Bogen vollständig ausarbeiten & Akte schreiben
- Telefon beantworten
- Pflegewägen auffüllen
- Patientenwasser auffüllen
- Lager aufräumen
- Zusätzlichen Kaffee anbieten/ bringen
- Kontrolle der Medikamenteneinnahme

Anhang G: Trainingsmanual

4.9 PowerPoint-Foliensatz mit Notizen

Im Folgenden ist der PowerPoint-Foliensatz tabellarisch aufgeführt. Die eingefügten Notizen sind teils in Form der direkten Rede, teils stichpunktartig aufgeführt.

Nr.	Graphische Darstellung und Notizen
Folie 1	<div data-bbox="240 479 1493 1178"><p data-bbox="619 595 1126 645" style="text-align: center;">2. Termin - Workshop</p><p data-bbox="1206 533 1410 636" style="text-align: right;"> UNIVERSITÄT HEIDELBERG ZUKUNFT SEIT 1386</p><p data-bbox="1390 1137 1401 1151" style="text-align: right;">1</p></div> <p data-bbox="240 1240 1437 1357">Folie einblenden, bis alle Teilnehmer anwesend sind und Begrüßung abgeschlossen ist. Training wird bewusst als „Workshop“ bezeichnet, da das Wort Training im vorliegenden Arbeitskontext negativ konnotiert war.</p> <p data-bbox="240 1384 863 1420">Begrüßung und organisatorische Punkte</p> <ul data-bbox="240 1442 1437 1850" style="list-style-type: none">▪ Dankesworte für die Bereitschaft, an der Studie teilzunehmen▪ Bitte um Stillschweigen des Inhaltes gegenüber den Kollegen der eigenen Station (und der Wartelistenkontrollgruppe)▪ Information über den Termin und Kommunikation der nächsten Datenerhebung▪ Information über die Dauer des „Workshops“ (60 Minuten interaktiver Vortrag, 30 Minuten Übung und Feedback)▪ Klärung, ob es vorab noch Fragen gibt▪ Süßigkeiten und Getränke für die Teilnehmer



2. Themeneinführung (Engage-Phase)

- erinnert ihr euch an das Werbeplakat? (dasselbe Bild)
- Im Pflegealltag sind viele verschiedene Tätigkeiten/Rollen gleichzeitig zu bewältigen.
- Ich möchte euch heute NICHT beibringen, wie man Prioritäten setzt – das könnt ihr.
- Ziel 1: Es geht darum, dass es eben NICHT so einfach ist, wie man es dahersagt = Dann müssen wir halt ...
- Ziel 2: Es geht darum, dass ich euch heute aus wissenschaftlicher Sicht genauer erklären möchte, was da genau passiert, wenn alles so auf einen einprasselt.
- Ziel 3: Es geht darum, euch Ideen an die Hand zu geben, wie man in solchen Situationen standhaft bleiben kann und sie stressfreier lösen kann. Dabei entscheidet jeder selbst, was er für sich umsetzt.
- Ziel 4: Und es geht darum, diese Ideen mit euch zu besprechen und zu üben.

Was bedeutet Prioritäten setzen?



„Prioritäten setzen heißt auswählen,
was liegen bleiben soll“¹



1 Helmut Nahr

3

2. Themeneinführung (Engage-Phase)

- **Was bedeutet Prioritäten setzen?** (kurze Gruppendiskussion)
 - Gerechte Entscheidungen treffen.
 - Entscheiden, was man zuerst macht.
 - Entscheiden, was im Zweifel liegen bleibt, hier spielt auch eine Rolle, was mir/dem Patient besonders wichtig ist.
- Prioritäten zu setzen ist eine Schlüsselkompetenz von euch, den Pflegekräften. Deshalb ist es auch eure Aufgabe, und ihr könnt das.

Beispiel



UNIVERSITÄT
HEIDELBERG
ZUKUNFT
SEIT 1386

Nicht
Sprechen!!!
ATMEN!!!

Aufgabe = Kompetenz = Verantwortung

4

2. Themeneinführung (Engage-Phase)

- **Was bedeutet es, dass es eure Aufgabe ist** – hier ein Beispiel aus der Praxis.
- Stellt euch diese Patientensituation vor: Diese ältere Frau (euer Patient) sitzt cyanotisch nach Luft schnappend, kaltschweißig im Bett und versucht, trotz Schnappen zu reden, und ist total außer sich, möchte euch unbedingt mitteilen, was ihr sowieso schon seht. Was sagt ihr zu dieser Patientin? (kurze Gruppendiskussion)

→ Richtig, ihr sagt: Nicht sprechen, sondern atmen! Ihr verbietet ihr den Mund, wenn man es genau nimmt. Ihr schreibt ihr vor, was gerade jetzt zu tun und zu lassen ist – ihr setzt für sie Prioritäten!

Warum tut ihr das? Weil es eure Aufgabe ist, als Pflegekräfte, und weil ihr die Kompetenz habt, diese Situation einzuschätzen und entsprechende Maßnahmen zu treffen. Ihr macht das ja nicht, wenn die Luftnot nur mittelmäßig ist. Und ihr macht das, weil ihr die Verantwortung für die Gesundheit der Patientin habt und sie sich durch das aufgeregte Sprechen selbst schadet, jedoch es selbst nicht mehr wahrnehmen kann, da sie panisch ist. Ihr seid kompetent, ihr übernehmt Verantwortung, **ihr bleibt standhaft** und stoppt das schädliche Verhalten. Genau deshalb ist Prioritäten zu setzen eure Aufgabe, und ihr macht das erfolgreich jeden Tag, jede Nacht – die ganze Schicht.

