

Aus dem Zentrum für Psychosoziale Medizin
Institut für Medizinische Psychologie der Universität Heidelberg
Direktorin: Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz

Dilemmawahrnehmung von nichtärztlichen
Führungskräften im Krankenhaus – Veränderungen nach
einem Dilemmakompetenztraining

Inauguraldissertation
zur
Erlangung des medizinischen Doktorgrades
an der
Medizinischen Fakultät Heidelberg
der
Ruprecht-Karls-Universität

vorgelegt von
Meike Arend

aus
Berlin

2020

Dekan: Herr Prof. Dr. med. Hans-Georg Kräusslich

Doktorvater: Herr Prof. Dr. rer. soc. Jochen Schweitzer-Rothers

Für Dominik
und meine wundervolle Familie.

INHALTSVERZEICHNIS

Abkürzungsverzeichnis	VI
Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis	VI
1 Einleitung	1
2 Theorie	2
2.1 Definition Dilemma	2
2.2 Mittlere Führungskräfte im Dilemma	4
2.3 Arbeitsplatz Krankenhaus	8
2.4 Berufsgruppen	11
2.4.1 Stationsleitung	12
2.4.2 Service	13
2.4.3 Verwaltung	15
2.4.4 Funktionsleitung	17
2.5 Zielsetzung	17
3 Material und Methoden	18
3.1 Studiendesign	18
3.2 Das Dilemmakompetenztraining	20
3.3 Stichprobe	21
3.4 Erhebung strukturierter Einzelinterviews	23
3.5 Aufbereitung der Daten und Transkription	24
3.6 Qualitative Inhaltsanalyse	24
3.6.1 Das Kategoriensystem	24
3.6.2 Auswertung	25
3.7 Gütekriterien qualitativer Forschung	26
3.8 Ethische Aspekte und Datenschutz	26
4 Ergebnisse	27
4.1 Veränderung	27
4.1.1 Explizit genannte Veränderungen	27
4.1.2 Implizit genannte Veränderungen	28
4.1.3 Strukturelle Veränderungen	29
4.2 Umgangsstrategien mit Dilemmata	31
4.2.1 Reflexhafte Umgangsstrategien	31
4.2.2 Bewusst gewählte Umgangsstrategien	33
4.3 Unmittelbares Erleben von Dilemmasituationen	42
4.3.1 Gedanken / Emotionen	43
4.3.2 Körperliche Symptome	51

4.4	Wirkmechanismen	51
4.4.1	Verständnis über Dilemmata.....	52
4.4.2	Wirkmechanismen in Verbindung mit anderen Trainingsteilnehmern.....	54
4.4.3	Stärkung und Bestätigung der eigenen Person.....	56
4.5	Das Training	59
4.5.1	Als hilfreich Empfundenes.....	59
4.5.2	Hemmnisse.....	63
4.5.3	Negative Nebenwirkungen.....	69
4.6	Auswirkungen Organisation / Umwelt	71
4.6.1	Auswirkungen auf Mitarbeiter	71
4.6.2	Auswirkungen auf Patienten	74
4.6.3	Auswirkungen auf die Organisation.....	74
4.6.4	Sonstiges	75
4.7	Dilemmawahrnehmung.....	76
4.7.1	Dilemmakonstruktion.....	76
4.7.2	Dilemmabewertung.....	77
4.8	Einfluss von Gender.....	79
4.8.1	Genderbewusstsein.....	79
4.8.2	Genderhypothese.....	81
4.9	Einfluss von Profession	83
4.10	Vermutung über andere	84
4.11	Rest	84
4.12	Ergebnisübersicht	86
5	Diskussion	92
5.1	Veränderungen.....	92
5.1.1	Auswirkungen auf Erleben und Organisation.....	92
5.1.2	Veränderung der Strategien.....	93
5.1.3	Wirkmechanismen für Veränderung	94
5.2	Unterschiede	95
5.2.1	Unterschiede zwischen den Berufsgruppen	95
5.2.2	Unterschiede in Bezug auf die Geschlechter	97
5.3	Limitationen.....	99
5.4	Ausblick.....	101
6	Zusammenfassung.....	103
	Literaturverzeichnis	VII
	Eigenanteil an Datenerhebung und -auswertung	XVII
	Anhangsverzeichnis.....	XVIII
	Lebenslauf	XLVIII
	Danksagung.....	XLIX

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

DRG	Diagnosis Related Groups
FPÄndG	Fallpauschalenänderungsgesetz
SEEGEN	Seelische Gesundheit am Arbeitsplatz Krankenhaus
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
DAK	Deutsche Angestellten Krankenkasse
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Entwicklung der Publikationen mit den Schlagworten „Krankenhaus“ und „Führung“. Abfrage des Katalogs der Deutschen Nationalbibliothek. Eigene Darstellung.....	5
Abbildung 2: Darstellung des zeitlichen Ablaufs des Heidelberger Teilprojekts Phase I.	19
Abbildung 3: Darstellung der Lernziele der einzelnen Module des Dilemmakompetenztrainings.....	21

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Darstellung der Hierarchiestufen eines Krankenhauses in den drei Kernbereichen.....	12
Tabelle 2: Darstellung der in die Auswertung eingeschlossenen Teilnehmer.....	22
Tabelle 3: Darstellung der drei häufigsten bewusst gewählten Umgangsstrategien	34
Tabelle 4: Darstellung der drei häufigsten Emotionen/Gedanken im Dilemma.....	43
Tabelle 5: Darstellung der Anzahl Personen, die ‚Zufriedenheit‘ schildern, an den einzelnen Standorten.....	44
Tabelle 6: Darstellung der Anzahl Personen, die ‚Frustration‘ schildern, an den einzelnen Standorten.....	46
Tabelle 7: Darstellung der Anzahl Personen, die ‚Abwertung durch andere‘ schildern, in den einzelnen Berufsgruppen	47
Tabelle 8: Darstellung der drei häufigsten Wirkmechanismen	52
Tabelle 9: Darstellung der drei häufigsten Auswirkungen auf Organisation / Umwelt	71
Tabelle 10: Übersicht über die Ergebnisse	86

1 EINLEITUNG

„Eine führerlose Straßenbahn rollt auf eine Menschenmenge zu. Ein Weichensteller hat die Möglichkeit, die Bahn auf ein anderes Gleis zu lenken, wo ebenfalls Menschen zu Schaden kämen, aber weniger, als wenn man den Dingen ihren Lauf ließe.“ (Engisch 1930)

Dilemmata gehören zu unserem Alltag und scheinen für das menschliche Sein essentiell. Ein Fehlen von Dilemmata würde wohl bedeuten, dass wir Menschen keinen eigenen Willen und keine Fähigkeit hätten, eigene Entscheidungen zu treffen. Wäre die bessere Handlungsalternative bei jeder Entscheidung von vornherein zweifelsfrei eindeutig, so wäre unser Leben in gewisser Weise vorbestimmt und wir nur Marionetten in einem ohnehin durch klare Entscheidungsregeln vorgegebenen Alltag. Es ist also natürlich, dass uns Dilemmata regelmäßig begegnen. Nichtsdestotrotz stellen sie uns vor Herausforderungen. Da es keine objektiv ‚richtige‘ Entscheidung gibt, müssen wir einen Preis für die Entscheidung zahlen. Der Weichensteller in Karl Engischs Beispiel hat die Macht, den Lauf des Geschehens zu beeinflussen. Dies ist ein berühmtes Beispiel, dass seit vielen Jahren in ethischen Diskussionen bemüht wird. Die Entscheidung ist also nicht eindeutig und unterschiedliche Menschen würden sich unterschiedlich entscheiden. Es wird deutlich, dass eine Entscheidung im Dilemma auch etwas mit unserem persönlichen Wertekompass zu tun hat. Gleichzeitig werden unsere Entscheidungen jedoch auch durch äußere Einflüsse geprägt. Was denken andere über unsere Entscheidung? Gibt es gesetzliche oder firmeninterne Richtlinien oder Empfehlungen? Wem entsteht ein Nachteil durch meine Entscheidung? Was wird von mir in meiner Position erwartet?

Mehr zu treffende Entscheidungen im Alltag gehen natürlich gleichzeitig mit mehr Dilemmasituationen einher. Es wird somit klar, dass besonders Menschen, die in ihrem Berufsalltag mit vielen Entscheidungen konfrontiert werden, sehr exponiert für Dilemmasituationen sind und sich regelmäßig in solchen befinden. Insbesondere mittlere Führungskräfte sind in ihrer ‚Sandwich-Position‘ häufig in diesen Zwickmühlsituationen gefangen und berichten, verglichen mit höheren Führungskräften, über ein höheres Maß an emotionaler Erschöpfung (Pangert und Schüpbach 2011).

In einer Studie aus dem Jahr 2010 mit 5500 Befragungen von Führungskräften kommen die Boston Consultant Group und die World Federation of People Management Associations (WFPMA) zu dem Ergebnis, dass mittlere Führungskräfte die Leistungsbereitschaft der Angestellten wesentlich beeinflussen, dass das Engagement dieser in den vergangenen zwei Jahren jedoch um zirka 14% gesunken ist (Caye et al. 2010). Dilemmasituationen setzen Betroffene unter Stress, der wiederum stark mit Burnout assoziiert ist. Gleichzeitig ist die Burnout-Rate bei Angestellten im

Gesundheitswesen hoch und vielfach findet eine Umstellung des Arbeitsmodells bis hin zum Berufsfeldwechsel statt (Hasselhorn et al. 2005). Zugleich herrscht jedoch ein deutschlandweiter Fachkräftemangel im Gesundheitswesen. Es wird offensichtlich, dass sich hier etwas ändern muss.

Die vorliegende Arbeit ist Teil des Teilprojekts „Dilemma-Kompetenz – Wege aus beruflichen Zwickmühlen“ der Universität Heidelberg im Rahmen des durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Forschungsprojekts SEEGEN (Seelische Gesundheit am Arbeitsplatz Krankenhaus). Sie beschäftigt sich mit Zwickmühlsituationen mittlerer Führungskräfte in Krankenhäusern. In dieser Arbeit werden die Berufsgruppen der pflegerischen Stationsleitungen, Funktionsleitungen sowie mittleren Führungskräfte in den Bereichen Service und Verwaltung betrachtet. Es soll beschrieben werden, wie die Führungskräfte nach einem Dilemmakompetenztraining Dilemmata erleben und bewältigen.

In einer Welt, in der alles immer schneller wird und der Zeitdruck und damit auch der Entscheidungsdruck steigt, in der zugleich jedoch die Möglichkeiten und damit Entscheidungsoptionen immer größer werden, scheint Dilemma-Kompetenz und damit verbundene Resilienz wichtiger denn je. Diese Arbeit soll dazu beitragen, Dilemma-Kompetenz bei Angestellten im Gesundheitswesen zu verbessern und somit ihre seelische Gesundheit zu erhalten. Nur wer selbst gesund ist, kann effektiv zur Gesundheit von Patienten beitragen.

2 THEORIE

In diesem Kapitel sollen die der Forschungsfrage zugrunde liegenden Begriffe des Dilemmas und der mittleren Führungskräfte definiert werden und die Besonderheiten der betrachteten Berufsgruppen dargestellt werden. Anschließend wird die Zielsetzung der Arbeit formuliert.

2.1 Definition Dilemma

Dilemmata begegnen uns täglich. Sie reichen von kleinen Alltagsentscheidungen, die uns kaum als Dilemma bewusst sind und meist intuitiv entschieden werden (wähle ich Erdbeer- oder Brombeermarmelade als Aufstrich für mein Brötchen?) bis hin zu Entscheidungen mit weitreichender Wirkung, die uns wochenlanges Grübeln und schlaflose Nächte bescheren können (folge ich dem lukrativen Jobangebot nach Hamburg, obwohl ich mich in der aktuellen Region doch viel wohler fühle?). Allen Dilemmata ist gemein, dass es sich um zwei Optionen handelt, die sich gegenseitig ausschließen, jedoch gleichwertig sind (Gebert 2004). Die Entscheidung für eine der

Optionen kostet also einen Preis. Entscheidet man sich beispielsweise, das Stellenangebot in Hamburg abzulehnen, entgeht einem auch die damit einhergehende Lohnerhöhung. Entscheidet man sich jedoch für das Geld, muss man seine liebgewonnene Heimat aufgeben.

Es kann sich bei einem Dilemma um ein konkretes Beispiel oder um grundsätzliche Fragen der Werteorientierung handeln. Zum Beispiel um eine Ausrichtung auf Wandel oder Stabilität, Ausbau oder Reduktion. Dabei gibt es kein Schwarz oder Weiß, kein Richtig und kein Falsch. Es geht also nicht um eine ‚richtige‘ Entscheidung sondern um das Einnehmen eines Standpunkts im Dilemma (Zwack und Bossmann 2017).

Dilemmata haben einen multifaktoriellen Ursprung. Oft werden Dilemmasituationen durch innere Prämissen hervorgerufen oder verschärft. Dies sind Grundannahmen, die uns bei Entscheidungen leiten, herbeigeführt beispielsweise durch Werte, Ansprüche oder Erfahrungen (Zwack und Bossmann 2017). Neben den widersprüchlichen Ansprüchen, die eine Person an sich selbst stellt, kann ein Dilemma ebenso durch Ansprüche entstehen, die von außen an eine Person gestellt werden. Dies können einzelne Menschen, eine ganze Organisation oder gar eine Kultur sein. Von mehreren Autoren wird die These aufgestellt, dass Dilemmata organisationsimmanent sind, also in einem Unternehmen automatisch angelegt sind. Simon (2015) beschreibt, dass sich Organisationen dadurch auszeichnen, dass sie Handlungsaufforderungen gerecht werden, die sich gegenseitig ausschließen. Dies führt logischerweise dazu, dass sich Mitglieder der Organisation im Spannungsfeld befinden. In einer Klinik stellen Abteilungen der Verwaltung beispielsweise Ansprüche an die Pflegekräfte, kostensparend vorzugehen. Das primäre Ziel einer jeden Pflegekraft sollte jedoch nicht die Kostensenkung, sondern die gute Patientenversorgung sein. Als Teil der Organisation sind Pflegekräfte so von vornherein Dilemmata ausgesetzt. Es gilt nun, sich zu positionieren und gute Entscheidungen zu treffen. Präventiv begegnen lässt sich dem Dilemma jedoch nur durch das Hinterfragen eigener Prämissen.

Die Auswirkungen von Dilemmata im Arbeitsalltag sind vielfältig. Resultierende Konflikte können hierbei intrapersonell (z.B. Empfinden von eigenem Versagen, Wut, Enttäuschung) oder interpersonell (z.B. Streit mit Mitarbeitern, Enttäuschung anderer) sein und bei der betroffenen Person zu Gefühlen wie Traurigkeit oder Wut und zu körperlichen Symptomen bis hin zum Burnout führen (Mullen et al. 2017). Schmid und Hipp (1998) greifen eine Idee aus dem Jahr 1986 (Schmid und Jäger) auf und beschreiben mit einem ‚Dilemmazirkel‘ die Haltungen im Dilemma: Die erste Reaktion ist hiernach das Vermeiden oder Leugnen der Situation. Es folgt die Einsicht, dass etwas getan werden muss, woraufhin die Phase des ‚Strampelns‘ beginnt, gekennzeichnet durch Aktivitäten ohne Zuversicht. Schließlich kommt es zu Phasen der Erschöpfung und zur Verzweiflung. Oft folgt auf die Verzweiflung ein erneutes Vermeiden bzw. Verleugnen und der Zirkel beginnt von vorn. Die Autoren sehen jedoch die Verzweiflung auch als Chance, die Strategie der Lösungssuche zu verändern, da erst durch diese die Kompetenz erreicht wird, die Unlösbarkeit als solche zu identifizieren.

2.2 Mittlere Führungskräfte im Dilemma

Der Begriff ‚Führung‘ beschreibt die an den Zielen der Organisation orientierte, bewusste, zielbezogene Einflussnahme auf Menschen, die an der Leistung der Mitarbeiter gemessen werden kann (Nerdinger 2019). Eine Führungskraft ist damit eine Person, die Leitungsfunktionen in einer Organisation einnimmt. Der Begriff ‚Führungskraft‘ wird im Folgenden, wie in der Literatur üblich, mit dem Begriff ‚Manager¹‘ synonym verwendet. Während in der Literatur ausführliche Beschreibungen und Studien zu der oberen Führungsebene und der operativen Ebene von Unternehmen zu finden sind, blieb die mittlere Führungsebene lange Jahre unbeachtet. In den 1990er Jahren ging dies sogar bis zu dem Vorwurf, dass das mittlere Management eine effiziente Unternehmensorganisation und einen optimalen Informationsfluss behindern würde (Fifka und Kraus 2013). Auch wenn sich der Ruf der mittleren Führungskräfte inzwischen wieder zu bessern scheint, ist diese Führungsebene nach wie vor schwierig von den anderen Ebenen abgrenzbar. Walgenbach (1994, S. 8) sagt, dass die Unterschiede zwischen den Hierarchieebenen vor allem an den Bedingungen, unter denen Entscheidungen getroffen werden, und an der Tragweite dieser festzumachen sind. Während dies für die obere und untere Ebene relativ offensichtlich ist, neigt man bei der mittleren Führungsebene dazu, eine Ausschluss-Definition zu wählen. In der Literatur wird eine Definition oft gar nicht erst getätigt. Zudem wird betont, dass der Aufgabenbereich der mittleren Führungsebene sehr unterschiedlich ausfallen kann und selbst zum Teil erneut in mehrere Ebenen unterteilt ist (Fifka und Kraus 2013). Als gemeinsamen Nenner kann man in vielen Literaturquellen mittlere Führungskräfte dadurch definiert sehen, dass sie zwischen der strategischen und der operativen Ebene in Organisationen vermitteln (Floyd und Wooldridge 1997; Mintzberg 1989). Sie führen somit zumeist weder operative noch politische Aufgaben durch, sondern sind für administrative Tätigkeiten zuständig. Zudem sind mittlere Manager in einem Organigramm dadurch zu erkennen, dass sowohl über ihnen als auch unter ihnen Manager zu finden sind (Mintzberg 2010).

In den letzten Jahren wird die Rolle der mittleren Führungskräfte in der Literatur und Praxis zunehmend als wichtiger eingeschätzt. Sie werden als „Leistungsträger“ im Unternehmen beschrieben (Hölterhoff et al. 2011b), als Vermittler zwischen Abteilungen und den zunehmend geografisch getrennten Teilen des Unternehmens (Balogun und Johnson 2004), gar als maßgeblich für Veränderung im Unternehmen (Fifka und Kraus 2013). Huy (2001) beschreibt mittlere Manager als essenziell für ein Unternehmen und als oft sogar besser als Topmanager in ihrer Fähigkeit, Probleme aus der Distanz zu sehen und Veränderung herbeizuführen. Die Zunahme des Interesses an Führungskräften im

¹ Im Sinne der besseren Lesbarkeit wird in der gesamten Arbeit häufig nur die männliche Form genannt. Gemeint sind immer alle Geschlechter.

Krankenhaus wird auch an der veröffentlichten Literatur zu dem Thema deutlich (siehe Abbildung 1).

Die Tätigkeitsfelder mittlerer Führungskräfte umfassen Fachaufgaben, Managementaufgaben und Führungsaufgaben (Hölterhoff et al. 2011b). Sie stehen im Zentrum der Kommunikation zwischen oberer und unterer Führungsebene und benötigen für die weitreichenden Aufgabenfelder eine Vielzahl an Kompetenzen, darunter im Sinne der Kommunikationsfunktion vor allem interpersonelle Kompetenzen (Stahl 1997). Ihre Rolle als Bindeglied zwischen unterer und oberer Managementebene geht mit dem Vorteil einher, dass sie durch ihre operativen Tätigkeiten wichtige Probleme identifizieren, zugleich jedoch durch ihren Abstand zur oberen Führungsebene Entwicklungsstrategien beurteilen können. Zudem haben sie näheren Kontakt zu Mitarbeitern der unteren Ebene und zu Kunden und verfügen so über ein breites Wissen sowie Informationen, die ihnen eine gute Strategieentwicklung ermöglicht. Currie und Procter (2001) schreiben mittleren Managern zudem eine entscheidende Macht im Unternehmen zu: Durch die gewählte Art, in welcher sie Informationen an die obere Führungsebene übermitteln, haben sie großen Einfluss auf die nachfolgende Strategieplanung dieser Ebene. Zugleich beeinflussen sie die Ausführung der Strategien durch die Wahl der Kommunikationsmittel in Kontakt mit der unteren Führungsebene. Auch Gioia und Chittipeddi (1991) rechnen der mittleren Führungsebene durch die Möglichkeit der eigenen Interpretation bei der Kommunikation viel Macht und Einfluss an.

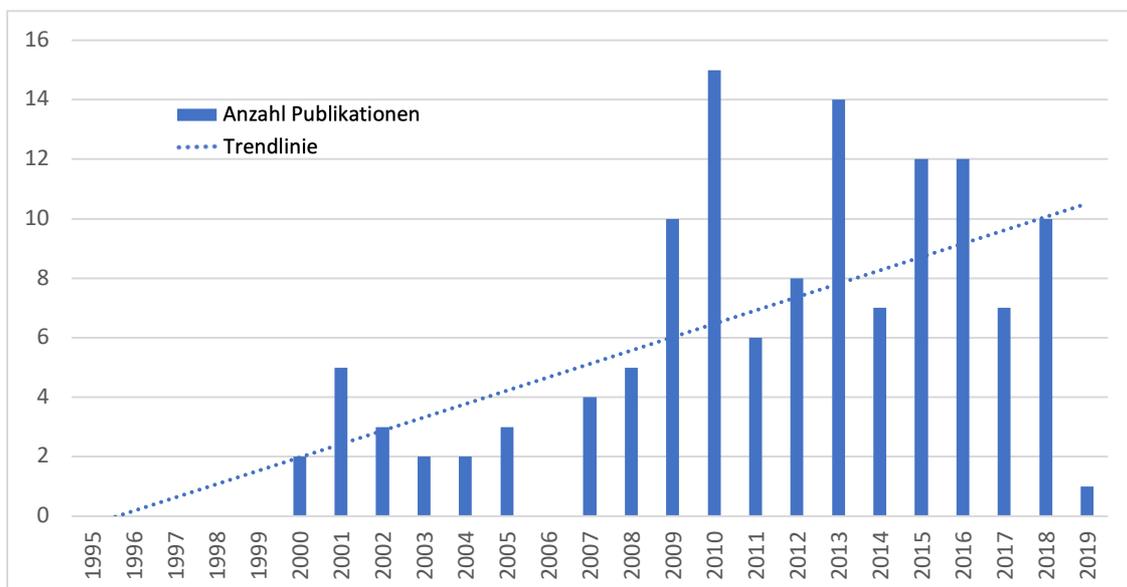


Abbildung 1: Entwicklung der Publikationen mit den Schlagworten „Krankenhaus“ und „Führung“. Abfrage des Katalogs der Deutschen Nationalbibliothek. Eigene Darstellung.

In Kapitel 2.1 wurde bereits aufgezeigt, dass Dilemmata in Organisationen angelegt sind. Fifka und Kraus (2013) und auch Tracy (1993) beschreiben, dass sich gehäuft

mittlere Führungskräfte mit Dilemmata in Organisationen konfrontiert sehen. Tracy (1993) bezeichnet ihre Interessens- und Loyalitätskonflikte gar als „fundamentales Dilemma“.

Beim Lesen von Literatur zur Dilemmathematik stößt man immer wieder auf den Begriff der ‚Sandwich-Position‘ mittlerer Manager (Badura et al. 2011; Walter 2016; Wieser 2014). Hiermit wird die strukturelle Position beschrieben, zwischen der oberen und der unteren Führungsebene bzw. der ausführenden Ebene zu stehen. Zum anderen wird der Begriff auch verwendet, um den Druck zu veranschaulichen, der auf mittleren Führungskräften lastet: Sie haben nicht genug Macht, um strategische Entscheidungen des Unternehmens zu treffen. Die oberen Führungskräfte erwarten von ihnen dennoch, dass sie die Unternehmensentscheidungen durchsetzen. Gleichzeitig werden sie direkt mit den Erwartungen der Angestellten konfrontiert (Badura et al. 2011) oder müssen Entscheidungen durchsetzen, hinter denen sie selbst nicht stehen. Somit sind sie allein aufgrund ihrer Position bereits konstant Rollenkonflikten ausgesetzt. Gilboa et al. (2008) konnten zeigen, dass solche Rollenkonflikte einen negativen Einfluss auf die Arbeitsqualität haben. Sind die obere Managementebene oder die Mitarbeiter unzufrieden, steht der mittlere Manager als Kommunikator zwischen den Ebenen im Mittelpunkt des Ärgers.

Hölterhoff et al. (2011a) beschreiben, dass sich Mitarbeiter in einer Expertenorganisation, wie beispielsweise einem Krankenhaus, mehr mit dem Professions- als mit dem Organisationsaspekt ihrer Tätigkeit identifizieren. Da die Organisation jedoch die Durchsetzung ihrer Ziele von den mittleren Führungskräften erwartet, entsteht erneut ein Rollenkonflikt.

Schlechte Strategien für Dilemma- und Konfliktbewältigung können zu einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit führen. Ist dies bei mittleren Führungskräften der Fall, hat dies auch einen negativen Einfluss auf die Angestellten. Gesunde Führungskräfte können daher auch besser selbst gesundheitsfördernd auf Mitarbeiter wirken (Wilde et al. 2009). Bruch und Kowalevski (2013), die das mittlere Management auch als „Schlüsselposition und zentrale Schnittstelle im Unternehmen“ bezeichnen, zeigen, dass Mitarbeiter 40% bessere Werte in psychischer Gesundheit erzielen, wenn das mittlere Management psychisch gesund ist. Kuruüzüm et al. (2008) und Chandraiah et al. (1996) statieren zugleich, dass besonders das mittlere Management von Burnout gefährdet ist. Die Autoren zeigen zudem, dass diese Führungsebene vermehrt an Berufsunzufriedenheit leidet, während Lundqvist et al. (2013) erneut die Exposition zu Rollenkonflikten im mittleren Management mit Burnout assoziieren.

Bereits der Begriff „mittel“ impliziert bei dieser Führungsebene Durchschnittlichkeit. Nicht selten stehen mittlere Manager daher im Schatten der Unternehmensführung. Die

Unternehmensstrategien werden von oben vorgegeben und trotz ihrer Management-Rolle kann das Gefühl aufkommen, nicht genug Macht für die Position zu haben. Zudem sind mittlere Führungskräfte im Gegensatz zu ihren Vorgesetzten oft nicht gut einzuordnen, da die Definition, wie oben bereits gezeigt, recht vage ist. Auch dies kann zu einem Gefühl der Minderwertigkeit führen. Ein steigendes Hierarchie-Level mit zunehmender Einflussnahme geht zudem mit einem sinkenden Belastungserleben einher (Sherman et al. 2012), wonach mittlere Führungskräfte belasteter sind als höhere Führungskräfte.

Auch der Aufgabenbereich einer mittleren Führungskraft ist nicht so klar definiert wie der einer oberen Führungskraft. Die Aufgabenbereiche überschneiden sich mit denen anderer Managementebenen (Schnoor et al. 2015), wodurch ein Alleinstellungsmerkmal fehlt. Walgenbach (1994, S. 229-231) beschreibt die Aufgaben der mittleren Führungskräfte gar als „Pufferfunktionen“. Sie werden „auch dazu eingesetzt, die zentralen Arbeitsprozesse gegenüber internen Störungen abzusichern“. Damit kommt der mittleren Führungskraft viel Verantwortung zu, der sie unter Umständen nicht immer gerecht werden kann. Interne Störungen könnten basierend auf dieser Aussage auf mittlere Führungskräfte zurückgeführt werden und es ist leicht vorstellbar, dass durch diesen Druck Stress entsteht. Dass Stress krank machen kann und beispielsweise das Auftreten ischämischer Herzerkrankungen fördern kann (Nyberg et al. 2009) ist hinlänglich bekannt. Auch Fifka und Kraus (2013) beschreiben, dass mittlere Führungskräfte gefordert sind und oft sogar überfordert werden.

Führt man sich das Demand-Control-Modell von Karasek und Theorell (1990) vor Augen, so ist es wenig verwunderlich, dass mittlere Führungskräfte erhöhten Belastungen ausgesetzt sind. Das Modell beschreibt, dass Menschen in einer Position, die mit hohen Anforderungen bei gleichzeitig geringer Kontrolle einhergeht, ein schlechteres Allgemeinbefinden haben (Van der Doef und Maes 1999). Mittlere Führungskräfte scheinen in ihrer Situation, wenig strategische Entscheidungen selbst zu treffen und dennoch eine wichtige Vermittlerrolle zu tragen und große Wichtigkeit für das Unternehmen zu besitzen, genau in diese Kategorie zu passen. Siegrist (1996) macht ein Ungleichgewicht im Demand-Control-Modell und den dadurch entstehenden Stress für kardiovaskuläre Erkrankungen verantwortlich.

In der heutigen Zeit, die von Leistungsdruck und Ressourcenmangel geprägt ist, scheinen mittlere Führungskräfte besonders stressexponiert. Die Aufgaben sind zeitintensiv, das Privatleben leidet (Bartholomeyczik et al. 2008; Lundqvist et al. 2013). Viele mittlere Führungskräfte gehen aufgrund des empfundenen Drucks auch zur Arbeit, wenn sie eigentlich krank sind (Pangert und Schüpbach 2011). Zudem nehmen sie erhöhte Arbeitszeiten in Kauf (Lohmann-Haislah 2013). Dies wiederum hat unter Umständen Langzeitausfälle zur Folge. Auch Trends wie eine zunehmende Arbeitsverdichtung haben eine negative Wirkung (Lohmann-Haislah 2013).

Insgesamt ist zu erkennen, dass die mittlere Managementebene einer stärkeren emotionalen Erschöpfung unterliegt als höhere Führungspositionen (Pangert und Schüpbach 2011).

Es wird deutlich, dass mittlere Führungskräfte in ihrer Rolle besonders exponiert für Dilemmata und Stress im Allgemeinen sind, was wie oben dargestellt zu einer erhöhten Belastung und daraus resultierenden negativen Folgen führt. Als gleichzeitige „Stützen des Unternehmens“ (Stahl 2004, S. 24) und „Schlüssel zum Unternehmenserfolg“ (Walter 2016) wird offensichtlich, dass die Stärkung von Resilienz und Prävention von Belastungsfolgen eine hohe Priorität besitzen. Die vorliegende Arbeit soll hierzu beitragen.

2.3 Arbeitsplatz Krankenhaus

In Kapitel 2.2 wurde bereits herausgestellt, dass die mittlere Managementebene insgesamt in der Literatur noch unterrepräsentiert ist. Auch die speziellen Probleme der mittleren Führungskräfte in Kliniken sind in der Literatur noch nicht ausreichend vertreten (Hölterhoff et al. 2011b). Gleichzeitig gewinnt das Management im Krankenhaus mit zunehmendem wirtschaftlichem Druck und Konkurrenz immer mehr an Bedeutung (Meyer 2009, S. 2). In diesem Kapitel soll daher ein Blick speziell auf die Problematik der mittleren Führungsebene im Kontext des Arbeitsplatzes Krankenhaus geworfen werden.

Zunächst gibt es Probleme, die im Gesundheitswesen schon lange existieren. Allen voran in Hinblick auf Dilemmata im Arbeitsalltag in medizinischen Berufen die ethischen Dilemmata. Diese reichen von Dilemmata mit medizinischem Schwerpunkt (stellen wir die lebenserhaltenden Maßnahmen ein oder nicht?) bis hin zu Dilemmata mit betriebswirtschaftlicher Komponente (entlassen wir den Patienten im Sinne einer Kosteneinsparung oder betreuen wir ihn weiterhin auf Station?). Die zeitliche und mentale Belastung bei Arbeitskräften im Gesundheitswesen ist zudem hoch und so entsteht leicht ein Dilemma zwischen Beruf und Arbeitsleben (Mache und Kordsmeyer 2019).

Bereits in ihrer Rolle als mittlere Manager sind pflegerische Stationsleitungen, Funktionsleitungen und mittlere Führungskräfte in Service und Verwaltung von vornherein Rollenkonflikten ausgesetzt (vgl. 2.2). Als Führungskräfte im medizinischen Dienst kommen weitere Rollenkonflikte hinzu: Beispielsweise die Rollenkonflikte Pflege/Führungskraft oder Werte/Wirtschaft (Schnoor et al. 2015).

Ein weiteres Problem im Krankenhaus stellt die noch immer recht starre hierarchische Struktur dar, die sich auch in den Gehaltszahlungen bemerkbar macht. Demnach fühlen sich viele Pflegekräfte weniger wertgeschätzt, sind verärgert und enttäuscht (Hampel 2003). Im Gespräch mit rund 15 mittleren Führungskräften aus den Bereichen

Stationsleitung und Service in einer mittelgroßen Klinik in Baden-Württemberg konnte ich herausfinden, dass diese Personen einen Verlust der Wertschätzung ihrer Berufsgruppen beklagen. Auch gaben ausnahmslos alle Befragten an, ihre Arbeit als unterbezahlt zu empfinden.

Neben den seit jeher bestehenden Problematiken in Krankenhäusern kommen durch Veränderungen im Gesundheitswesen immer neue Herausforderungen hinzu. Wir leben in einer Zeit der Beschleunigung und Arbeitsverdichtung (Lohmann-Haislah 2013). Der hiermit verbundene Zeitdruck führt unweigerlich zu Stress, was wiederum mit einer Abnahme der Arbeitsqualität einhergeht (Boyd 1997). Es herrscht zunehmende Ökonomisierung und Ressourcenknappheit. Zu den knappen Ressourcen gehören Geld und Fachkräfte. Stretch und Marckmann (2010) fanden in einer Umfrage heraus, dass 54% der befragten Ärzte aus Kostengründen notwendige pflegerische Maßnahmen nicht anordneten. Dies in 14% der Fälle mindestens einmal pro Woche. Auch Nagel (2011) schildert in einem Interview mit der F.A.Z. Sonntagszeitung die Rationierung als großes Problem, das sogar dazu führe, dass jeden Tag bis zu zwei schwerkranke Patienten durch die Klinik abgewiesen würden. Vera (2009) beschreibt, dass „aus ärztlich geprägten Heilanstalten industriell geprägte Krankenhausfabriken geworden sind, die nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen gesteuert werden.“ Es scheint ein Wandel der Maxime des Heilens und Pflegens der Krankenhäuser hin zu einer Gewinnmaximierung vorzuliegen. Hierbei wird auch die Behandlungszeit pro Patient reduziert (Böhm 2019; Maio 2012). Die zunehmende Bedeutung des wirtschaftlichen Aspekts macht sich auch in dem steigenden Wettbewerbsdruck bemerkbar (Amelung et al. 2009, S. 17). Im Informationszeitalter immer informiertere Patienten werden auch darin gestärkt, sich informiert für ein Krankenhaus zu entscheiden, statt automatisch das wohnortnächste Krankenhaus anzuzielen. Es steigt also der Druck der Krankenhäuser, für Patienten attraktiv zu sein, um im Wettbewerb mithalten zu können (Hölterhoff et al. 2011b).