Wie kann man Prioritäten setzen?



5

2. Themeneinführung (Engage-Phase)

- **Wie kann man denn Prioritäten setzen?** Was wisst ihr denn schon? (kurze Gruppendiskussion)
 - Kategorisierung in Wichtigkeit und Dringlichkeit
 - Dazu muss man sich oft erstmal einen Überblick schaffen.
 - Es gibt diverse Methoden, um sich an nachrangige Vorhaben zu erinnern (z. B. Notizzettel schreiben oder sich Notizen auf den Arm schreiben).
 - Eigentlich wollte ich euch eine einfache Zeitmanagementmethode mitbringen, doch bei der Vorbereitung habe ich erkannt, dass im Klinikalltag ein „einfaches“ Schema, wie im Büro, wo man E-Mails sortiert, oft nicht ausreicht.



Wann ist Prioritäten setzen im Klinikalltag schwierig?

Was macht es schwierig?



3. Prioritäten setzen und durchsetzen im Klinikalltag (Engage-Phase)

Was macht Prioritätensetzen im Klinikalltag schwierig?

Wann genau ist es besonders schwierig?

Was macht es schwierig?

Präsenztraining: Sammeln der Antworten mittels Flipchart (Zurufabfrage)

Virtuelles Training: Teilnehmer auffordern, sich selbst Gedanken zu machen und Zeigen der Gruppenergebnisse

Was bedeutet Prioritäten setzen - im Krankenhaus?

„Prioritäten setzen heißt auswählen,
WAS liegen bleiben soll“¹

.... vor allem **WER**?



1 Helmut Nahr

7

4. Rollenerwartungen und Aufgabentypen (Share-Phase)

Es ist nicht nur eine Entscheidung, WAS liegen bleiben soll, sondern vor allem WER – wir arbeiten mit Menschen, nicht mit E-Mails.

- Wer sind die Personen, die enttäuscht werden?
 - Patient, Angehörige, Ärzte, Kollegen, andere Stationen/Berufsgruppen, eigene Bedürfnisse/eigener Pflegeanspruch
 - traurige Erkenntnis

Das Enttäuschungsglücksrad



UNIVERSITÄT
HEIDELBERG
ZUKUNFT
SEIT 1386

8

4. Rollenerwartungen und Aufgabentypen (Share-Phase)

- Bei all diesem Druck wäre es schön, wenn wir manchmal einfach am Enttäuschungsglücksrad drehen könnten und uns die Entscheidung damit abgenommen werden würde.
- Aber wir drehen natürlich NICHT, sondern sortieren nach Wichtigkeit und Dringlichkeit, weil es unsere Aufgabe ist und weil wir kompetent sind, die richtige Entscheidung zu treffen.

Rollenerwartungen



Erwartung	Erfüllung	Nicht-Erfüllung
MUSS	⊖	--
MÜSSTE	⊖	-
SOLL	+	-
KANN	++	⊖



Dahrendorf, R. (1958). Homo sociologicus, = Sociological man. *Kölner Zeitschrift Für Soziologie Und Sozialpsychologie*, 10178-208.

9

4. Rollenerwartungen und Aufgabentypen (Share-Phase)

- Alle genannten Personen einschließlich ihr selbst habt Erwartungen an euch, nicht an euch als Privatperson, sondern als Pflegekraft → Rollenerwartungen.
- **Das Konzept der Rollenerwartungen** kommt aus der Soziologie (Dahrendorf, 1958).
- Aus den Rollenerwartungen ergeben sich Aufgabentypen: MUSS-, SOLL-, KANN-Aufgaben.
- Die Aufgaben werden definiert durch ihre Konsequenzen der Erfüllung.
- **MUSS-Aufgabe:** Beispiel: Pünktlich eine Antibiose verabreichen (kein Lob bei Erfüllung, viel Tadel bei Nicht-Erfüllung).
- **SOLL-Aufgabe:** Beispiel: Akten vorschreiben (etwas Lob bei Erfüllung, wenig Tadel bei Nicht-Erfüllung).
- **KANN-Aufgabe:** Beispiel: Telefonkarte besorgen, Lager aufräumen (viel Lob bei Erfüllung, kein Tadel bei Nicht-Erfüllung).
- Ich glaube, dass es noch einen zusätzlichen Aufgabentyp geben sollte: die **MÜSSTE-Aufgaben:** Beispiel: Körperpflege durchführen (kein Lob bei Erfüllung, etwas Tadel bei Nicht-Erfüllung).

Rollenerwartungen



Erwartung		Erfüllung	Nicht-Erfüllung
MUSS		⊖	--
MÜSSTE		⊖	-
SOLL		+	-
KANN		++	⊖

Dahrendorf, R. (1958). Homo sociologicus, = Sociological man. *Kölner Zeitschrift Für Soziologie Und Sozialpsychologie*, 10178-208.

10

4. Rollenerwartungen und Aufgabentypen (Practice-Phase)

Anleitung zur Gruppenarbeit:

- Bitte versucht die aufgelisteten Tätigkeiten mit Klebepunkten in MUSS-, MÜSSTE-, SOLLTE-, KANN-Aufgaben einzuteilen.

Präsenztraining IG: Offene Gruppenarbeit, Bekleben von Tätigkeiten, mithilfe des Prioritätenplakates (80 Tätigkeiten eingeteilt in 7 Dringlichkeitskategorien).

Präsenztraining WG: Offene Gruppenarbeit, Bekleben von Tätigkeiten, jeder Teilnehmer darf 5–7 Tätigkeiten aus dem IG-Pool (der Pool wurde vorab um 3 Tätigkeiten bereinigt, welche spezifisch für die IG waren) bekleben.



- Dringlichkeitskategorien
Prioritätenliste:
 - Manchester Triage System 1-5
 - 6 Schichtaufgaben (8h)
 - 7 Tagesaufgaben (24h)

1	Sofort	Rot	0 Minuten	
2	Sehr dringend	Orange	10 Minuten	10 Minuten
3	Dringend	Gelb	30 Minuten	30 Minuten
4	Normal	Grün	90 Minuten	90 Minuten
5	Nicht dringend	Blau	120 Minuten	120 Minuten

- Dringlichkeitskategorien
Alltag:



Parenti, N., Bacchi Reggiani, M. L., Iannone, P., Percudani, D., & Dowling, D. (2014). A systematic review on the validity and reliability of an emergency department triage scale, the Manchester Triage System. *International journal of nursing studies*, 51, 1062-1069. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.01.013.

11

5. Dringlichkeitskategorien (Practice-Phase)

Anleitung zur Gruppenarbeit:

IG: Dringlichkeitskategorien sind euch vom Prioritätenplakat und dem Triage System der Notaufnahme bekannt. Im Alltag meist einfacher: 3 Kategorien: Jetzt gleich/Später/Irgendwann. Bitte überprüft das Prioritätenplakat auf Plausibilität der vorhandenen Dringlichkeitskategorien (Gruppendiskussion).

WG: Man kann Aufgaben nicht nur nach Wichtigkeit, sondern auch nach Dringlichkeit einteilen mithilfe von Ordnungssystemen, z. B. bekannt aus der Notaufnahme (Triage System). Im Alltag meist einfacher: 3 Kategorien: Jetzt gleich/Später/Irgendwann. Bitte ordnet die Tätigkeiten den Dringlichkeitskategorien zu (Anpinnen an Wand) (Gruppendiskussion).

Folie
12

Erwartung	Maßnahme	Erfüllung	Nicht-Erfüllung
MUSS	Selbst/ Delegieren	⊖	--
MÜSSTE	Selbst/ Delegieren/	⊖	-
SOLL	Entscheiden: <u>Ja</u> oder Nein	+	-
KANN	Selbst/ Delegieren / Entscheiden: Ja oder <u>Nein</u>	++	⊖

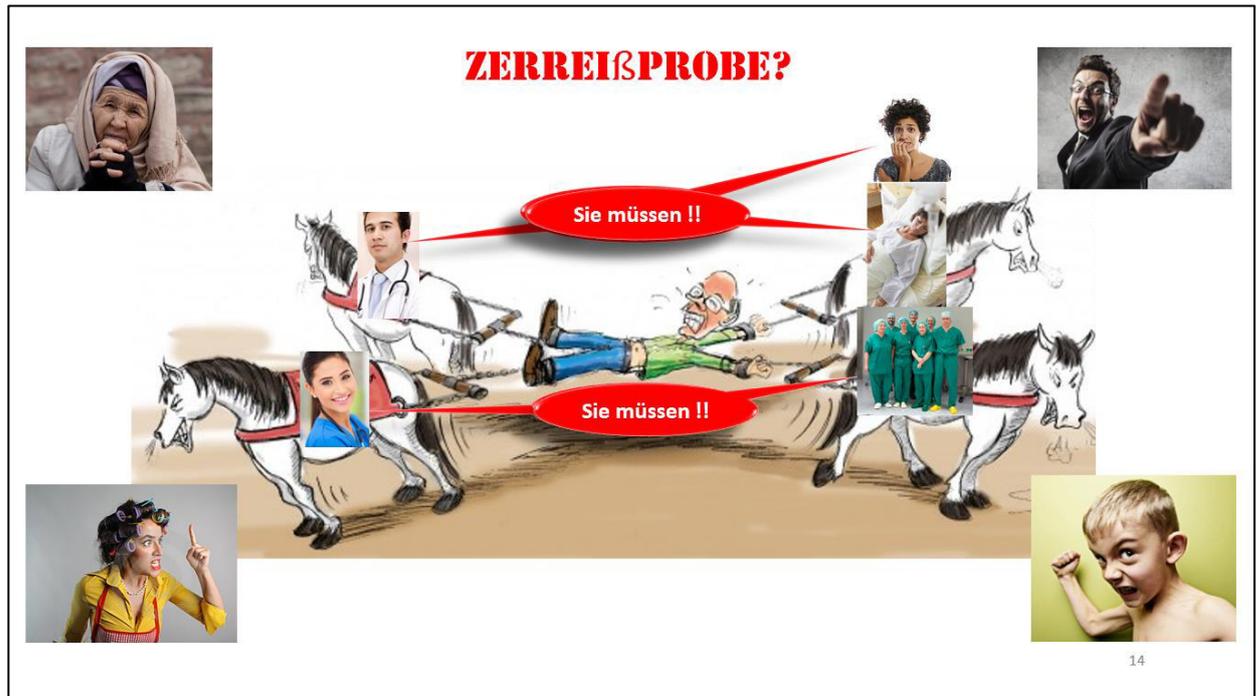
6. Maßnahmen-Modell (Share-Phase)