Eine weitere knappe Ressource sind Fachkräfte, vor allem im Bereich der Pflege. Blum (2019, S. 67) zeigt, dass dies ein zunehmendes Problem ist: Während 2011 36,9% der Krankenhäuser Stellenbesetzungsprobleme im Pflegedienst auf Normalstationen hatte, waren es 2016 bereits 51,4%.

Mit steigendem Alter der Gesamtbevölkerung gibt es auch eine zunehmende Anzahl multimorbider Patienten (Iseringhausen und Ständer 2012, S. 195-196). Dies bedeutet einen zunehmenden Arbeitsaufwand für Kliniken. Der gleichzeitig vorliegende Mangel an medizinischem Personal macht deutlich, dass die Arbeitsbelastung steigt und zunehmend dilemmatische Entscheidungen getroffen werden müssen, beispielsweise welcher Patient das letzte freie Bett auf Intensivstation erhält.

Während zunehmend Managerqualitäten von mittleren Führungskräften in Kliniken gefragt werden, wird ein fehlendes Führungswissen mehr und mehr zur Herausforderung

und Belastung (Schnoor et al. 2015). Die Grenzen zwischen medizinischer Rolle und Führungsrolle sind schlecht greifbar. Die zunehmende administrative Arbeitsbelastung mittlerer Führungskräfte im Krankenhaus wird von Bartholomeyczik et al. (2008) mit einer Abnahme der Arbeitszufriedenheit in Verbindung gebracht. Auch Buchanan et al. (2013) verbinden die zunehmende Menge der Aufgaben dieser Personengruppe mit erhöhtem Stress.

Mit der Reform der ‚Diagnosis Related Groups‘ (DRG) folgte durch das zweite Fallpauschalenänderungsgesetz (2. FPÄndG) 2004 eine Umstellung der Finanzierung von Krankenhäusern in Deutschland auf ein diagnosebezogenes Fallpauschalensystem. Dies führt unter anderem dazu, dass eine möglichst schnelle Entlassfähigkeit der Patienten erzielt werden soll. Laut Braun (2014, S. 93) wurden nach Beginn der Fallpauschalenvergütung 1996 und DRG-Einführung im Jahr 2011 2,68 Mio. Patienten mehr vollstationär entlassen. Die Anzahl der Vollzeitkräfte in der Pflege sank jedoch zugleich um 38.606. Die Arbeitsverdichtung nahm somit seither für den Pflegebereich enorm zu. Dies geht mit einer ansteigenden Belastung bei Pflegepersonal einher (Bartholomeyczik et al. 2008).

Eine weitere Entwicklung, die mit der DRG-Reform verstärkt wurde, war ein Absinken der Anzahl Krankenhäuser und Krankbetten bei zugleich steigenden Ausgaben. So sind die Fallzahlen zwischen 1991 und 2018 um mehr als 30% gestiegen, während sich die durchschnittliche Verweildauer fast halbiert hat (DESTATIS 2020). Die Anzahl Krankenhäuser ist ebenfalls um ca. 20% gesunken. Die Anzahl nicht-ärztlichen Personals hat trotz steigender Fallzahlen und geringerer Verweildauer nicht zugenommen. Dies bedeutet einen starken Anstieg der Arbeitsbelastung bis hin zu einer Gefährdung der Patientensicherheit (Bundesärztekammer 2008).

Gleichzeitig hat sich durch die DRG-Reform der Dokumentationsaufwand erheblich erhöht (Bartholomeyczik et al. 2008). Zusätzlich beruhen die Definitionen des diagnosebezogenen Entlohnungssystem auf medizinischen Diagnosen, die mit sehr unterschiedlichem pflegerischem Aufwand einhergehen. Demzufolge bildet das System pflegerische Leistung schlecht ab. Lohmer (2006) betont, dass die höhere Arbeitsverdichtung zu höherer Belastung und damit sogar zu einem angespannteren Verhältnis zwischen Mitarbeitern und Leitung führt. Es ist davon auszugehen, dass vor allem Kooperation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen in den Krankenhäusern sowie eine patientenorientierte Sichtweise essenziell für die betroffenen Personen selbst, die Kliniken und die Patienten sind (Wietek 2005, S. 116).

Die negativen Auswirkungen der beschriebenen Gegebenheiten und Veränderungen sind beträchtlich, unter anderem auf Qualität der Patientenversorgung, Patientenzufriedenheit, das ethische Klima und das Würdeerleben von Mitarbeitern (Zydzianaite und Suominen 2014). Zudem kann es zu gesundheitlichen Einbußen, Burnout, Depression, Suchtmittelmissbrauch und sogar Suizidalität kommen.

Rollenkonflikte, wie die oben beschriebenen, erhöhen das Risiko solcher selbstschädigender Maßnahmen (Reimer et al. 2001; Reimer et al. 2005). Agerbo et al. (2007) konnten in einer Studie mit 55 Berufsgruppen zeigen, dass das Suizidrisiko bei Ärzten am höchsten ist, dicht gefolgt von Arbeitslosen und Pflegekräften. Es kommt bei Krankenhausmitarbeitern zu Gesundheitseinbußen durch Überstunden und ein hohes Arbeitspensum (Pisljar et al. 2011). Auch Bartholomeyczik et al. (2008) bestätigen eine Zunahme psychosozialer Belastung.

In einer Studie mit über 3000 Ärzten verschiedener Kliniken gaben 71% an, dass die Gestaltung der Arbeitszeiten in ihrem Krankenhaus ihre Gesundheit negativ beeinflusse. 89% fühlten sich in ihrer Leistungsfähigkeit beeinflusst (Bund 2013). Da diese in ähnliche Arbeitszeitmodellen arbeiten wie beispielsweise pflegerische Stationsleitungen, ist davon auszugehen, dass dies auf diese übertragbar ist.

Bartholomeyczik et al. (2008) beschreiben eine Abnahme der Arbeitszufriedenheit, eine Zunahme administrativer Aufgaben sowie einen erhöhten Zeitdruck als Folge des Personalabbaus in Kliniken. Ein weiteres negatives Resultat ist das Leiden der Arbeitsqualität unter der anhaltenden Belastung (Gilboa et al. 2008).

Kane et al. (2007) fanden hingegen heraus, dass eine höhere Zahl qualifizierter Pflegekräfte mit einer niedrigeren Sterblichkeitsrate, weniger Herzstillständen und Lungenentzündungen bei Patienten einhergehen. Dies bedeutet also direkt eine verbesserte Patientensicherheit und im Umkehrschluss Patientengefährdung bei Fachkräftemangel. Gleichzeitig stellt auch eine verbesserte Kommunikation zwischen Ärzten und Pflege eine entscheidende Maßnahme zu einer besseren Patientensicherheit dar (Benner 2007).

Grundsteine für eine verbesserte Patienten- und Angestelltensicherheit sowie höhere Zufriedenheit am Arbeitsplatz Krankenhaus sind also gelegt. Die Strecken, die für den symbolisch fahrenden Zug der Entwicklung des Gesundheitswesens ein gutes Ziel wären, sind bekannt. Die Weichen wurden mit Dingen wie der DRG-Reform mal besser und mal schlechter gestellt. Es wäre vermessen, zu sagen, dass mit dieser Arbeit eine Verbesserung der Weichenstellung erreicht werden kann. Sie soll jedoch einen Beitrag leisten, die Schienen ein wenig zu polieren, damit der Zug weniger holprig fährt.

2.4 Berufsgruppen

Das Krankenhaus als Organisation besteht normalerweise aus den drei heterogenen Subsystemen Ärzte, Pflege und Verwaltung (Hölterhoff et al. 2011a). Jede Untergruppe hat hierbei unterschiedliche Aufgaben, Probleme und Stressoren. In der vorliegenden Arbeit werden vier Berufsgruppen der Probanden unterschieden: pflegerische Stationsleitungen, Funktionsleitungen, Service und Verwaltung. Die Gruppe Mitarbeiter, die hierbei für diese Arbeit von Interesse ist, ist jeweils die mittlere Führungsebene der genannten vier Gruppen. Dieses strategische Management stand bisher nicht im

Vordergrund, gewinnt jedoch mit zunehmendem Wettbewerb und somit zunehmender Steuerung und Planung immer mehr an Bedeutung (Schönenberger 2005).

Die folgende Tabelle soll veranschaulichen, wie die Berufsgruppen unterteilt sind und welche Teile das mittlere Management darstellen. Die Bereiche der Funktionsleitung und Serviceleitung werden im Unterkapitel 2.4.4 bzw. 2.4.2 gesondert behandelt, da sie in weniger Hierarchieebenen unterteilt sind bzw. sich zum Teil mit Ebenen der drei Hauptgruppen überschneiden.

Tabelle 1: Darstellung der Hierarchiestufen eines Krankenhauses in den drei Kernbereichen

Ärzte	Pflege	Verwaltung
Ärztlicher Direktor Chefarzt	Pflegedirektor Pflegedienstleitung	Geschäftsführung Bereichsleitung
Leitender Oberarzt Oberarzt	Abteilungsleitung Stationsleitung	Abteilungsleitung Teamleiter
Facharzt Assistenzarzt PJ-Student Famulant	Pflegekraft Pflegehilfskraft Auszubildende Praktikant o.Ä.	Sachbearbeiter Assistenzkraft Auszubildende Praktikant, Werkstudent o.Ä.

Mittlere Führungsebene farblich hervorgehoben, abnehmende Hierarchie von oben nach unten

2.4.1 Stationsleitung

Die erste Gruppe, die für diese Arbeit von Interesse ist, ist die der pflegerischen Stationsleitungen. Hierbei handelt es sich um ausgebildete Pflegekräfte, die nach mindestens zwei Jahren Berufserfahrung eine ein- bis zweijährige Weiterbildung zur Stationsleitung absolviert haben. Da die Weiterbildung dem Landesrecht unterliegt, gibt es hier zumeist kleinere Unterschiede in Anforderungen und Umfang.

Die Aufgaben der Stationsleiter sind jedoch recht einheitlich und unterscheiden sich eher je nach Größe der Klinik. Zu ihnen gehören organisatorische Aufgaben der Station mit Personalmanagement, Verantwortung für Dienstpläne, Koordination von Aus- und Weiterbildung, Qualitätssicherung und Vieles mehr. Da sich die einzelnen Weiterbildungen stark in ihren Schwerpunkten unterscheiden, wird nicht immer eine tiefgründige Kompetenz zum Beispiel in Budgetplanung vermittelt. Dies führt im Arbeitsalltag leicht zu Konfliktsituationen, besonders Rollenkonflikten. Buhr und Klinko (2006) sagen jedoch: „Leitende [...] Pflegekräfte haben insgesamt weniger Probleme damit, ökonomische Interessen in ihr berufliches Selbstverständnis zu integrieren, als Pflegekräfte im Stationsbereich [...]“. In ihrer Eigenwahrnehmung scheinen die pflegerischen Stationsleitungen sich also durchaus als für diese Bereiche verantwortliche Führungskraft wahrzunehmen.

Berchtold und Schmitz (2009) beschreiben, dass sich die Subsysteme der Ärzte und Pfleger im Krankenhaus vor allem in Fachfragen als „klinische Koalition“ gegen andere

Gruppen, wie beispielsweise die Verwaltung, zusammenschließen. Als Unterschied geben die Autoren jedoch an, dass sich die Pflege mehr auf die Patientenbetreuung ausrichtet und sich innerhalb des Krankenhauses orientiert, während die Ärzte sich mehr auf ihre Fachdisziplin und Entwicklungen außerhalb der Klinik fokussieren.

Als sehr patientennahe Berufsgruppe in der Klinik ist die Pflege in der mittleren Führungsebene besonders von Rollenkonflikten betroffen. Sie haben Sachaufgaben und Steuerungsaufgaben und sehen sich oft im Spagat zwischen Managementaufgaben und Fachaufgaben, wie der Patientenpflege (Schwarz 2009, S. 195). Mintzberg (2010, S. 108) beschreibt viele Stationsleiter als „Schwämme“: Sie absorbieren Druck, um ihre Ärzte zu schützen. Dies wiederum führt zu Erschöpfung und Ausgebranntsein.

Die pflegerischen Stationsleitungen nehmen eine wichtige Führungsrolle ein. Häufig sehen sie sich jedoch, wie allgemein mittlere Führungskräfte oft, als Vermittler der Entscheidungen statt als Entscheidungsfinder. Hasselhorn et al. (2005, S. 45) sehen Stationsleitungen als besser für Leitungstätigkeiten geeignet als manch höhere Führungsebene und begrüßen daher ein Dezentralisieren von Entscheidungsbefugnissen.

Während die pflegerischen Stationsleitungen der mittleren Führungsebene zugerechnet werden (vgl. 2.2), teilen sie dennoch die Aufgaben der ‚normalen‘ Pflegekräfte und müssen körperlich hart arbeiten. Dies führt zu körperlicher Belastung und geht häufig mit Unzufriedenheit einher. Hasselhorn et al. (2005, S. 105) zeigten in einer Studie, dass 34,2% der Pflegekräfte in Leitungspositionen unzufrieden oder sehr unzufrieden mit den körperlichen Arbeitsbedingungen sind. Dies scheint bei mittleren Führungskräften in der Pflege besonders ausgeprägt zu sein, da hier das Spagat zwischen schwerer körperlicher Belastung und administrativen Aufgaben besonders ausgeprägt ist, während mittlere Führungskräfte in beispielsweise einem Bürojob von der körperlich arbeitenden Mitarbeiterebene zumeist weit entfernt sind.

Wilde et al. (2009, zit. nach Braun et al. 2004) beschreiben, dass sich in einer bundesweiten Studie 65,1% der befragten Pflegekräfte durch Zeitdruck und die Hälfte durch ein Übermaß an administrativen Aufgaben in ihrer Gesundheit belastet fühlen. Sie erwähnen jedoch auch, dass 88,7% der Befragten ihre Arbeit interessant und abwechslungsreich finden, 68,5% das Team als wichtige soziale Stütze empfinden und für 66,4% ihre Arbeit eine persönliche persönliche Bestätigung darstellt.

2.4.2 Service

Zu der Gruppe des Servicebereichs im Krankenhaus gehören Reinigungskräfte, Angestellte in der Sterilisation, Handwerker, Techniker, Hygienefachkräfte und Hauswirtschaftskräfte, die beispielsweise in Küche oder Wäscherei einer Klinik arbeiten. Obwohl die Gruppe so groß und vielfältig ist, gibt es noch wenig Forschung in diesem Bereich, da der Schwerpunkt in der Literatur meist bei Ärzten und Pflege angesiedelt ist.

Dies ist überraschend, da es sich um eine enorm wichtige Gruppe handelt. Ein Nicht-Funktionieren der Reinigung in einer Klinik führt exemplarisch zur Verbreitung von Krankheitserregern, was wiederum schlimme gesundheitliche Konsequenzen bis zur Todesfolge nach sich ziehen kann (Zuberi 2013).

Gleichzeitig scheint diese Unterrepräsentation in der Literatur trotz der Wichtigkeit ebenso ihr Bild in der Gesellschaft widerzuspiegeln. Die Professionalität und der Wert dieser Gruppe wird oft unterschätzt, da Dinge wie Reinigungsarbeiten zu Hause von jeder Privatperson ausführbar sind, ohne dass hierfür eine umfangreiche Bildung erforderlich ist. In der Gesellschaft werden Reinigungskräfte daher nicht hoch angesehen. Diese soziale Stigmatisierung führt zu psychischer Belastung (Charles et al. 2009).

Auch im Krankenhaus selbst genießen die Servicekräfte einen schlechten Ruf und stehen in der Hierarchie ganz unten (Gather et al. 2005, S. 112). Der fehlende Respekt geht sogar so weit, dass Mitarbeiter anderer Berufsgruppen absichtlich Lappen auf den Boden werfen oder Spritzen achtlos im falschen Behältnis entsorgen, wodurch eine ernsthafte Gesundheitsgefahr für die Reinigungskräfte entsteht (Badura et al. 2009).

Ein weiteres Problem der Mitarbeiter im Servicebereich im Krankenhaus ist nach Eigenstetter et al. (2016) die teilweise fehlende Bildung. Zu 60% handelt es sich bei Mitarbeitern der Reinigungsbranche um nicht ausgebildetes Personal (Eigenstetter et al. 2016). Laut dem Autor haben zudem 35% einen Migrationshintergrund, was auch aufgrund der teilweise bestehenden Sprachbarriere zu einer mangelnden Aufklärung über Rechte führen kann. Die fehlende soziale Unterstützung und mangelnder rechtlicher Schutz werden auch von Charles et al. (2009) beklagt. Gather et al. (2005, S. 112) bringen zudem die erschwerte Kommunikation mit der Gefahr der falschen Dosierung von Reinigungsmitteln und somit akuter Gesundheitsgefahr in Verbindung.