- Das Modell der Rollenerwartung und das Alltagsdringlichkeitssystem können kombiniert werden (Anlehnung an die Eisenhower-Methode (Zeitmanagement) und Maßnahmen abgeleitet werden.
 - **Gelb:** Beispiel: Reanimation: Selbst/Delegierbar: Alle Tätigkeiten (außer Pause und qualitatives Angehörigengespräch) sind delegierbar.
 - **Grün:** Beispiel: Körperpflege-Unterstützung: Selbst/Delegierbar oder Entscheidung: hier Tendenz zur Durchführung auch bei Zeitnot, da negative Konsequenzen erwartet.
 - **Blau:** Beispiel: Telefonkarte besorgen: Selbst/Delegierbar oder Entscheidung: hier Tendenz zur Nicht-Durchführung bei Zeitnot, da keine negativen Konsequenzen erwartet.
- bei hohen Anforderungen Tendenz zur Vermeidung von negativen Konsequenzen (Miller, 2015)
- Orientierungsrahmen zum Prioritätensetzen
- Kurze Gruppendiskussion: Passt das so? Schema hilfreich?



7. Enttäuschungen und Zerreißprobe (Share-Phase)

Zurück zum Ausgangspunkt: Wie fühlt man sich, wenn viele Anforderungen gleichzeitig auf einen einprasseln? (Kurze Gruppendiskussion)



7. Enttäuschungen und Zerreißprobe (Share-Phase)

- **Gefühl der Zerreißprobe:** Alle wollen etwas von einem, ihr entscheidet euch gerecht für den/die Richtigen, und was passiert?

→ Die Enttäuschten finden das nicht gut! Sie erhöhen den Druck, die Konsequenzen, und beginnen zu drohen, zu betteln, nachdem ihr sie zurückgewiesen habt.

- Die anderen kämpfen um eure Gunst, und aus MÜSSTE/SOLL/KANN-Aufgaben werden plötzlich MUSS Aufgaben.

Folie
15

Erwartung		Erfüllung	Nicht-Erfüllung
MUSS		⊖	--
MÜSSTE		⊖	-
SOLL		+	-
KANN		++	⊖

7. Enttäuschungen und Zerreißprobe (Share-Phase)

- Übertragen auf das Maßnahmen-Modell zeigt sich, dass die Enttäuschten bewusst mithilfe von Dramatisieren künstlich die Konsequenzen erhöhen. → Was macht das mit euch? (kurze Gruppendiskussion)

→ Verzweiflung, Ärger, Wut, Mitleid

- Es besteht die Gefahr, dass man seine ursprüngliche Prioritätenentscheidung nicht durchsetzt und sich verleiten lässt, Unwichtigeres zu tun. → Es gilt eben nicht: Wer am lautesten schreit, hat Recht!

Folie
16

Erwartung		Erfüllung	Nicht-Erfüllung
MUSS		⊖	--
MÜSSTE		⊖	-
SOLL		+	-
KANN		++	⊖



16

7. Enttäuschungen und Zerreißprobe (Share-Phase)

▪ Lösung/Bewältigung:

- Es hilft daher, genauer hinzusehen, was hinter den MUSS-Aufgaben steckt, um eine gerechte Entscheidung zu treffen.
- Instrumentalisierung des Wichtigkeitssystems/Dramatisierungen erkennen, Einzelfälle prüfen und, falls es eine Dramatisierung ist, standhaft Prioritäten durchsetzen.

Das Problem mit guten Vorsätzen



17

8. Durchsetzungsschwäche (Engage-Phase)

- Gute Vorsätze durchzusetzen ist oftmals schwierig, Beispiel: Neujahrsvorsätze.
- Wann ist es im Krankenhaus besonders schwierig? – Erinnerung an vorhergehende Sammlung (Flipchart).

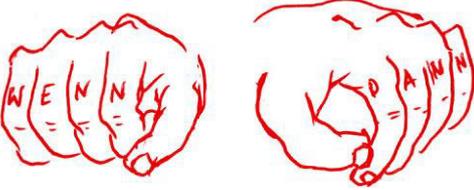
Das Problem mit guten Vorsätzen



19

8. Durchsetzungsschwäche (Engage-Phase)

- Besonders kritisch wird es, wenn man sich selbst bei der Durchsetzung seiner Prioritäten bedroht fühlt.
- In der Psychologie wurde viel zur Durchsetzungsschwäche geforscht – und man hat festgestellt, dass es besonders hilfreich ist, wenn man sich konkrete Pläne macht, wie man sein Vorhaben gegen Widrigkeiten durchsetzt: Ein paar davon stelle ich euch nun vor.



MUSS-MÜSSTE-SOLL-KANN?

Druck von Kollegen:



- MUSS-Abgleich = Was MUSST Du? Was MUSS ich?
Wer MUSS wirklich (Alternatives Vorgehen?)

Druck von anderen Berufsgruppen/ Funktionsstellen/Stationen:

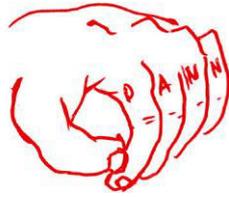


- MUSS-Abgleich
- Ehrlichkeit & Freundlichkeit
- Verständnis aufbringen & Realität benennen
- Die hat als Team eine Prioritätenliste erstellt und zeigt mit dieser was allen wichtig ist, was/wer Vorrang hat und was/wer warten muss
- Die Prioritätenliste der ist legitime Entscheidungsrichtlinie und Argumentationsbasis zur Entscheidung im Einzelfall
- Beispiel:
- Der Einzelfall MUSS immer geprüft werden durch den MUSS-Abgleich

20

9. Wenn-dann-Pläne (Share/Perform-Phase)

- **WG:** ohne die blau markierten Punkte, da diese spezifische Maßnahmen in der IG waren



MUSS-MÜSSTE-SOLL-KANN?



Druck von Patienten/
Angehörigen:



- Als internes Dokument ist die Prioritätenliste keine namentlich nennbare Argumentationsbasis jedoch inhaltlich
- Verständnis aufbringen & Realität benennen
- Ehrlichkeit & Freundlichkeit
- Keine vagen Versprechen machen
- Deeskalation anstreben
- Beschwerdeoptionen aufzeigen & Kollegen/ Arzt dazu holen

21

9. Wenn-dann-Pläne (Share/Perform-Phase)

- **Diskussion:** Antizipieren von Barrieren und Lösungen

9. Wenn-dann-Pläne (Practice-Phase)

- **Anleitung zur Gruppenübung:**
 - Freiwilliger ist die Pflegekraft, alle anderen übernehmen die Rolle eines eklatanten Patienten/Angehörigen/Arzt/Funktionsstelle/Kollegen ...
- Reflexion: Wie du dich gefühlt hast, Bestärkung

RESIST

Richtig
Entscheiden
Stationspezifisch
Intuitiv
Sicher
Tragfähig



MUSS-MÜSSTE-SOLL-KANN?

WICHTIG:

- Sich nicht verunsichern lassen
- Sich nicht persönlich angegriffen fühlen
- Keine anderen Personen benachteiligen/
in Gefahr bringen des Friedenswillen



Was machst Du zuerst?



3 Sternealarm beantworten



Fixierung eines aggressiven Patienten

10. Bewältigung der Durchsetzungsschwäche (Share/Perform)

- Hinweis, dass Prioritäten in der Generierung der Prioritätenliste (selbst oder Verweis auf IG) innerhalb von 5 Sekunden erbracht wurden und diese Entscheidungen eine logische Struktur haben. → Bestärkung der Sicherheit der eigenen Entscheidung und der Entscheidung der anderen.
- Wichtigkeitsinduktion: Keine Gefährdung um des Friedens willens.
- Nicht, wer am lautesten schreit, hat recht, sondern oftmals der, der nicht mehr schreien kann.

Und warum MUSS ich immer
der/die Vernünftige sein?



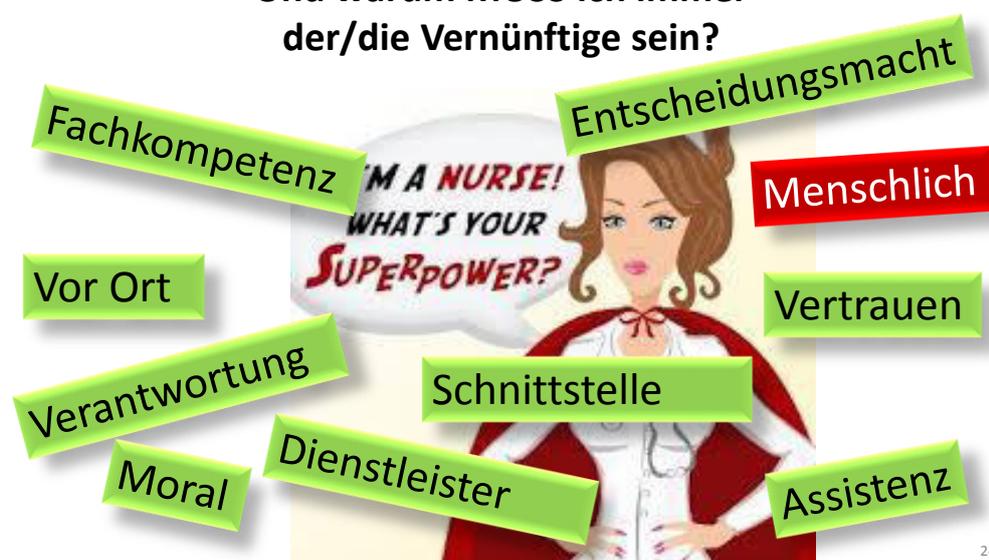
23

10. Take Home Message (Share/Perform)

- **Motivation zur Durchsetzung/Relevanz:**

Warum müsst ihr immer die Vernünftigen sein, wenn alle anderen durchdrehen?

Und warum MUSS ich immer
der/die Vernünftige sein?



The illustration shows a female nurse with brown hair, wearing a white uniform and a red cape. She is surrounded by several labels on green and red banners. A speech bubble above her contains the text: "I'M A NURSE! WHAT'S YOUR SUPERPOWER?". The labels are: Fachkompetenz, Entscheidungsmacht, Menschlich, Vertrauen, Schnittstelle, Assistenz, Dienstleister, Moral, Verantwortung, and Vor Ort.

24

10. Take Home Message (Share/Perform)

- Keine Superkraft, sondern eure Aufgabe.
- Ihr habt: Fachkompetenz, Moral, Entscheidungsmacht ... seid menschlich.

Aufgabe = Kompetenz = Verantwortung



Dass ich eure Erwartungen an mich nicht erfüllen konnte, tut mir aufrichtig leid. Aber es ist nun mal so, dass mir meine eigenen einfach wichtiger sind.



Prioritäten setzen
= Entscheiden
= Enttäuschen

25

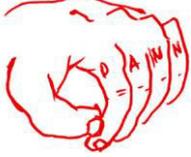
10. Take Home Message (Share/Perform)

Zusammenfassung und Take Home Message

→ Prioritäten setzen → Entscheiden + Enttäuschen → Durchsetzen

Folie
26

Unsicherheit?