Auch die Arbeitsbedingungen stellen neben den zuvor genannten Problemen Belastungen für die Servicekräfte dar. In der Regel herrschen Schichtarbeitssysteme mit 12-Stunden-Schichten nachts, zum Teil mit 12 Schichten in Folge. Daraus resultiert eine erhöhte Unfallgefahr, Leistungsminderung und Gesundheitsgefährdung (Wilde et al. 2009, S. 80). Der Stress bedingt durch die Arbeitszeiten führt zudem zu Gesundheitsfolgen wie Diabetes (De Cássia Félix de Almeida et al. 2011).

Gesundheitliche Gefährdung besteht neben den oben beschriebenen Risiken für die Reinigungskräfte auch körperlicher Natur, beispielsweise durch die Reinigungsmittel selbst. Diese können Atemwegserkrankungen, Hauterkrankungen und Allergien hervorrufen, außerdem besteht durch Kanülen Infektionsgefahr, Verletzungsgefahr durch scharfe Gegenstände oder Bruchstücke und ein Risiko für Erkrankungen des Bewegungsapparates durch eine schlechte Körperhaltung (Charles et al. 2009). Mitarbeiter der Sterilisation sehen sich ebenso chemischen und biologischen Gefahren (EU-OSHA - European Agency for Safety and Health at Work 2009, S. 25ff.) sowie

gefährlichen Instrumenten ausgesetzt (Vaz et al. 2010). Handwerker und Techniker im Krankenhaus wiederum stellen sich den Risiken durch Reparaturarbeiten, der Infektionsgefahr über kontaminierte Materialien oder Oberflächen sowie der Gefahr durch Schimmel und Staub (Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene 2015).

Auch im Servicebereich gibt es in der heutigen Zeit Änderungen, die die Arbeitsbedingungen verschärfen. So werden Servicebereiche wie Wäscherei und Reinigung immer mehr ausgegliedert, wodurch auch die Tarifbindung teilweise umgangen wird und es zu schlechteren Löhnen kommt (Buhr und Klinke 2006, S. 128). Laut Ver.di (ver.di n.d.) betrifft diese Auslagerung inzwischen mindestens 20% der Beschäftigten in Krankenhäusern. Das geringe Einkommen und der wenige Urlaub haben negative Auswirkungen auf Arbeit und Privatleben (Krzeslo et al. 2014; Zuberi 2013). Durch die schlechtere Arbeit, beispielsweise eine nicht ausreichende Reinigung, entsteht wiederum ein erhöhtes gesundheitliches Risiko für Mitarbeiter und Patienten. Charles et al. (2009) beschreiben Reinigungskräfte als eine der am schlechtesten bezahlten Berufsgruppen. Mit zunehmendem Kostendruck der Kliniken werden zudem immer mehr Löhne minimiert, während die zu reinigende Fläche zunimmt (Gather et al. 2005, S. 22). Rein rechnerisch können die Reinigungskräfte selbst mit größter Mühe die Arbeit daher nicht bewältigen (Eigenstetter et al. 2016, S. 24), was erneut zu Gesundheitsgefahr für Angestellte und Patienten führt. Daneben fehlt es an finanziellen Mitteln, die für eine sachgerechte und gründliche Reinigung erforderlich wären (Exner und Popp 2013) und es steht nicht genügend Schutzkleidung zur Verfügung (Eigenstetter et al. 2016, S. 28).

Insgesamt liegt der Grad der Beanspruchung bei Reinigungskräften laut einer Studie der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) 27% über dem Bevölkerungsdurchschnitt. Vor allem seien Reinigungskräfte von Übermüdung und Erschöpfung betroffen. Dies führe dazu, dass ihre psychische Gesundheit 9% schlechter ist als der Bundesdurchschnitt und sogar 51% mehr psychosomatische Beschwerden geäußert werden.

Aufgrund ihrer hohen Belastung, enormer Wichtigkeit und zugleich bisheriger Unterrepräsentation in der Literatur, wird die Gruppe der Servicekräfte daher in dieser Arbeit betrachtet.

2.4.3 Verwaltung

Das System der Verwaltung erfüllt auf den ersten Blick im Krankenhaus ähnliche Aufgaben wie in einer anderen Firma. Sie umfasst Aufgaben in Bereichen wie Organisations-, Wirtschafts- und Personalangelegenheiten. Auf den zweiten Blick jedoch wird klar, dass es besonders für Verwaltungsstellen mit dem Primärziel der Kostensenkung zu ethischen Problemen in Form von Dilemmakonstellationen kommt, da

auch ein auf Kostensenkung fokussierter Mitarbeiter der Verwaltung nicht ausblenden kann, dass es um Menschenleben geht, nicht etwa um Gegenstände.

Teilweise verbinden sich einzelne Berufsgruppen der Klinik mit der Verwaltung, um Stärke zu erlangen. Erneut gerät die Verwaltung in ein Dilemma zwischen Neutralität und Koalitionspartner. Beispielsweise wird beschrieben, dass sich Koalitionen zwischen Verwaltung und Pflege bilden, um Zielstellungen gegen die Ärzte durchzusetzen (Schmitz und Berchtold 2009, S. 171).

Während die Umstrukturierungen der Krankenhäuser in den letzten Jahren tendenziell zu einer Abwertung der zuvor beschriebenen Berufsgruppen führte, wurde die traditionelle Dreierführung aus Verwaltungsleitung sowie ärztlicher und pflegerischer Leitung abgesetzt und durch Verwaltungsleitungen ersetzt (Braun in Manzei 2014, S. 190). Dies geht mit einem höheren Stellenwert und größerer Macht der Verwaltung einher, zugleich ergeben sich hieraus jedoch auch erhöhter Druck und mehr Zwickmühlsituationen.

Auch Buhr und Klinke (2006) beschreiben eine Stärkung der Position der Verwaltung durch den Ausbau von Informationssystemen und neue Stellen. Gleichzeitig lassen sie jedoch nicht außer Acht, dass durch die neuen Stellen ein Ungleichgewicht zwischen den Mitarbeitern entsteht, da neue Mitarbeiter für die gleiche Arbeit zum Teil schlechter bezahlt werden. Die Schlussfolgerung liegt nahe, dass dies zu Unzufriedenheit und zu einer Belastung bei den betroffenen Personen führt. Eine Fragebogen-Studie der BGW und DAK (2001) mit 517 Verwaltungsmitarbeitern, die vor allem nach Unzufriedenheit, Erschöpfung und belastenden Gedanken fragte, zeigt, dass Verwaltungsmitarbeiter insgesamt 25% mehr belastet sind als der Bevölkerungsdurchschnitt in Deutschland. Durch steigenden Kostendruck steigt zugleich der Druck auf die Kostenschlüsselstelle, also wieder die Verwaltung.

Obwohl die Verwaltung eine zentrale Rolle in der Kliniksteuerung einnimmt, gibt es Kommunikationsprobleme mit anderen Berufsgruppen. 73% der im Rahmen des mehrjährigen Projekts WAMP (Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System) befragten Ärzte bezeichnen die Zusammenarbeit mit der Verwaltung als schlecht. Dies führt also offenbar auch zu einem schlechten Ruf der Verwaltung. Auch der Verwaltung selbst stehen die Kommunikationsbedingungen im Weg: Häufig dringen Anweisungen nicht bis zu den Klinikmitarbeitern niedrigerer Ebenen vor und werden dementsprechend nicht umgesetzt (Buhr und Klinke 2006, S. 17). Dies führt zu Dilemmasituationen für mittlere Führungskräfte in der Verwaltung, die Anordnungen der höheren Führungskräfte durchsetzen sollen.

Das Beschlussprotokoll des 111. Deutschen Ärztetages der Bundesärztekammer (2008) legt nahe, dass sich Ärzte von den Beschlüssen der Verwaltung unfair behandelt fühlen. Das daraus entstandene Beschlussdokument zeigt, dass sich in der behandelten

Thematik die Ärzte durchsetzen und die Verwaltung das Nachsehen hat, obwohl es sich um ein Schwerpunktgebiet der Verwaltung handelt.

Von Eiff (2000) gibt an, dass jeder fünfte Verwaltungsmitarbeiter im Krankenhaus sehr unzufrieden mit dem Arbeitsklima ist. Die Anforderungen an die Verwaltung werden komplexer, es steht immer weniger Zeit für immer mehr Aufgaben zur Verfügung und der zunehmende Anspruch der Wettbewerbsfähigkeit wirkt sich direkt auf die Verwaltungsmitarbeiter aus, die diese Interessen in einer Umgebung durchsetzen müssen, in der das Hauptziel der Arbeit nicht die Kostensenkung sein sollte.

2.4.4 Funktionsleitung

Funktionsleitungen sind eine sehr heterogene Gruppe. Sie gehören den verschiedensten Funktionsbereichen in Krankenhäusern an. Hierzu gehören beispielsweise kardiologische Sektionen, Logopädie, Endoskopie, Dialyse, radiologische oder bewegungstherapeutische Bereiche. Je nach Bereich sind die Tätigkeitsfelder sehr verschieden, genauso wie die Intensität des Patientenkontakts. Mit der Vielfalt der Aufgaben geht auch die Vielfalt der Probleme einher. Daher wird in diesem Abschnitt im Sinne der Übersichtlichkeit nicht näher auf die individuellen Problemfelder eingegangen, auch wenn zwei Teilnehmer des Trainings der großen Gruppe der Funktionsleiter zugeordnet werden.

2.5 Zielsetzung

In Kapitel 2.3 wurde die Arbeit im Krankenhaus im Zusammenhang mit sich ergebenden Problemen und Dilemmasituationen bereits dargestellt. Deutlich wurde, welchen negativen Effekt unter anderem die zunehmende Arbeitsverdichtung und Ressourcenknappheit haben. Klar ist, dass sich etwas ändern muss. Wie gezeigt, hat die aktuelle Situation in Krankenhäusern einerseits negative Folgen für Patienten, andererseits für Krankenhausmitarbeiter. Zunehmend mehr Pflegekräfte hegen den Wunsch, ihren Beruf zu verlassen (Hasselhorn et al. 2005). Negative Folgen für Mitarbeiter wirken sich wiederum negativ auf die Patientenversorgung aus. Ein echter Teufelskreis.

Das Gesundheitssystem lässt sich nicht mit einfachen Maßnahmen ändern. Es liegt jedoch nahe, dass bei der steigenden Arbeitsbelastung, immer mehr Zeitdruck und Konfliktpotenzial, eine Stressreduktion und eine Stärkung der Resilienz bei den Krankenhausmitarbeitern positive Auswirkungen hätte.

Studien mit Trainings zur Stärkung der Resilienz und besserem Umgang mit Dilemmasituationen mit mittleren Führungskräften in der Industrie wurden bereits mit positiven Ergebnissen durchgeführt (Zwack und Bossmann 2017). Verhältnismäßig

kleine Maßnahmen scheinen hier eine große Wirkung zu haben und sind im Vergleich zu einem Wandel des gesamten Gesundheitswesens relativ leicht durchführbar. Es konnte zudem bereits gezeigt werden, dass stressmindernde Resilienztrainings für Mitarbeiter im Gesundheitswesen Wirkung haben (Johnson et al. 2015; Mache et al. 2015; Sood et al. 2011). Dies wurde jedoch bisher noch nicht speziell auf mittlere Führungskräfte im Gesundheitswesen angewandt. Da sich die Situation der Angestellten im Gesundheitswesen jedoch signifikant von Problemlagen von mittleren Führungskräften aus Handel oder Industrie unterscheidet, wie auch Hölterhoff et al. (2011a) betonen, scheint ein Resilienztraining für mittlere Führungskräfte im Krankenhaus längst überfällig.

Ein solches Training wurde im Rahmen von „Dilemma-Kompetenz – Wege aus beruflichen Zwickmühlen“ als Teilprojekt des Forschungsprojekts SEEGEN durchgeführt. Die vorliegende Arbeit soll beschreiben, wie die Teilnehmer nach dem Training berufliche Dilemmasituationen erleben, welche Strategien sie im Umgang mit Dilemmasituationen anwenden und durch welche Wirkmechanismen das Training zu einer Veränderung beitragen konnte.

Hierdurch soll als übergeordnetes Ziel ein Beitrag zu einer besseren Primärprävention stressbedingter Erkrankungen im Gesundheitswesen geleistet werden.

3 MATERIAL UND METHODEN

In diesem Kapitel sollen Material und Methodik dieser Arbeit als Teil des Großprojekts vorgestellt werden. Zusätzlich wird die Abgrenzung zu anderen im Rahmen des Großprojekts entstandenen und entstehenden Arbeiten erläutert.

3.1 Studiendesign

Diese Arbeit ist im Rahmen des an der Universität Heidelberg durchgeführten Forschungsteilprojekts „Dilemma-Kompetenz – Wege aus beruflichen Zwickmühlen“ entstanden. Dieses ist Teil des Forschungsverbunds SEEGEN, welcher über vier Jahre (Oktober 2017 bis September 2021) vom BMBF gefördert wird. Das übergeordnete Ziel des Projekts ist die Unterstützung einer gesundheitsförderlichen Arbeitsumgebung, in der Belastungen reduziert und Ressourcen zur individuellen Bewältigung aktiviert werden. Es soll ein übertragbares, wirksames und evidenzbasiertes Modell entstehen, von dem Krankenhäuser deutschlandweit profitieren können.

Das Großprojekt lässt sich in drei Hauptphasen gliedern, die wiederum in Teilphasen unterteilt sind. Die erste Phase dient der Evaluation besonders vulnerabler bzw. multiplikativer Zielgruppen und wird im Heidelberger Teilprojekt an einem öffentlich-rechtlichen Klinikverbund durchgeführt. Sie widmet sich mit fünf Unterprojekten

verschiedenen Aspekten der gesundheitlichen Primärprävention. Die Unterprojekte finden an verschiedenen Standorten statt. Das Heidelberger Teilprojekt, in dessen Rahmen diese Arbeit entstanden ist, ist Projekt 1.B der ersten Phase. Die zweite Phase findet im Sinne der Überprüfung der Ergebnisse aus Phase I als komplexe Intervention an Modellkrankenhäusern statt, im Heidelberger Teilprojekt an einem Universitätsklinikum. Phase III ist ein über die Dauer der beiden ersten Hauptphasen laufendes betriebswirtschaftliches Teilprojekt zur quantitativen Erfassung von Kennzahlen.

Das Teilprojekt in Heidelberg beschäftigt sich primär mit der Evaluation einer Primärprävention gesundheitlicher Schäden bedingt durch Stress durch Dilemmasituationen. Ziel hierbei ist die Stärkung mittlerer Führungskräfte in Kliniken in der Fähigkeit zur Reflexion von Konflikten, Klärung des eigenen Standpunkts und Finden tragbarer Lösungen, mit dem Ziel der Stressreduktion und somit gesundheitlicher Primärprävention. Ein Training, das sich bereits in der Industrie beweisen konnte (Zwack und Bossmann 2017) wurde hierzu zielgruppenspezifisch modifiziert.

In der Planungsphase 2017 wurden in einem großen öffentlich-rechtlichen Klinikverbund in Süddeutschland ca. 130 mittlere Führungskräfte aus den Bereichen Stationsleitung, Bereichsleitung und Verwaltung kontaktiert, von denen sich 42 Personen freiwillig für das Training anmeldeten. Neben diesen Berufsgruppen wurden auch Oberärzte in den Kliniken rekrutiert, die jedoch Teil einer separaten Dissertationsarbeit darstellen. Ab Januar 2018 wurden die Teilnehmer in semistrukturierten qualitativen Einzelinterviews zu ihrem Umgang mit Dilemmasituationen im beruflichen Alltag befragt. Hierdurch konnte eine zielgruppenspezifische Weiterentwicklung des Trainings (s. 3.2) erfolgen, das Mitte 2018 an den vier Standorten des Klinikverbunds startete. Während des Trainings fanden regelmäßig kurze Befragungen der Teilnehmer durch Online-Fragebögen und Feedback-Runden statt. Hierdurch konnte das Training erneut in kleineren Punkten an die Bedürfnisse der Teilnehmer angepasst werden.

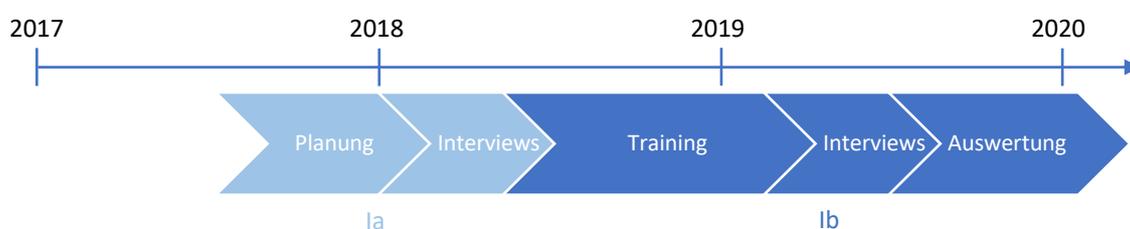


Abbildung 2: Darstellung des zeitlichen Ablaufs des Heidelberger Teilprojekts Phase I.

Für diese Arbeit relevant sind die nach Abschluss des Trainings ab Anfang 2019 stattgefundenen erneuten halbstrukturierten Einzelinterviews der Teilnehmer. Diese

fokussierten sich auf die Frage der Veränderungen durch das Training in Bezug auf Erleben von Dilemmata und Strategien im Umgang mit diesen (Interviewleitfaden s. Anhang).

Durch die so ermöglichte Evaluation des Trainings und der zielgruppenspezifischen Bedürfnisse, kann das Training weiterentwickelt werden und schließlich auf andere Kliniken ausgeweitet werden, um eine weitreichende Primärprävention stressbedingter Folgeerkrankungen im Gesundheitswesen zu erzielen.

3.2 Das Dilemmakompetenztraining

Das Dilemmakompetenztraining fand von April 2018 bis Februar 2019 an den vier Kliniken des öffentlich-rechtlichen Klinikverbands in Süddeutschland statt. Pro Standort nahmen im Schnitt zunächst 17 Personen an den Trainings teil. Diese setzten sich zusammen aus Oberärzten, Stationsleitungen und mittleren Führungskräften aus den Bereichen Service und Verwaltung. Im Verlauf des Trainings meldeten sich 12 Personen ab, sodass im Schnitt 14 Personen pro Standort teilnahmen, wovon einzelne Personen aus beruflichen oder privaten Gründen an einzelnen Trainings verhindert waren.

Die Trainerinnen, die das Training maßgeblich entwickelt haben und auch an der Vorstudie beteiligt waren, sind systemische Coaches und Organisationsberaterinnen und weisen 8-10 Jahre Berufserfahrung auf.

Das Training umfasste pro Standort 30 Stunden. Modul 1 und Modul 6 waren intensivere Einheiten mit je 6 Stunden, die restlichen sechs Module dauerten je drei Stunden. Zwischen den einzelnen Modulen lagen jeweils vier bis fünf Wochen. Das Training fand während der Arbeitszeit der Teilnehmer statt und nahm die Form einer moderierten kollegialen Beratung im Sinne eines geschützten Raums ein (Veith 2002). Hierbei wurden in den ersten sechs Modulen Inhalte vermittelt und geübt, eingeleitet durch Impulsreferate durch die Trainer. Dieser Intensivphase schloss sich die Phase der Nachhaltigkeit und Supervision an (Modul 7 und 8), in denen noch spezifischer die Probleme der Teilnehmer reflektiert werden konnten.

Auf der folgenden Seite sind die Ziele der einzelnen Module des Dilemmakompetenztrainings dargestellt.

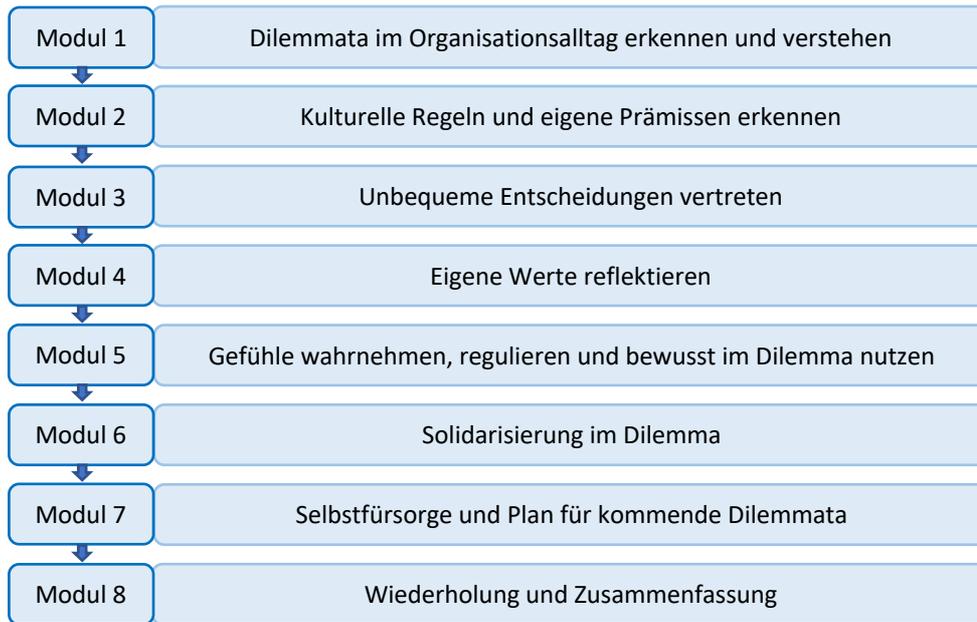


Abbildung 3: Darstellung der Lernziele der einzelnen Module des Dilemmakompetenztrainings.

3.3 Stichprobe

Zum Training und somit zur Studie meldeten sich 69 Personen an, darunter 42 Personen aus den Berufsgruppen Funktionsleitung, Stationsleitung, Service und Verwaltung. Insgesamt ergaben sich darunter elf „Dropouts“. Als solche wurden Personen definiert, die sich selbstständig vom Training abmeldeten. Drei der elf Dropouts zogen ihre Teilnahme vor Beginn des Trainings zurück, sieben Personen während des Trainings und eine Person nach dem Training. Demnach schlossen 31 Personen der für diese Arbeit relevanten Berufsgruppen das Training ohne Abmeldung ab und werden demnach in die Auswertung der Ergebnisse einbezogen.

Einschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie waren die Position der mittleren Führungskraft im Sinne einer Personalverantwortung für mindestens zwei Mitarbeiter, die Zugehörigkeit zu einer der oben genannten Berufsgruppen an einem der vier Standorte sowie regelmäßiger Mitarbeiterkontakt. Außerdem musste die deutsche Sprache verhandlungssicher in Wort und Schrift beherrscht werden und Bereitschaft und Auskunftsfreude für die Teilnahme an der Studie bestehen.

Ausschlusskriterien ergeben sich aus dem Nichterfüllen der Einschlusskriterien. Zudem wurden Führungskräfte, die an mehr als der Hälfte der Trainingstermine nicht anwesend waren, nicht in die Analysen eingeschlossen.

In der Planungsphase wurde die Fallzahl mit dem Programm G-Power 3.1.2 berechnet, wodurch sich eine Stichprobengröße von $n=30$ für alle Teilnehmer einschließlich der Ärzte ergab. Somit bestand eine große Toleranz für Dropouts und die Mindestanzahl der Studienteilnehmer konnte deutlich übertroffen werden.

Zu den 31 für diese Arbeit relevanten Teilnehmern gehören zwei Funktionsleiter, sechs Führungskräfte aus der Verwaltung, sieben aus dem Servicebereich sowie 16 Stationsleiter (darunter sieben stellvertretende Stationsleiter). Sechs der 31 Führungskräfte arbeiten Teilzeit. Die Altersspanne reicht von 32 bis 62 Jahren. Der Mittelwert des Alters liegt bei 48,5.

Das Geschlechterverhältnis Männer:Frauen ist 13:18. 18 Personen haben Kinder, die meisten hiervon zwei Kinder. 13 Personen haben keine Kinder. Ein Teilnehmer ist zudem verwitwet, eine Person geschieden, fünf ledig, sechs Personen leben in einer Partnerschaft und 18 sind verheiratet.

Auf die Standorte sind die Teilnehmer wie folgt verteilt: 8 Personen arbeiten an Standort A, vier Personen an Standort B, neun Personen an Standort C und neun Personen an Standort D. Die Standorte waren – bis auf Ausnahmen bei Nachholen eines Termins an einem anderen Standort durch Verhinderung am eigentlichen Termin – auch die Orte der Trainingsteilnahme.

Tabelle 2: Darstellung der in die Auswertung eingeschlossenen Teilnehmer

#	Standort	Geschlecht	Alter	Familienstand	Kinder	Beruf
1	C	M	46	verheiratet	3	Bereichsleiter Hauswirtschaft
2	A	M	61	verheiratet	1	leitende Hygienefachkraft
3	D	W	56	verheiratet	0	AEMP-Leitung
4	C	W	51	in Partnerschaft	2	AEMP-Leitung
5	D	W	53	verheiratet	1	Hauswirtschaftsleitung
6	C	W	52	ledig	0	Leitung Patientenarchiv / Service
7	A	W	56	verheiratet	0	Hauswirtschaftsleitung
8	A	W	49	in Partnerschaft	2	MDK Leitung / Verwaltung
9	A	M	51	verheiratet	2	Stabstelle Qualitätsmanagement
10	D	W	52	ledig	1	Leitung MDK / Fallmanagement
11	B	M	35	verheiratet	1	Stabstelle Qualitätsmanagement
12	C	M	32	in Partnerschaft	0	Leitung Geschäftsbereich Controlling
13	C	W	52	verheiratet	0	Presse und Öffentlichkeitsarbeit
14	B	W	56	ledig	0	stellvertretende Funktionsleitung
15	A	W	40	ledig	0	Funktionsleitung
16	C	W	49	verwitwet	2	Therapieleitung
17	C	W	62	verheiratet	0	Funktionsleitung
18	C	M	47	verheiratet	3	Stationsleitung
19	B	M	53	verheiratet	1	Stationsleitung
20	B	M	44	verheiratet	2	Stationsleitung
21	D	M	53	verheiratet	3	Stationsleitung
22	A	W	53	verheiratet	2	OP-Koordinator Gesamtleitung
23	A	M	37	verheiratet	3	stellvertretende Stationsleitung

24	D	W	45	in Partnerschaft	0	Stationsleitung
25	D	M	34	in Partnerschaft	0	stellvertretende Stationsleitung
26	C	W	39	ledig	0	Stationsleitung Kardiologie
27	A	W	50	geschieden	2	stellvertretende Stationsleitung
28	D	W	57	verheiratet	2	Bereichsleitung
29	D	M	32	in Partnerschaft	0	stellvertretende Stationsleitung
30	D	W	59	verheiratet	0	stellvertretende Stationsleitung
31	A	M	48	verheiratet	5	stellvertretende Stationsleitung

3.4 Erhebung strukturierter Einzelinterviews

Zur Erhebung der qualitativen Daten dienten, wie auch in der Vorrunde, semistrukturierte Einzelinterviews. Semistrukturiert bedeutet in diesem Fall, dass die Rahmenstruktur von einem Interviewleitfaden vorgegeben war und somit die interviewten Personen (Interviewees) durch gezielte Fragen von den Interviewführerinnen auf Themenfelder von Interesse gelenkt werden konnten, jedoch ausreichend Raum für freies Erzählen war.

Der Interviewleitfaden (s. Anhang 2) wurde von den Interviewführerinnen M. Born und A. Drews in Zusammenarbeit mit M. Pfisterer und mir entworfen. Grundlage waren Erfahrungswerte der beiden geschulten Mitarbeiterinnen aus der ersten Interviewrunde vor dem Training, Erfahrung aus dem Training und Literatur zu vorhergehenden Studien in der Industrie (Zwack und Bossmann 2017). Der Vorteil eines leitfadenbasierten Interviews ist das Beschränken der maximalen Offenheit im Sinne einer Strukturgebung bei zugleich jedoch wenig starrer Struktur, die demnach dem Forschungsziel dient, nicht jedoch hinderlich für freie Assoziation ist (Baur 2014). Im Gegensatz zum stark geskripteten Interview führt die Orientierung an einem Leitfaden mit Kernpunkten zu einer höheren Ausschöpfung und damit Erfolg im Interview (Groves et al. 2009). Im Interview selbst dienten die Fragen des Leitfadens so als Brückenpfeiler im Interviewgespräch, größtenteils wurden jedoch eigene Gedanken der Teilnehmer aufgegriffen und an Gesprächspausen die Leitfragen formuliert, um eine Vergleichbarkeit bei der Auswertung zu gewährleisten.

Die Interviews fanden zwischen dem 7. Februar 2019 und dem 14. März 2019 an den jeweiligen Klinikstandorten statt und wurden von den Interviewführerinnen M. Born und A. Drews durchgeführt. Einige Interviews wurden von mir begleitet.

Das Hauptinteresse bei den Interviews lag an der Veränderung in Umgang mit Dilemmasituationen und deren Erleben bei den Teilnehmern, hinzugewonnenen Strategien, einer Evaluation des Trainings sowie Wirkmechanismen, die möglicherweise eine Veränderung hervorgerufen haben.

3.5 Aufbereitung der Daten und Transkription

Die Interviews wurden mittels eines Tonbandgeräts aufgezeichnet. Im Anschluss wurden diese unter Zuhilfenahme des Programms f5 7.0.2 von mir im Sinne der Vereinheitlichung nach dem von L. Birke entworfenen Transkriptionsleitfaden (s. Anhang 3) im Zeitraum von Februar bis Mai 2019 transkribiert. Die Transkription folgte den Vorgaben von Kuckartz (2010) als transkriptbasierte Analyse, d.h. als vollständige Transkription des Gesagten mit hoher Genauigkeit. Anschließend wurden die transkribierten Interviews mit Hilfe des Programms MAXQDA Analytics Pro 2018, Release 18.2.3, inhaltsanalytisch ausgewertet (vgl. 3.6.2).

3.6 Qualitative Inhaltsanalyse

3.6.1 Das Kategoriensystem

Die qualitative Inhaltsanalyse stellt den Kern der vorliegenden Untersuchung dar. Grundlage hierfür war das Kategoriensystem (s. Anhang 1), welches in der Arbeitsgruppe mit den beiden Projektleiterinnen A. Drews und M. Born sowie M. Pfisterer und mir entworfen wurde. M. Pfisterer schrieb selbst eine Qualifikationsarbeit wie ich und betrachtete in ihrer Arbeit die Gruppe der Oberärzte.

Basis für die deduktive Findung der Kategorien für den ersten Entwurf waren neben Wissen aus der Theorie Notizen, die während der Interviews angefertigt worden waren, sowie Eckpunkte des Interviewleitfadens. Zudem sollten thematisch Bereiche abgedeckt werden, die für die einzelnen Forschungsfragen relevant schienen. Durch diese Arbeit wurden in einem ersten Treffen der Arbeitsgruppe im März 2019 Oberkategorien abgeleitet und durch Unterkategorien mit ersten Definitionen ergänzt. Die Definitionen dienten einer erhöhten Trennschärfe sowie dem einheitlichen Verständnis der Kategorien. Bei den Kategorien wurden jeweils maximal zwei Ebenen erstellt, d.h. Oberkategorie und zugehörige Unterkategorien.

Der erste Entwurf des Kategoriensystems wurde anhand von jeweils drei Transkripten von den Codiererinnen getestet. In einem zweiten Arbeitsgruppentreffen folgte die induktive Ableitung bzw. Modifizierung von Kategorien aus dem gesichteten Textmaterial. Mit diesem zweiten Entwurf des Kategoriensystems wurden nun von M. Pfisterer und mir jeweils 33% der Transkripte codiert. Hierbei zeigten sich erneut Themenfelder, die von dem bisherigen System nicht oder nicht ausreichend erfasst wurden, wonach das Kategoriensystem erneut modifiziert wurde. Teilweise mussten auch Definitionen erweitert werden, um eine höhere Trennschärfe zu erreichen.

Nach Fertigstellung des finalen Kategoriensystems erfolgte ab Juni 2019 eine zweifache Berechnung der Interrater-Reliabilität (s. 3.7). Ab diesem Zeitpunkt wurden keine Änderungen am Kategoriensystem mehr vorgenommen, um die Werte der Interrater-Reliabilität nicht zu verfälschen. Alle Transkripte wurden nach Beschließen der

finalen Version des Kategoriensystems mit dieser Version codiert, d.h. auch bereits zuvor mit früheren Entwürfen codierte Transkripte wurden erneut codiert, um ein einheitliches System zu gewährleisten.

Insgesamt fasst die finale Version des Kategoriensystems 21 Oberkategorien und 117 Unterkategorien.

3.6.2 Auswertung

Für das Codieren der Passagen wurden bereits beim ersten Treffen der Arbeitsgruppe Regeln festgelegt. Demnach sollten alle Textstellen kategorisiert werden. Textstellen, die zu keiner Kategorie passten, wurden der Kategorie „Rest“ zugeordnet. Ebenso waren reine Verneinungen auf Fragen ohne weiteren Inhalt als „Rest“ zu codieren, genauso wie Beschreibungen über Dilemmasituationen, die privater, nicht beruflicher Natur waren.

Eine Mehrfachzuteilung zu verschiedenen Oberkategorien war möglich, da eine Aussage mehrere Themenfelder umfassen konnte. Eine Codierung in mehrere Unterkategorien einer Oberkategorie war unzulässig, um trennscharf zu arbeiten. War ein Differenzieren in der Praxisanwendung hierdurch nicht möglich, wurde dies jeweils zur Diskussion gestellt und die Unterkategorien zum Teil modifiziert, die Definitionen angepasst, einzelne Unterkategorien verworfen oder um neue Unterkategorien ergänzt.

Das Interpretieren von impliziten Inhalten war ausdrücklich erlaubt, da es sich um eine qualitative, nicht um eine quantitative Inhaltsanalyse handelte.

Die zu codierenden Textstellen wurden zum Teil großzügig gefasst, um einzelne unbedeutende Wörter oder Lautäußerungen nicht separat zu codieren.