Fehler als Chance nicht als Versagen begreifen

Selbstvertrauen **Team befragen**

Prioritätenliste

26

10. Take Home Message (Share/Perform)

- **Umgang mit Unsicherheit:** Wenn ich unsicher bin, dann kann ich ...
- Selbstreflexionsseite im Reader ausfüllen

Folie
27

Vielen Dank für Eure Aufmerksamkeit



UNIVERSITÄT
HEIDELBERG
ZUKUNFT
SEIT 1386



27

11. Abschluss

- **Danksagung für Teilnahme**



11. Abschluss

▪ Feedbackrunde:

Softball in die Runde werfen, TN mit dem Ball gibt Feedback ab und wirft ihn zum nächsten TN.

Anhang G: Trainingsmanual

Quellen

Literaturquellen

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191
- Bieleke, M., Legrand, E., Mignon, A. & Gollwitzer, P. M. (2017). More than planned: Implementation intention effects in non-planned situations. *Acta Psychologica*. doi: 10.1016/j.actpsy.2017.06.003
- Bucknall, T. K. (2000). Critical care nurses' decision-making activities in the natural clinical setting. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 25-36. doi: 10.1046/j.1365-2702.2000.00333.x
- Covey, S. R., Merrill, A. R., & Merrill, R. R. (2003). *Der Weg zum Wesentlichen : Zeitmanagement der vierten Generation* (5., durchges. Aufl. ed.). Frankfurt [u.a.]: Campus-Verl.
- Dahrendorf, R. (1958). Homo sociologicus. = Sociological man. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 10, 178-208.
- Gollwitzer, P. M. (1992). Goal achievement: The role of intentions. [Zielerreichung: die Rolle von Intentionen]. 43.
- Gollwitzer, P. M., & Sheeran, P. (2006). Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes. In M. P. Zanna & M. P. Zanna (Eds.), *Advances in experimental social psychology, Vol 38*. (Vol. 38, pp. 69-119). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press.
- Hendry, C., & Walker, A. (2004). Priority setting in clinical nursing practice: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 47, 427-436. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03120.x
- Krey, J. (2015). *Verbreitung des Manchester-Triage-Systems*. Abgerufen am 20.07.2015, von: <http://www.ersteinschaetzung.de/content/verbreitung-des-manchester-triage-systems>
- Muraven, M., & Slessareva, E. (2003). Mechanism of self-control failure: Motivation and limited resources. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(7), 894-906. doi: 10.1177/0146167203029007008
- O'Neill-Blackwell, J. (2012). *Engage : the trainer's guide to learning styles*. San Francisco, Calif.: Pfeiffer.
- Parenti, N., Bacchi Reggiani, M. L., Iannone, P., Percudani, D., & Dowding, D. (2014). A systematic review on the validity and reliability of an emergency department triage scale, the Manchester Triage System. *International journal of nursing studies*, 51, 1062-1069. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.01.013
- Webb, T. L., & Sheeran, P. (2003). Can implementation intentions help to overcome ego-depletion? *Journal of Experimental Social Psychology*, 39(3), 279-286. doi: 10.1016/S0022-1031(02)00527-9

Anhang G: Trainingsmanual

Bildquellen

Hinweis: Alle Quellen wurden zuletzt am 31.08.2017 abgerufen.

Titelseite : <https://pixabay.com/de/stempel-priorit%C3%A4t-bevorzugung-2022901/>

Abbildung 1 : <http://www.4mat4business.com/images/4mat-model.jpg>

Kapitel 4.9 PowerPoint Foliensatz mit Notizen:

Hinweis: Mehrfachauftretende Bildquellen sind jeweils nur einmal aufgeführt und nach Foliennummer der Ersterscheinung im Foliensatz zugeordnet.

Folie	URL
1	https://www.todopuebla.com/gente/luisgerardoinmanperaldi/blogdetail/16849
1	https://www.uni-heidelberg.de/
2	https://www.clipartgram.com/image/555826601-stressed-nurse-clipart-1.jpg
3	http://www.clarheit.de/schl%C3%BCsselkompetenzen.html
3	https://www.google.de/imgres?imgurl=http://www.green-energy-law.com/wp-content/uploads/2015/12/Fotolia_15998643_M_justice_%25C2%25A9-ioannis-kounadeas-Fotolia.com_.jpg&imgrefurl=http://www.green-energy-law.com/?tag=photovoltaik&h=1378&w=1378&tbnid=dsSp3lo5XF7YfM&tbnh=225&tbnw=225&usg=__5SIZAxSOWdWkfACtBR7VJUZBQ2s=&hl=de&docid=SvIR4tv5cEqxqM
4	https://www.google.de/imgres?imgrefurl=http://www.gettyimages.com/photos/oxygen-mask&tbnid=NLEGyzjOwrXJAM:&docid=O8XHAbXqhXXNWM&h=612&w=612
5	http://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/DossierComplexe.aspx?doc=Les-effets-benefiques-du-printemps-sur-votre-sante-on-fait-le-menage-de-printemps-
5	http://www.arbeitstipps.de/zeitmanagement-wichtig-oder-dringend.html
7	https://de.dreamstime.com/lizenzfreies-stockbild-krankenschwester-patient-krankenhauszimmer-image31839896
7	http://www.innenstadtklinik.de/opteam_files/shapeimage_6.png
7	http://www.ausbildungen.info/krankenschwester/
7	https://de.dreamstime.com/lizenzfreies-stockbild-krankenschwester-patient-krankenhauszimmer-image31839896
7	https://www.google.de/imgres?imgurl=https://previews.123rf.com/images/diego_cervo/diego_cervo1207/diego_cervo120700018/14407418-mid-adult-business-man-pointing-at-himself-against-green-background--Stock-Photo.jpg&imgrefurl=http://pt.123rf.com/photo_14407418_mid-homem-de-neg%C3%B3cios-adulto-apontando-para-si-mesmo-contra-o-fundo-verde-e-olhando-a-c%C3%A2mera.html&h=1300&w=974&tbnid=9uX3ySCjXQV9iM&tbnh=259&tbnw=194&usg=__6EN2FaehCtkkMUPyMvukzpcgi6s=&hl=de&docid=X-01FF8gAok2UM
7	http://www.menshealth.de/themen/medikamente.273650.html?block=1
7	http://resizeandsave.online/openphoto.php?img=http://cdn2.gurl.com/wp-content/uploads/2014/10/woman-biting-nails-scared.jpg
8	http://www.blogperle.de/simpsons-weihnachten-2013-ios-infos/
11	http://www.ersteinschaetzung.de/content/aufbau-des-mts