Die beschriebene Form der Auswertung orientiert sich an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Inhaltsanalyse ist nach Übereinstimmung der einschlägigen Literatur die Analyse von Material einer Form von Kommunikation. Dieses Kriterium ist durch die aufgezeichneten und transkribierten Interviews erfüllt. Weitere Faktoren der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring wurden ebenfalls erfüllt:

- Das systematische, durch Regeln geleitete Vorgehen wird durch die oben genannten Regeln dargestellt.
- Kategorien stehen im Zentrum der Analyse.
- Das Kategoriensystem wurde in mehreren dokumentierten Probedurchläufen getestet.
- Die Analyse erfolgt theoriegeleitet (beispielsweise durch das zunächst deduktive Herleiten der Kategorien).
- Durch verschiedene methodische Standards, wie die Interrater-Reliabilität (vgl. 3.7), werden Gütekriterien erfüllt.

3.7 Gütekriterien qualitativer Forschung

Qualitative Analyse ist nicht quantitativ reproduzierbar wie etwa technische Messungen. Umso wichtiger ist es, dass auch hier Standards eingehalten werden, um eine Güte zu gewährleisten und den Einfluss durch die Subjektivität der Codierer zu minimieren. Zu den Gütekriterien gehören die klassischen Kriterien Objektivität, Reliabilität und Validität. Flick (2004, S.47) beschreibt das Problem der Reliabilität, da qualitative Daten in Form einer Erzählung nicht in derselben Form reproduzierbar sind. Validität wird durch die Strukturierung der Interviews durch den Fragebogen im Vergleich zu offenen Erzählungen erhöht (Mey und Mruck 2010). Die Güte der Objektivität wird durch die Bestimmung der Interrater-Reliabilität erzielt. Diese sichert die Unabhängigkeit der Ergebnisse vom Untersucher (Mayring 2010, S. 117).

Zur Bestimmung der Interrater-Reliabilität wurden per Zufall 20% der Interviews ausgewählt. Diese wurden zunächst von mir mit der aktuellsten Version des Kategoriensystems codiert und im Anschluss von M. Pfisterer ‚verblindet‘ gecodiert. Dies bedeutet, dass M. Pfisterer die Einteilung der codierten Segmente sehen konnte, nicht jedoch, welcher Code jeweils vergeben worden war. Die Berechnung der Interrater-Reliabilität erfolgte anschließend durch MAXQDA. Das Ausmaß, in dem die beiden Codierer derselben Variable den gleichen Wert zu ließen, also den gleichen Code für das gleiche Textsegment vergaben, lag im ersten Durchgang bei 73,06%. Der Wert wurde von dem Programm MAXQDA berechnet und als ‚Cohens Kappa‘ angegeben. Nach diesem ersten Durchgang erfolgte ein Treffen, in dem Schwierigkeiten mit dem Kategoriensystem besprochen wurden, die zuvor beim separaten Codieren nicht aufgefallen war. Daraufhin wurden einige Definitionen von Unterkategorien nochmals angepasst, um die Trennschärfe zu erhöhen und ein gleiches Verständnis sicherzustellen. Beispielsweise wurden die Begriffe ‚Empowerment‘ und ‚Selbstwirksamkeit‘ besser gegeneinander abgegrenzt. Im Anschluss wurden die Transkripte mit dem modifizierten Kategoriensystem erneut codiert und wiederum gecodiert. Bei diesem Durchgang konnte eine Interrater-Übereinstimmung von 82,73% erzielt werden. Nach Abschluss des Durchgangs wurde das Kategoriensystem nicht weiter verändert, um die Güte der Reliabilität bzw. Objektivität nicht zu verfälschen.

3.8 Ethische Aspekte und Datenschutz

Die Maßnahmen der Studie waren nicht gefährlich und wurden an mutmaßlich gesunden und im Beruf aktiven mittleren Führungskräften durchgeführt. Es kamen keine körperlichen Maßnahmen zum Einsatz. Die Methoden der Trainings und der Interviews wurden bereits in ähnlichen Studien ohne negative Auswirkungen eingesetzt.

Die Teilnahme an der Studie war freiwillig und konnte jederzeit von den Teilnehmern selbst ohne Nachteile widerrufen werden. Es gab keine Belohnung oder Aufwandsentschädigung für die Teilnahme.

Eine Ethikkommission hat in ihrer Sitzung am 18.12.2017 über das Forschungsvorhaben beraten und keine Bedenken gegen die Durchführung festgestellt.

Die Interviewees wurden vor Aufzeichnung der Interviews über diese aufgeklärt und konnten die Aufzeichnung ohne Auswirkung auf die weitere Studienteilnahme ablehnen.

Die Personendaten und Transkripte wurden anonymisiert und mit Passwort geschützt und die Tonspuren werden nach Abschluss des Forschungsprojekts gelöscht.

4 ERGEBNISSE

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Interviews basierend auf dem durch die Arbeitsgruppe erarbeiteten Kategoriensystem dargestellt und ausgewertet. Hierfür wurden einzelne Kategorien im Sinne einer besseren Übersicht bewusst thematisch geordnet. Die ursprüngliche Reihenfolge im Kategoriensystem ist dem Anhang zu entnehmen.

4.1 Veränderung

Das Erfassen von Veränderung in Erleben und Umgang mit Dilemmasituationen nach einem Dilemmakompetenztraining war Hauptziel des Projekts. Zunächst sollen daher die von den Probanden explizit genannten oder implizit geschilderten Veränderungen genauer betrachtet werden.

4.1.1 Explizit genannte Veränderungen

„Explizit genannte Veränderungen“ sind solche, die von den Probanden nicht nur beschrieben, sondern explizit als Veränderung benannt werden.

Textstellen: Veränderung explizit

Zugeordnet wurden dieser Kategorie sowohl Schilderungen, die auf direkte Nachfrage nach Veränderung folgten, als auch Aussagen, die durch Wörter wie „inzwischen“ oder „immer noch“ eine vorhandene oder fehlende Veränderung kennzeichnen. Auch die Bewertung, dass das Training „etwas gebracht“ oder „nichts gebracht“ hat, wurde dieser Kategorie zugeordnet.

13 Personen verneinen insgesamt 18 Mal eine Veränderung. 14 Textstellen von insgesamt neun Personen wurden als „eher nein“ beurteilt. Sechs Personen beschreiben zusammen acht Mal Veränderungen als „eher ja“ und zehn Personen bejahen insgesamt 13 Mal eine Veränderung eindeutig. Der Prozentsatz von Männern und Frauen ist bei den Antworten relativ ausgeglichen.

Zu beachten ist, dass viele Personen bei der Frage nach Veränderung gleich zu Beginn des Interviews häufig mit ‚eher nein‘ oder ‚nein‘ antworten. Im Verlauf ihrer Erzählungen verändern sich dabei in den meisten Fällen die Aussagen in Richtung einer Bejahung von Veränderung (vgl. daher ‚Globaleindruck Veränderung‘ unter 4.1.2). Auffallend ist außerdem, dass Personen eher eine Veränderung verneinen, wenn sie zugleich beschreiben, dass sie vor dem Training schon recht zufrieden waren.

Skala: Veränderung explizit

Um die subjektiv empfundene Veränderung auf eine zweite Weise zu erfassen, wurde den Probanden jeweils eine Skala von 0 bis 10 vorgelegt, auf der sie die Gesamtveränderung im Vergleich zu vor dem Training einordnen sollten. Die Aussagen wurden auch hier den vier Unterkategorien ‚ja‘, ‚eher ja‘, ‚eher nein‘ und ‚nein‘ zugeordnet, wobei nicht allein der Skalenwert, sondern vor allem auch die qualitativen Aussagen für die Einordnung ausschlaggebend war.

Die Skala wurde aus unklaren Gründen bei den Interviews nur 26 der 31 Personen vorgelegt. Von den 26 Personen (13 Frauen, 13 Männer) bewerten anhand der vorgelegten Skala 8 Personen die Veränderung mit ‚ja‘, 13 Personen mit ‚eher ja‘, vier Personen mit ‚eher nein‘ und nur eine Person mit ‚nein‘. Hierbei liegen neun der 13 Frauen bei ‚eher ja‘ und keine Frau wählt ‚nein‘, während die Bandbreite bei den Männern weiter ist. Hervorzuheben ist, dass in der Service- und Funktionsleitergruppe alle 7 Teilnehmer mit ‚ja‘ oder ‚eher ja‘ antworteten.

Es fällt zudem auf, dass die Veränderung in dieser Kategorie deutlich häufiger bejaht wird als in der Kategorie ‚Veränderung explizit‘. Dies spiegelt die oben genannte Beobachtung wider, dass die Veränderung im Laufe der Interviews, bei denen erst später die Skalenfrage gestellt wurde, als deutlicher wahrgenommen und tendenziell eher bejaht wird, als bei der allgemeinen Frage nach Veränderung gleich zu Beginn der Interviews.

4.1.2 Implizit genannte Veränderungen

Als implizit werden Veränderungen kategorisiert, wenn sie nicht explizit als solche benannt werden, sondern im Kontext ersichtlich sind und durch Interpretation durch den Codierenden zugeordnet wurden. Hierbei wurden einerseits einzelne Abschnitte als implizite Veränderung zugeordnet als auch eine globale Einschätzung getätigt.

Veränderungsbeschreibung

Dieser Kategorie wurden einzelne Abschnitte der Interviews zugeordnet, bei denen der Eindruck entsteht, dass es sich hierbei um eine Veränderung im Vergleich zu vor dem Training handelt. Dies wird jedoch nicht explizit kenntlich gemacht, sodass es sich um Mutmaßungen basierend auf dem Gesprächskontext handelt. Auf diese Weise sollen Dinge wie Umgangsstrategien und Gefühle identifiziert werden die als Veränderung zu vor dem Training zu deuten sind. Folgendes ist ein Beispiel einer Überkreuzung der

Kategorie ‚Veränderungsbeschreibung‘ mit der Kategorie ‚Akzeptanz‘ (Oberkategorie ‚unmittelbares Erleben‘):

„So die Akzeptanz bei mir, die wird größer. Zu sagen ich kann es nicht beeinflussen, damit müssen wir jetzt leben.“ (eg57 2019)

29 Teilnehmer machen im Schnitt 5,7 Mal Aussagen, die dieser Kategorie zugeordnet wurden. Zu beachten ist hierbei, dass die zwei Teilnehmer, die keine Aussage in dieser Kategorie treffen, auch Veränderung in der Kategorie ‚Textstellen: Veränderung explizit‘ verneinen. Beide sind männliche Stationsleiter und schildern, dass sie bereits vor dem Training insgesamt zufrieden mit ihrem Umgang mit Dilemmasituationen waren und das Training nichts verändert, sondern sie vielmehr in ihrer bisherigen Strategie bestärkt hat:

„I: Es hört sich ja wirklich einiges gut an. Aber wenn ich jetzt mein Schema habe, mit dem ich hier gut fahre [...] dann werde ich das nicht ändern wollen, ja. [...]

MB: (.) Also haben Sie das Gefühl, es ist eher so, dass Sie wenig ändern wollen, weil Sie (..) das Gefühl haben, „Es passt einfach für meine Leute schon gut.“?

I: Genau, ja. Und es passt für mich vor allen Dingen. Also ich fühle mich gut in meiner Arbeit [...].“ (ux2124 2019)

Globaleindruck Veränderung

Nach Bearbeitung der Interviews wurden diese jeweils in die Kategorie ‚Globaleindruck Veränderung‘ eingeteilt. Hierbei handelt es sich um eine Einschätzung der Codiererin auf Basis der gesamten Interview-Tonspur und des entsprechenden Transkripts. Ausschlaggebend sind hierbei nicht allein die Antworten auf die einzelnen Fragen nach Veränderung, sondern die Aussagen und Schilderungen in ihrer Gesamtheit.

Jeweils dreimal wurde der Globaleindruck ‚nein‘ und ‚eher nein‘ vergeben, darunter vier Stationsleitungen und zwei Servicekräfte. Bei zehn Personen wurde die Veränderung als ‚eher ja‘ und bei 15 Personen als ‚ja‘ eingestuft. Dies trifft auf alle Führungskräfte im Bereich Verwaltung und Funktionsleitung zu. Somit kann bei 80,6% der Teilnehmer eine tendenzielle oder eindeutige Veränderung im Vergleich zu vor dem Training identifiziert werden. Unter den positiven Einschätzungen bezüglich Veränderung finden sich mit 83,3 Prozent der gesamten weiblichen Teilnehmer etwas mehr Frauen als anteilig Männer (76,9%).

4.1.3 Strukturelle Veränderungen

Auch strukturelle Veränderungen wurden in den Interviews gezielt abgefragt. So wurde erfasst, ob sich an der Position in der Klinik bei den Teilnehmern im Vergleich zu

vor dem Training etwas verändert hat oder ob es zu strukturellen Veränderungen auf Organisationsebene gekommen ist.

Positionsveränderung

Bei vier Teilnehmern ist es im Vergleich zu vor dem Training zu Positionsveränderungen gekommen. Zwei Personen sind in ihrem Rang aufgestiegen oder gleichgeblieben, zwei Personen jedoch abgestiegen. Eine Person aus der Verwaltung hat nun keine Mitarbeiterverantwortung mehr, stattdessen eine direkte Vorgesetzte in ihrem Bereich, den sie zuvor allein geleitet hatte. Eine weitere Person musste die Leitung in einem von zwei Verantwortungsbereichen abgeben. Eine andere Person ist bedingt durch Elternzeit einer Kollegin stellvertretende Geschäftsbereichsleitung geworden. Eine weitere Person hat die Klinik gewechselt und hat dort die gleiche Position inne, jedoch mit einem kleineren Team.

Auffällig ist, dass die Veränderung im Globaleindruck bei allen drei Personen, die einen Auf- oder Abstieg erlebt haben, mit ‚eher ja‘ oder ‚ja‘ eingeschätzt wird. Einzig bei der Person in anderer Klinik jedoch gleicher Position wird die Veränderung im Globaleindruck mit ‚eher nein‘ bewertet.

Die zwei Personen, die nun eine geringere Mitarbeiterverantwortung oder weniger Kompetenzen haben, fühlen sich beide ungerecht behandelt. Eine Person spricht gar von „Mobbing“. Dies ist in der Gesamtschau des neuen Dilemma-Erlebens zu beachten.

Veränderung auf Organisationsebene

Von 18 Personen werden insgesamt 40 Mal Veränderungen auf Organisationsebene angegeben. Hierbei handelt es sich beispielsweise um hinzugekommene Mitarbeiter in der Abteilung. Auch eine stärkere Strukturierung der Abteilungen wird mehrfach berichtet. In einer Klinik wurde zudem ein neues System eingeführt: ‚Holen aus dem Frei‘ belohnt nun die Mitarbeiter, die für andere einspringen. Insgesamt entsteht der Eindruck, dass viele der Veränderungen auf Organisationsebene in dem Jahr durch Teilnehmer des Dilemmakompetenztrainings angestoßen oder mit herbeigeführt wurden. Von 13 der 18 Personen, die von Veränderungen auf Organisationsebene berichten, wird gleichzeitig auch ‚Empowerment‘ als Wirkmechanismus des Trainings beschrieben, der zu Veränderungen geführt hat. Dies unterstützt die These, dass die Teilnehmer an den Veränderungen mitgewirkt haben. Folgendes Beispiel zeigt einen Zusammenhang zwischen ‚Empowerment‘ (erstes Zitat) und der folgenden ‚Veränderung auf Organisationsebene‘ (zweites Zitat):

„Dass ich einfach halt mal sagen muss „Jetzt ist mal Schluss. (.) So können wir das nicht weiter machen.“ (.) Ja, einfach mal darüber nachzudenken, (.) dass ich doch mehr Macht habe, wie ich sie ausnutze.“ (wz2326 2019)

„Ja also jetzt von der Klinikleitung her haben wir jetzt die Zusage gekriegt, dass wir Personal bekommen. Wir haben jetzt auch- werden jetzt dieses Jahr zwei Einstellungen machen.“ (wz2326 2019)

4.2 Umgangsstrategien mit Dilemmata

Auf vielfältige Art und Weise versuchen die nichtärztlichen Führungskräfte Dilemmasituationen zu bewältigen. Hierbei werden bewusst gewählte von reflexhaften Umgangsstrategien abgegrenzt.

4.2.1 Reflexhafte Umgangsstrategien

„Reflexhafte Umgangsstrategien“ sind Verhaltensweisen im Umgang mit Dilemmasituationen, die nicht im Voraus geplant oder überlegt eingesetzt werden, sondern in der entsprechenden Situation impulsiv eingesetzt werden.

12 Teilnehmer berichten im Schnitt 2,7 Mal von solchen Verhaltensweisen, wobei die Häufigkeit von einer bis sieben Erwähnungen reicht. Acht der zwölf Personen sind Stationsleitungen. Prozentual geben ungefähr gleich viele Frauen (38,9%) wie Männer (38,5%) reflexhafte Umgangsstrategien an. Sie werden zudem an Standort A von fünf Personen, an Standort C von vier Personen, an Standort D von drei Personen und an Standort B gar nicht geschildert.

Selbstregulation

Keiner der Probanden berichtet davon, sich selbst unbewusst durch externe Maßnahmen wie unkontrolliertes Essen oder Medienkonsum zu regulieren.

Entscheidungsvermeidung

Ebenso gibt keine Person die Vermeidung bzw. das Aufschieben von Entscheidungen an.

Prinzipienentscheidung

Drei Männer beschreiben, zum Teil reflexhaft nach fixen Prinzipien zu handeln und sich an diese gewissermaßen „zu klammern“. Der Kontext ist jedoch in keiner der Erzählungen eine echte Dilemmasituation (vgl. 2.1 Definition Dilemma). Vielmehr beschreiben die Personen Prinzipien, die reflexhaft geschehen und doch ihren Arbeitsalltag strukturieren:

„Und ich bin jemand, der wo, sobald er Papier findet, der heftet das sofort da rein, wo es rein gehört.“(sv1922 2019)

Das Unmögliche ermöglichen

Mit 15 zugeordneten Textstellen von sieben Personen (fünf Frauen, zwei Männer) ist diese Strategie die am häufigsten beschriebene 'reflexhafte Umgangsstrategie'. Gleichzeitig wird die Verhaltensweise von den Probanden meist bei der Erzählung direkt als ‚Problem‘ betitelt oder als etwas, das ‚noch immer so ist‘ und damit implizit als veränderungsbedürftig dargestellt wird:

„Trotzdem habe ich immer noch den Anspruch an mich selber, alles (.) möglichst pünktlich und möglichst gut zu machen. Dieser Perfektionismus, der ist immer noch da.“ (mn1314 2019)

„Das Problem ist, dass ich mich dann zu viel um alles kümmern möchte oder meine zu müssen.“ (de45 2019)

Emotionsausbruch / Emotionsverschleierung

Eine Frau aus dem Service berichtet mehrfach davon, ihre Emotionen zu unterdrücken, indem sie die Belastungen verdrängt. Als Grund für das Verdrängen gibt sie Selbstschutz an. Es entsteht bei der Frage nach der Belastung jedoch der Eindruck, dass die Person trotz des beschriebenen Verdrängens sehr belastet ist, auch wenn sie keine negativen Gefühle (Oberkategorie ‚unmittelbares Erleben‘) angibt.

„Wie gesagt, da ich da ja mittlerweile Meisterin im Verdrängen bin, um mich selbst zu schützen auch irgendwo, ne?“ (qr1718 2019)

Zynischer Rückzug / Resignation

Ein männlicher Stationsleiter schildert an sechs Stellen des Interviews, dass er resigniert habe. In seinem Bericht werden eine deutliche Belastung und Verzweiflung im Sinne eines Gefühls der Ausweglosigkeit sichtbar, die den Rückzug und das ‚maschinenartige Funktionieren‘ bedingen. Sich selbst sieht er in seiner Position als ‚ersetzbar‘. Seine Strategie beschreibt er zynisch:

„Also hier her zu kommen und versuche wieder heim zu gehen, ohne gegen Brückenpfeiler fahren zu wollen (lacht) ne?“ (rt1820 2019)

„Ich hänge mich nicht mehr rein. [...] bei den meisten Sachen sage ich mittlerweile, dass es mich eigentlich nicht interessiert. [...] ich weiß, dass es zwar wahrscheinlich sehr falsch ist, was passiert. Aber dass es die Verantwort- für die Vorgesetzten nicht interessiert. Also weshalb sollte es dann mich interessieren?“ (rt1820 2019)

Dabei ist ihm sehr wohl bewusst, dass sein Verhalten und Denkweise an ein Burnout denken lassen:

„MB: [...]haben Sie ja eben auch gesagt, dass Sie so ein Stückweit resigniert sind-

I: Definitiv.

MB: Und von außen betrachtet das vielleicht auch als ausgebrannt wirken könnte?

I: Ja, definitiv.“ (rt1820 2019)

Abgrenzung / Entsolidarisierung

Von vier Personen wird die reflexhafte Strategie beschrieben, weniger nach den Mitarbeitern, sondern mehr nach sich selbst zu schauen, auch wenn dies nachteilig für die Mitarbeiter ist. So schildert ein Proband:

„Und da überlege ich jetzt nicht großartig, (.) welche Auswirkungen hat das auf den oder den oder den, sondern in erster Linie frage ich jetzt erstmal, was für Auswirkungen hat denn das für mich, ja.“ (yb252 2019)

„Vielleicht habt ihr hier jetzt auch so einen kleinen Egoisten großgezogen. (lacht)“ (yb252 2019)

Der gleiche Proband beschreibt auch, dass ihm bewusst ist, dass Entsolidarisierung nicht Trainingsziel war:

„War vielleicht nicht das Ziel des Kurses, dass man nur an sich denkt (lacht).“ (yb252 2019)

Zugleich werden jedoch von dem Probanden positive Effekte auf Kommunikation und Zusammenarbeit im Team beschrieben, sodass basierend auf seinen Aussagen die Vermutung naheliegt, dass der Proband mehr auf sich achtet als vor dem Training und sich nicht alles gefallen lässt, dies jedoch durchaus nicht nur in entsolidarisierender Weise sondern in vermeintlich gesundem Maße.

4.2.2 Bewusst gewählte Umgangsstrategien

Bewusst gewählte Umgangsstrategien sind solche, die im Gegensatz zu den ‚reflexhaften Umgangsstrategien‘ (vgl. 3.4.1) nicht aus dem Bauch heraus instinktiv verwendet werden. Ihnen geht stattdessen eine bewusste Entscheidung voraus, die in den meisten Fällen eine bewusste oder unbewusste Reflexion und Bewertung der Strategie erfordert.

Alle Teilnehmer aus den nichtärztlichen Berufsgruppen schildern im Schnitt 18,5 Mal bewusst gewählte Umgangsstrategien. Damit werden ‚bewusst gewählte Umgangsstrategien‘ (n=572) fast 18 Mal so häufig verwendet wie ‚reflexhafte Umgangsstrategien‘ (n=32).

In der folgenden Tabelle sind die drei häufigsten bewusst gewählten Umgangsstrategien aufgezeigt. Anschließend folgt die Darstellung der einzelnen Strategien im Einzelnen.

Tabelle 3: Darstellung der drei häufigsten bewusst gewählten Umgangsstrategien

Strategie	Personen	Nennungen
Explizite Entscheidung	31	160
Reflexion	29	89
Solidarisierung	28	84

Explizite Entscheidung

Die weit häufigste genannte bewusste Umgangsstrategie im Dilemma ist die ‚explizite Entscheidung‘. Sie wird von allen 31 Teilnehmern im Schnitt 5,2 Mal beschrieben, relativ homogen auf die vier Berufsgruppen verteilt. Es lassen sich fünf Arten der expliziten Entscheidung unterscheiden:

1. Priorisieren

Von vielen Probanden wird der Prozess, der schließlich zu der expliziten Entscheidung führt, als ein Abwägen und Priorisieren beschrieben:

„Ich- so habe ich das jetzt für mich- [...] dass ich einfach versuche- und das muss ich einfach machen und das habe ich jetzt im letzten Jahr auch mehr gemacht, dass ich sage (.) es sind nicht alle Mails gelesen abends. Geschweige denn bearbeitet. Ja? Ich versuche halt immer mir einen Überblick zu verschaffen, mir die Zeit zu nehmen, dass ich sage okay, was liegt denn an, was muss unbedingt gemacht werden.“ (mn1314 2019)

2. Delegieren

Explizit entschieden wird ebenso häufig die Delegation an andere Personen, die ursprünglich nicht verantwortlich waren (das wäre ‚Ent-/Verantworten‘), also das Weitergeben der Aufgaben an Mitarbeiter.

„Dass ich höhenwertige Aufgaben machen muss und das, was ich vielleicht früher gemacht habe, muss ich halt jetzt an die nachgeordnete Stelle abgeben.“ (st1920 2019)

3. Sich bewusst abgrenzen

Viele Probanden erzählen, dass Sie sich heute bewusst gegen etwas entscheiden und einen Auftrag so gar nicht erst annehmen und zu ihrem Problem machen:

„Und (.) da habe ich gleich gesagt, das ist- das mache ich nicht zu meinem Problem. Da kümmere ich mich nicht drum. (.) Und habe das auch nie wieder aufgegriffen, das Thema.“ (yb252 2019)

„Ich- was ich glaube ist, dass ich doch noch mal mehr dieses (.) „Nein“- also dass ich auch im richtigen Moment mal „Nein“ sage“ (ln1214 2019)

Gleichzeitig wird auch von Probanden berichtet, dass Sie sich gegen ein Handeln insgesamt entscheiden und abwarten:

„Und dann lasse ich es liegen. Und lasse das auf mich zukommen. Und ich habe festgestellt, dass sich dann viele Sachen plötzlich lösen. Oder lösen lassen.“ (ad14 2019)

4. Einstehen für Werte

Die Basis für die explizite Entscheidung sind oftmals die persönlichen Werte, denen in der Entscheidung treu geblieben wird:

„I: Also ich habe ja jetzt (...) geübt, (.) mir mehr Zeit zu nehmen. Auch mehr dann doch auch auf die Mitarbeiter einzugehen, bei denen es jetzt eben nichts zu meckern gibt. (.) Also ich- auch wenn ich jetzt hier wirklich einen Berg voll Arbeit habe. Aber dann denke ich mir, was sind jetzt schon fünf oder zehn Minuten, wenn ich jetzt mal kurz ein Gespräch führe?

AD: Das heißt irgendwie priorisieren Sie auch manchmal anders? Dann ist der Mitarbeiter wichtiger als jetzt-

I: Ja. Ja.“ (qr1718 2019)

Kommunikation

Die Stationsleitungen, Funktionsleitungen und Führungskräfte in Verwaltung und Service berichteten als Strategie im Dilemma davon, vermehrt in Kontakt zu treten und im Sinne einer Auftragsklärung zu kommunizieren. Kontaktpartner sind hierbei sowohl Personen, die am Dilemma beteiligt sind, als auch Personen, die zum Dilemma hinzugezogen werden und auf die hierdurch zum Beispiel Verantwortung übertragen wird.

Ein Stationsleiter beschrieb die Kommunikation als Strategie der Prävention, um Dilemmasituationen zu vermeiden:

„Und (..) Dilemmasituationen an sich versuche ich eigentlich im Keim zu ersticken, weil ich (.) dort, wo sie entstehen, auch die passenden Fragen dazu stelle. Ja?“ (no1415 2019)

Alle anderen Teilnehmer, die von der Strategie der Kommunikation berichteten, nutzen diese, wenn sie sich bereits im Dilemma befinden. Folgende Veränderungen wurden deutlich:

1. Ent- / Verantworten

Zirka ein Drittel der Teilnehmer (n=10) beschreibt durchschnittlich dreimal im Interview eine Strategie, die beinhaltet, Verantwortung für die nicht verantwortbare Situation abzugeben. Hierbei wird die Verantwortung an die Personen weitergeleitet oder zurückgegeben, die sie für verantwortlich halten. Auffällig ist, dass die Strategie nur in den Gruppen der Stationsleiter (9 von 16 Stationsleitungen) und Verwaltungskräfte (2 von 6 Personen), nicht jedoch von Funktionsleitungen und Servicekräften genannt wird. Von den Stationsleitungen beschreibt mehr als die Hälfte die Strategie des Abgebens von Verantwortung (9 von 16 Stationsleitungen). Bei den Verwaltungskräften führen 2 von 6 Personen die Strategie an. Als häufiges Beispiel wird hierbei die Meldung bzw. Delegation an eigentliche Verantwortungsträger genannt. Im Beispiel der Stationsleitungen ist das die Pflegedienstleitung:

„Das heißt ich gebe den Ball im Prinzip an die nächste Führung weiter. Das ist dann die PDL, also die Pflegedienstleitung. Beziehungsweise die Geschäftsführung.“ (su1921 2019)

„Und dann zu schauen, müssen wir vielleicht doch Betten schließen und das dann vielleicht auch an die PDL zu eskalieren und die Verantwortung abzugeben. (.)“ (ux2124 2019)

Die Führungskräfte in der Verwaltung ziehen hingegen Ärzte und Klinikleitung zur Verantwortung:

„Ich meine ich gehe ja manchmal hier auch hilfesuchend zur Klinikleitung, wenn irgendwas so ist, dass ich denke, das kann ich jetzt nicht mehr tragen, die Verantwortung.“ (oq1517 2019)

Häufig wird die Verantwortung zudem nicht nur bei Überlastung oder persistierender Problematik weitergegeben, sondern von vornherein gar nicht erst angenommen. Im Sinne einer Reflexion treffen sie bewusst von vornherein eine Entscheidung, die Verantwortung anzunehmen oder direkt an die zuständigen eigentlichen Verantwortungsträger weiterzuleiten:

„Bin ich dafür zuständig?‘ ja? ‚Liegt das überhaupt in meinem Kompetenzbereich?‘ (...) Oder ist da irgendjemand anderes dafür zuständig, ne? Weil ich muss ja nicht unbedingt eine Entscheidung für etwas treffen, (.) was mich (.) eigentlich nichts angeht. Ich meine es ist jeder glücklich, wenn irgendjemand irgendwas entscheidet und es läuft und es wird gemacht, ja? Aber (..) ich überlege mir jetzt ganz häufig, ob ich überhaupt der richtige (.) Ansprechpartner bin und das Problem oder was immer da auftaucht zu lösen.“
(yb252 2019)

2. Emotionen nutzen / Offenbarung

19 der insgesamt 31 Teilnehmer beschreiben, dass sie im Dilemma nach dem Training einen besseren Zugang zu ihren Emotionen haben. Diese Veränderung ist prozentual auf alle vier Gruppen sehr gleichmäßig verteilt.

Unter das Stichwort der Emotionen fallen bei den Teilnehmern vorrangig drei verschiedene Beobachtungen. Einerseits beschreiben die Teilnehmer, dass sie ihre Emotionen besser wahrnehmen können, bewusst auf die eigenen Emotionen achten und sie zum Teil durch die Wahrnehmung direkt modellieren können:

„Natürlich vor einem Empfang kann man- ist [[man]] irgendwie etwas aufgeregt oder so, wenn irgendwelche Konflikte oder sonst kommt. Aber dann ich setze mich zurück. Ich sage ‚Ruhig, ruhig.‘ Dass ich halt schaffe das. Und (.) auch anders mich halt verhalte. Lockerer.“ (eh58 2019)

Eine weitere Veränderung, die in Bezug auf Emotionen beschrieben wird, ist die Veränderung, dass Teilnehmer ihre Emotionen nun offener kommunizieren oder zeigen:

„Das ist (..) dass ich das ja dann (.) öffentlich mache und nicht für mich im Bauch- (..) wie sagt man es? Bauch rein-“ (ln1214 2019)

„Und das zum Beispiel hat mir im Prinzip eigentlich jetzt dieses ganze Seminar die Monate eigentlich auch was gebracht. Oftmals mir jetzt mittlerweile auch zu sagen nicht immer alles so zu schlucken und innerlich kochen zu lassen, sondern lieber mal schneller damit rauspurzeln. Und durchaus auch mal rauspoltern.“
(df46 2019)

Weiterhin wird häufig die Strategie genannt, Emotionen wahrzunehmen und diese Wahrnehmung zu nutzen, um die Emotionen zu kanalisieren und die Kommunikation auf die Sachebene zu beschränken:

„Sachlich anzusprechen. Also ohne die Emotion mit reinzunehmen. (.) Es auf die Sache beziehen und nicht auf die Person. (..) Ja.“ (tv2022 2019)

3. Explizit in Kommunikation bringen

Dass sie Dinge nun explizit kommunizieren und durch direkte Kommunikation offenlegen, ist eine Veränderung, von der 24 der 31 Teilnehmer insgesamt 60 Mal berichten, beinahe gleichmäßig auf die vier Berufsgruppen verteilt. Unter die Kategorie des expliziten Kommunizierens fallen viele Beschreibungen, in denen die Teilnehmer die Gründe für ihre Entscheidungen offenlegen:

„Aber ich versuche- also das ist ja, was ein Dile- dass ich versuche, zu reden, warum ich das jetzt in dem Moment nicht anders machen kann.“ (wx2324, 2019)

Außerdem wurden hier Situationen zugeordnet, in denen die Teilnehmer offen ihre Meinung äußern, wenn etwa eine unliebsame Entscheidung von anderen Personen getroffen wurde oder eine Person anderer Meinung ist:

„Und (..) ich tue auch- auch bei unbeliebten Entscheidungen seitens der Betriebsleitung bin ich auch jemand, der ganz klar sagt „Okay, das (..) sehe ich jetzt nicht so, (.) das und das sind meine Gründe oder Argumente dagegen oder dafür oder warum ich das anders sehe.“ (wx2324 2019)

Zudem wird häufig von den Teilnehmern berichtet, dass sie mögliche Argumente für oder gegen eine Entscheidung in den Raum stellen und sie mit Beteiligten oder Betroffenen diskutieren:

„Ich spreche mit den Kollegen, (..) ich suche nach einem Problem- nach einer Lösung, (.) die sich von alleine eigentlich auftut dann, ja.“ (op1516 2019)

4. Unlösbarkeit kommunizieren

Eine weitere Strategie, die die Teilnehmer nach dem Training schildern, ist das Offenlegen der Unlösbarkeit. Statt die Schuld auf sich zu nehmen und/oder sich angreifbar zu machen, kommunizieren sie offen, dass es keine zufriedenstellende Lösung für die entsprechende Situation gibt. Hierzu gehört auch die Kommunikation darüber, dass es sich bei der Situation um ein Dilemma handelt. Dilemmata werden also offen

benannt und somit auch die Ursachen für die nicht zufriedenstellende Situation externalisiert. Die Strategie der Kommunikation der Unlösbarkeit wird von einer Person aus der Verwaltung und fünf Stationsleitungen genannt.