Anhang G: Trainingsmanual

Folie	URL
14	https://farm6.staticflickr.com/5139/5491317266_cfba2f019b_o.jpg
14	http://www.roth-cartoons.de/tag/mittelalter/
14	http://media-cdn.sueddeutsche.de/image/sz.1.1418332/940x528?v=1355272191
14	http://www.sanjuanalmundo.org/imagenes/?src=http://www.batallercontenidos.com/media/imagenes/00014800/00014890.jpg&w=225&h=130&a=t
14	https://www.mehr-fuehren.de/wp-content/uploads/2015/11/kuendigung.jpg
15	https://www.idfa.nl/en/film/2c8f076c-d7b1-43ad-83e4-3f71d31d0345/eggs-for-later/docs-for-sale
15	http://mehreinkommen24.com/erfolg/einstellung/sie-koennten-platzen-lassen-sie-es-heraus/
15	http://www.kleinanzeigen-landesweit.de/anzeige-721321.html
16	http://mural24.de/produktkonfiguration/56784934/
17	https://de.fotolia.com/id/39302734
17	http://www.fotocommunity.de/photo/enttaeuscht-fotoschulle/25904373
18	http://www.respekt-im-uniklinikum.de/taxonomy/term/111
19	https://www.kinder.de/ratgeber/gewalt-praevention/gewalt-in-der-schule/artikel/abziehen-wenn-kinder-erpresst-werden.html
20	http://www.ansichten-des-jordan.de/main2.html
22	https://deu.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegeproblemen/dekubitus
22	https://www.sobis.com/category/pirsclaim/
22	http://sicherheit-im-notfall.de/Erste-Hilfe%20/index.html
23	http://www.legakids.net/index.php?eID=tx_cms_showpic&file=fileadmin%2Fuser_upload%2FBilder%2FTipps%2FFehlerfallen%2Fflurs_sauer_frei.jpg&md5=99a2f5e49c360ac81c687cd319aa156cc33e664b&parameters%5B0%5D=YTo1OntzOjU6IndpZHRoljtzOjM6IjgwMCI7czo2OjoiJoZWlnaHQiO3M6NDoiNjAw&parameters%5B1%5D=bSI7czo3OjIib2R5VGFnIjtzOjQxOjI8Ym9keSBzdHlsZT0ibWFyZ2luOjA7IGJh&parameters%5B2%5D=Y2tncm91bmQ6I2ZmZjsiPil7czo1OjI0aXRzZSI7czoynjoiTHVycyBpc3Qgc28g&parameters%5B3%5D=cmljaHRpZyBzYXVici4iO3M6NDoid3JhcCI7czoZnzojPGEgaHJlZjoiamF2YXNj&parameters%5B4%5D=cmlwdDpjG9zZSgpOyl%2BIHwgPC9hPil7fQ%3D%3D
24	https://i.pinimg.com/236x/61/9f/a2/619fa2a2582e7d8539cb1b463e3849cb--superpower-happy-nurses-week.jpg
25	https://www.google.de/search?sa=G&hl=de&q=importancia+de+la+psicologia&tbm=isch&tbs=simg:CAQSAIEJrQQppvB3vllaiAELEKjU2AQaAggDDAsQslynCBphCl8lAxln1QfxCdYbtwnYB4AIXNYH_1geSHeYzoSTTM4I9gD3vKlkt_1zzuKNEtGjAur1779n52hvmHG8CS_1pwe0TI7B_14fojJig6r_1kATEYPPvL4tJ0BgUGHmhwIEBS_10gBAwLEI6u_1ggaCgolCAESBPQyU5QM&ved=0ahUKEwiJxZPgpYLWAhUBtBQKHya0C-MQWg4IKigA&biw=1366&bih=649#imgcr=M_yNYFBxOwDU7M:
27	http://bdpo-miloserdie.ru/images/00_IMPART_Success-Last-Word_2.1.1.jpg
28	http://blog.tulbrodefp.es/wp-content/uploads/2014/12/Copia-de-Fotolia_40823748_L-salud-laboral.jpg

Anhang H: Weiterführende Ergebnisse zur Variable implizite Rationierung

Analog zu den Auswertungen von Zander et al. (2014) geben die nachstehenden Ergebnisse einen Überblick zu den deskriptiven Maßen der berichteten impliziten Rationierung. Von den 47 Teilnehmern berichteten alle, zu allen Messzeitpunkten mindestens eine der 19 Tätigkeiten in den letzten 14 Tagen zumindest *selten* vernachlässigt zu haben. Da im ursprünglichen Fragebogen der Zeitraum sieben anstatt 14 Tage betrug, zeigt die nachstehende Tabelle 12 weitere deskriptive Ergebnisse in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt und verschiedener Dichotomisierungsgrenzen.

Tabelle 12

Überblick zu deskriptiven Maßen der vernachlässigten Pflegeaktivitäten pro Messzeitpunkt in Abhängigkeit von der angesetzten Dichotomisierungsgrenze

DG	M		SD		Minimum		Maximum	
	A	B	A	B	A	B	A	B
MZP 1	16.33	10.33	2.72	4.34	10.00	2.00	19.00	19.00
MZP 2	15.35	11.86	3.95	4.32	3.00	4.00	19.00	19.00
MZP 3	15.79	10.38	3.38	5.41	6.00	0.00	19.00	19.00

Anmerkungen: DG = Dichotomisierungsgrenze; A = Antwortoption *nie* wurde mit 0, Antwortoption *selten*, *manchmal*, *oft* wurden mit 1 kodiert. B = Antwortoption *nie* und *selten* wurden mit 0, Antwortoption *manchmal* und *oft* wurden mit 1 kodiert. MZP = Messzeitpunkt; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung.

Nachstehende Tabelle beschreibt detailliert die erzielten deskriptiven Maße pro Tätigkeit (Item) über alle Gruppen und Messzeitpunkte hinweg.

Tabelle 13

Überblick zu berichteten Mittelwerten und Standardabweichungen der Items des impliziten Rationierungsinstruments über alle Messzeitpunkte hinweg

Item	M	SD	Minimum	Maximum	N
Sie ein schmutziges Bett nicht beziehen konnten?	.83	.95	0	3	124
Sie Patienten nicht mobilisieren oder lagern konnten?	.92	1.01	0	3	123
Sie Patienten länger als eine halbe Stunde in Urin, Stuhlgang oder Erbrochenem liegen lassen mussten?	1.35	1.08	0	3	124
Sie bei Patienten eine notwendige Mund- und/oder Zahnpflege nicht durchführen konnten?	1.37	.92	0	3	124
Ein Arzt bei akuten oder plötzlichen Veränderungen des Gesundheitszustands eines Patienten nicht persönlich oder erst mit großer Verspätung vorbeikommen konnte?	1.48	1.18	0	3	124

Anhang H: Weiterführende Ergebnisse zur Variable implizite Rationierung

Item	<i>M</i>	<i>SD</i>	Minimum	Maximum	<i>N</i>
Sie bei Schichtantritt keine Zeit hatten, sich anhand der Pflegedokumentation über die Patientensituation zu informieren?	1.62	.96	0	3	133
Sie bei Patienten nicht wie erforderlich das Essen eingeben konnten?	1.63	1.07	0	3	124
Sie bei Patienten eine notwendige Ganz- oder Teilwäsche und/oder Hautpflege nicht durchführen konnten?	1.63	.99	0	3	123
Sie verwirrte Patienten, die Sie nicht genügend beaufsichtigen konnten, fixieren und/oder Beruhigungsmittel verabreichen mussten?	1.67	.97	0	3	123
Patienten, die geläutet haben, mehr als 5 Minuten haben warten müssen?	1.68	1.03	0	3	127
Sie die bei Patienten durchgeführte Pflege nicht genügend dokumentieren konnten?	1.74	1.18	0	3	122
Sie bei Patienten kein Toilettentraining/ Kontinenztraining durchführen konnten und ihnen deswegen Inkontinenzeinlagen geben oder einen Dauerkatheter einlegen mussten?	1.78	.95	0	3	133
Sie Patienten nicht so häufig überwachen konnten, wie es ärztlich verordnet war oder aus Ihrer Sicht notwendig gewesen wäre?	1.81	1.00	0	3	121
Sie mit Patienten oder Angehörigen ein notwendiges Gespräch nicht führen konnten?	1.83	.86	0	3	132
Sie Patienten und/oder Angehörige von pflegerischer Seite her nicht genügend auf die Entlassung vorbereiten konnten?	1.86	.99	0	3	122
Sie bei Patienten keine aktivierende und/oder rehabilitierende Pflege durchführen konnten?	1.90	1.11	0	3	124
Sie Patienten nicht die notwendige emotionale und psychosoziale Unterstützung und Begleitung anbieten konnten z. B. im Umgang mit Unsicherheit und Angst, dem Gefühl von Abhängigkeit?	2.00	.95	0	3	123
Patienten oder seine Angehörigen nicht anleiten oder schulen konnten?	2.05	.90	0	3	119
Sie keine angemessene Händehygiene durchführen konnten?	2.16	.91	0	3	129

Anmerkungen: *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *N* = Stichprobengröße.

Anhang I: Übersicht digitale Anlagen

Tabelle 14

Übersicht digitale Anlagen

Nr	Name der digitalen Anlage	Kapitelverweis	Titel des Kapitels
1	Masterarbeit Angelika Miller	-	-
2	Trainingsmanual	4.3.2	Prioritäten- durchsetzungstraining
3	Rohdaten	5.1	Voranalysen und deskriptive Analysen
4	Aufbereitete Daten Longformat	5.2	Mehrebenenanalyse
5	Verzichtserklärung auf einen Sperrvermerk des Untersuchungskrankenhauses	-	-

Anmerkungen: Die digitalen Anlagen sind auf der beiliegenden CD gespeichert.