„Ich hole mir die Kollegen jetzt wirklich einzeln vor diesen Plan hier. Mache diesen Urlaubsplan auf. Zeige ihnen ‚Ich würde euch alles geben aber guckt selber hin. So ist die Situation und wir müssen damit klarkommen.‘ [...] Ich mache dann wirklich den Plan auf, zeige genau ‚Guck mal, da stehst du, da stehen die anderen, da unten sind die Zahlen. Mir sind die Hände gebunden.‘ (.) Und das hilft mir ein Stückweit.“ (uw2123 2019)

5. Nachverhandeln

Während vor dem Dilemmakompetenztraining die Teilnehmer häufig beschrieben, dass sie als Strategie im Umgang mit Dilemmata unter anderem nachverhandeln und so versuchen, die Ausgangsbedingungen doch noch zu verändern (9 von 24 Stations- und Funktionsleitern beschreiben dies in den Interviews vor den Trainings insgesamt 29 Mal), wird diese Strategie in den Post-Interviews von keiner einzigen Person beschrieben.

Kognitive Verarbeitung

Die nichtärztlichen Führungskräfte in Kliniken beschreiben vielfach Strategien der kognitiven Verarbeitung. Diese nutzen sie, um Fehlverhalten im Nachhinein zu identifizieren und zu analysieren sowie ihr Verhalten in einer Dilemmasituation und für zukünftige Dilemmasituationen anzupassen. Hierbei fallen folgende drei Strategien auf:

1. Reflexion

29 der 31 Teilnehmer berichten im Durchschnitt drei Mal pro Interview von der Strategie der Reflexion. Hierbei analysieren die Teilnehmer stattgehabte Dilemmasituationen im Nachhinein gedanklich, um ihre eigenen Entscheidungen und Verhalten zu bewerten und die Erkenntnisse auf zukünftige Dilemmasituationen anzuwenden:

„[...] ich nehme mir die Zeit oftmals dann einfach. Nochmal bewusst das zu hinterfragen, ob ich jetzt richtig gehandelt habe und ob ich hätte nicht vielleicht anders handeln können. [...] man versucht das dann immer so ein bisschen in- aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten und- ja. Wenn ich zu dem Schluss komme, okay, es hätte vielleicht besser laufen können, dann nehme ich mir das schon vor auch in einer ähnlichen Situation, wenn ich da mal wieder reinschlittere, dass ich das vielleicht anders angehe das Dilemma. (st1920 2019)

Auch akut in Dilemmasituationen reflektieren die Teilnehmer die Situationen und machen sich die Entscheidungsoptionen bewusst und wägen ab, bevor sie sich positionieren und eine Entscheidung treffen:

„Also ich denke schon daran, wie gehe ich- welche Schritte muss ich jetzt machen, damit ich vorankomme? Also welche Methoden muss ich jetzt anwenden, damit ich dieses Dilemmata (..) klären kann. Also (.) da geht es mir schon so- also man denkt definitiv mehr drüber nach als (.) noch vor dem Training. Das man überlegt so ‚Was gibt es für Alternativen?‘“ (ln1214 2019)

Außerdem wird die eigene Person vermehrt reflektiert:

„Im Alltag? Das sind natürlich (.) oftmals- also was ich jetzt in direkten Zusammenhang bringen kann ist dass ich mir oft selbst bewusst werde, (.) dass ich meine eigenen (..) Werte, sage ich mal, was ich für mich persönlich hoch ansetze und was mich auch ausmacht, dass ich das oftmals von anderen erwarte.“ (st1920 2019)

2. Weiser Rückzug

Zehn Personen, auf alle vier Berufsgruppen verteilt, erzählen, dass sie sich bewusst Raum für Reflexion schaffen, indem sie sich aus der akuten Dilemmasituation herausziehen und eine räumliche und gedankliche Distanz schaffen, um auf der Sachebene abzuwägen. Hierdurch sollen eine zu schnelle Entscheidung und eine überschießende emotionale Reaktion vermieden werden:

„I: Aber ich (.) mache mir da gerne- weil ich auch Angst habe, irgendwie überschießend zu reagieren oder (..) erstmal daheim in Ruhe. Weil hier (.) habe ich die Ruhe nicht.

AD: Das heißt erstmal so eine Reflexion-

I: Sacken lassen.

AD: So ein bisschen aus der Situation gehen, das sacken lassen.

I: Genau.“ (wx2324 2019)

3. Prävention

Zirka die Hälfte der Teilnehmer aus allen vier Berufsgruppen berichtet davon, nun Maßnahmen zu treffen, um Dilemmasituationen in Zukunft teilweise zu vermeiden. Hierzu gehören praktische Maßnahmen zur Dilemmaprävention:

„Oder dass ich jetzt schon mal (..) vorinformiere, was ich jetzt früher nicht gemacht habe. Also wenn ich zum Beispiel sehe, es ist jemand im Nachtdienst

krank [...] Wenn das dann von- schon vorhersehbar ist, dann informiere ich schon mal. Und beim Krankheitsausfall- ich gucke, dass ich das ersetzt bekomme, aber parallel können die dann auch schon mal- dann haben die auch [[ein]] bisschen mehr Vorlaufzeit [...].“ (bd24 2019)

Zudem beinhaltet die Prävention Maßnahmen der gedanklichen Umstrukturierung. So werden beispielsweise Erwartungshaltungen im Voraus modifiziert, um gedanklich kein Dilemma entstehen zu lassen:

„Sie kommen ja morgens da her und wissen nicht, wie der Tag abläuft. Wer fehlt, wie ist das OP-Programm. Also es- Sie stellen sich ja quasi morgens schon darauf ein, dass irgendwas (.) nicht zu (.) lösen ist.“ (wz2326 2019)

Mit am Dilemma beteiligten Personen verbinden

Eine weitere Strategie der nichtärztlichen Führungskräfte ist die Verbindung mit anderen Personen, die am Dilemma direkt oder indirekt beteiligt sind. Beschrieben werden folgende zwei Strategien:

1. Solidarisierung

Dem Begriff ‚Solidarisierung‘ werden Strategien zugeordnet, bei denen die Person sich mit anderen Personen verbindet und mit ihnen in Kontakt geht. Hierzu gehört zum Beispiel das Einsetzen für Schwächere, das Eintreten als Vermittler im Streit und die Kooperation mit anderen Personen.

28 der 31 Teilnehmer berichten von dieser Strategie.

AD: „Also irgendwie dass Sie auch [...] anders versuchen andere mit einzubeziehen in Ihre Entscheidung oder-

I: Ja. Und auch in meine Probleme, die ich habe. [...] Ich rufe mehr an, [...]wenn ich dort anrufe und sage „Ich wollte mich mal gemeldet haben, kann ich dir irgendwie helfen?“ (xa241 2019)

2. Perspektivübernahme

Die ‚Perspektivübernahme‘ beschreibt das Hineinversetzen in andere Personen mit dem Ziel, deren Gründe und Absichten im Dilemma besser zu verstehen. Sie wird von 15 der 31 Teilnehmer genannt. Bei den meisten Teilnehmern dient die Perspektivübernahme dazu, die Ursachen für Entscheidungen anderer besser zu verstehen:

„Und das rufe ich mir auch immer wieder so ins Gedächtnis. Dass wenn man mit jemandem spricht oder so, dass ich immer sage okay, derjenige hat auch nur

seinen Job zu tun und hat halt ein Ziel, das er verfolgt, das mir jetzt gerade irgendwie reingrätscht.“ (st1920 2019)

Zusätzlich wird die Perspektivübernahme genutzt, um abzuwägen, wie sich die eigene Entscheidung auf die andere Person auswirken könnte:

„Das- im Hintergrund macht das ja auch immer dann so ein bisschen die Überlegung aus ‚Wenn ich mich jetzt so rum entscheide-, ja? (.) Es ist doch immer dabei die Frage ‚Wie arg belaste ich den?‘ und auf der anderen Seite ‚Wie arg belaste ich den?‘ ja? Und da ist ja auch so Pro und Kontra, ne?“ (yb252 2019)

Ausgleich in der Freizeit

Die Kategorie ‚Ausgleich in der Freizeit‘ beschreibt das Einleiten von Maßnahmen, die der Stressreduktion dienen. Hierzu gehören zum Beispiel Sport und das Kraftschöpfen aus der Familie. Diese Strategie zur Dilemmabewältigung wird nur von einer Person aus der Verwaltung, zwei Personen aus dem Service und von sechs Stationsleitungen genannt.

„Ja dann bin ich froh, wenn ich zweimal in der Woche noch zum Sport gehen kann. Das ist so mein Ausgleich.“ (oq1517 2019)

„Also für mich ist die Basis von allem [...] meine Familie.“ (no1415 2019)

Sonstige

Mit der Unterkategorie ‚Sonstige‘ wurden vier Textstellen codiert, die eine bewusst gewählte Umgangsstrategie beschreiben, sich jedoch keiner anderen Unterkategorie einwandfrei zuordnen ließen. Hierbei werden z.B. die bewussten Entscheidungen genannt, mehr auf sich selbst zu achten, sich nicht anbrüllen zu lassen und gesetzliche Vorgaben einzuhalten bzw. einzufordern.

4.3 Unmittelbares Erleben von Dilemmasituationen

Das Erleben von Dilemmasituationen löst unmittelbar viele Gedanken und Emotionen bei den nichtärztlichen Führungskräften aus. In diesem Kapitel soll beleuchtet werden, welche Gefühle im Dilemma nach dem Training vorherrschen und inwieweit dies explizit als Veränderung beschrieben wird. Unterschieden wird zwischen positiven und negativen Gedanken und Emotionen sowie körperlichen Symptomen, die beide eine starke Auswirkung auf das seelische und körperliche Wohlbefinden und die Gesunderhaltung der Teilnehmer haben. Die drei häufigsten Gedanken bzw. Emotionen in Dilemmasituationen werden in der folgenden Tabelle dargestellt, bevor auf die einzelnen Unterkategorien ausführlicher eingegangen wird.

Tabelle 4: Darstellung der drei häufigsten Emotionen/Gedanken im Dilemma.

Erleben	Personen	Nennungen
Akzeptanz	28	103
Angenehme Gefühle / Zufriedenheit	27	52
Gelassenheit	25	64

4.3.1 Gedanken / Emotionen

Positive Gedanken / Emotionen

Die positiven Gedanken bzw. Emotionen ‚Akzeptanz‘, ‚Zufriedenheit‘, ‚Gelassenheit‘ und andere positive Empfindungen werden von allen 31 Probanden (18 Frauen, 13 Männer) insgesamt 220 Mal, also im Schnitt 7,1 Mal beschrieben. Damit werden sie deutlich häufiger geschildert als negative Gedanken bzw. Emotionen (von 26 Probanden (15 Frauen, 11 Männer) insgesamt 147 Mal).

Akzeptanz

‚Akzeptanz‘ ist mit 103 Nennungen verteilt auf 28 Personen die häufigste aller beschriebenen Emotionen bzw. Gedanken beim Erleben von Dilemmasituationen. Insgesamt 20 Mal wird sie explizit als Veränderung beschrieben (vgl. 4.1 Veränderung). Zum Teil führt die Akzeptanz sogar dazu, dass Situationen gar nicht mehr als Dilemma interpretiert werden. So beschreiben Teilnehmer:

„Ich bin da (..) viel ruhiger geworden und sage okay, ich kann es nicht ändern, ist so. Ja.“ (op1516 2019)

„Ne, es ist für mich kein Dilemma, dass ich es nicht allen recht machen kann. Weil es ist einfach so. Wie gesagt. Das Beispiel, ich kann nicht allen in den Sommerferien die ersten drei Wochen Urlaub geben. Das ist einfach so und ich kann nicht alle gleichmäßig bedienen.“ (wx2324 2019)

Angenehme Gefühle / Zufriedenheit

Angenehme Gefühle bzw. Zufriedenheit als Unterkategorie der angenehmen Gefühle werden von 27 Teilnehmern (17 Männer, 10 Frauen) insgesamt 52 Mal geschildert.

Hierbei handelt es sich vorrangig um Gefühle von Zufriedenheit über besser bewältigte Situationen oder besser erledigte Arbeit. Zudem zeigt sich ein Gefühl der Entlastung, das bei den meisten Personen mit einem verbesserten Verständnis darüber zusammenzuhängen scheint, dass Dilemmata in Organisationen angelegt sind und es keine perfekte Lösung für sie gibt.

So beschreibt etwa eine Frau, dass Sie besonders Veränderung in der heute leichteren Konfrontation mit Mitarbeitern bemerkt habe. Hierzu sagt sie:

„Mir geht es gut dabei.“ (op1516 2019)

Andere Teilnehmer betonen in Hinblick auf neue Strategien und ein besseres Verständnis über Dilemmata Entlastung:

„Ja. Und dass es ein bisschen- also es ist entlastend so.“ (oq1517 2019)

„Also von daher (.) ist das für mich jetzt wesentlich einfacher.“ (yb252 2019)

Mehrfach kann beobachtet werden, dass es Teilnehmern zu Beginn des Trainings noch schwerfiel, neue Strategien anzuwenden. Das wachsende Gefühl der Zufriedenheit bestätigt die Teilnehmer jedoch und verstärkt so die Strategien:

„Am Anfang ist es mir schwer gefallen ein bisschen. Und im Laufe der Zeit hat sich das deutlich gebessert. Mir geht es dann gut, muss ich sagen. Weil ich denke, (.) ja, es geht auch so.“ (jk1011 2019)

An anderen Stellen wird deutlich, dass sich die hinzugewonnenen Strategien und die daraus resultierende Zufriedenheit auch positiv auf das Privatleben der Personen auswirken. Eine Frau beschreibt als neue Strategie, dass sie sich nun nach Bedarf in einer Dilemmasituation kurz in ihr Büro zurückziehe und sich dies nicht nur auf ihren unmittelbaren Arbeitsalltag, sondern auch darüber hinaus positiv auswirke:

„Und da brauche ich nicht lange. Da brauche ich so drei bis fünf Minuten höchstens, bis ich dann- und dann auch zufrieden heimgehe.“ (de45 2019)

Bezüglich der Standorte fällt auf, dass an Standort A und B ausnahmslos alle Personen Gefühle von Zufriedenheit bzw. angenehme Gefühle beschreiben:

Tabelle 5: Darstellung der Anzahl Personen, die ‚Zufriedenheit‘ schildern, an den einzelnen Standorten

Standort	A	B	C	D
Anzahl Personen, die ‚Zufriedenheit‘ schildern	9	4	6	8
Anzahl Personen, die nicht ‚Zufriedenheit‘ schildern	0	0	3	1
Summe	9	4	9	9

Gelassenheit

„Gelassenheit“ ist mit durchschnittlich 2,6 Erwähnungen von 25 Probanden (15 Frauen, 10 Männer) nach „Akzeptanz“ das zweithäufigste genannte 'unmittelbare Erleben' in Dilemmasituationen. Die Teilnehmer beschreiben eine Verminderung von Aggression und Stress. Sie lassen schwierige Situationen nicht mehr emotional so nah an sich heran und bleiben gelassen, wenn mal Arbeit nicht vollständig erledigt werden kann:

„Na ich bin ruhiger geworden, ich bin nicht mehr so aggressiv geworden-,,
(op1516 2019)

„Also was ich bei mir feststelle ist, dass es mich jetzt nicht mehr so stresst. Dass ich gelassener damit umgehe.“ (ad14 2019)

„Insofern sehe ich das mittlerweile ja denke ich als ‚Jo, (.) morgen ist auch noch ein Tag.‘“ (vy2225 2019)

Negative Gedanken / Emotionen

Negative Empfindungen werden von 26 Teilnehmern insgesamt 147 Mal beschrieben. Hierunter sind 15 Frauen. Diese schildern im Schnitt 6,8 Mal negative Gedanken oder Emotionen, während die elf Männer im Schnitt nur 4,1 Mal negative Empfindungen erwähnen. Es ist zu beachten, dass die Teilnehmer häufig die unmittelbare negative Empfindung nennen, die im Dilemma auftritt, diese jedoch durch bewusst gewählte Umgangsstrategien bzw. Umstrukturierung der Gedanken letztendlich durch positives Empfinden ersetzen können. So schildert beispielsweise ein Teilnehmer als Belastung:

„Und da ist es für mich eher (..) eine stimmige Lösung zu finden, ja? Und das ist nicht immer einfach (..) für mich.“ (wx2324 2019)

Daraufhin berichtet derselbe Teilnehmer im Sinne von „Akzeptanz“ zu der gleichen Situation:

„Das ist für mich jetzt kein Dilemma, dass nicht alle morgen frei haben können. Das ist für mich kein Dilemma. Das kann ich halt nicht recht machen. Ich kann es auch nicht allen recht machen.“ (wx2324 2019)

Frustration

Frustration wird von acht Personen beschrieben. Sieben hiervon sind Frauen. Auslöser der Frustration ist in den meisten Fällen eine Enttäuschung bzw. Wut darüber, dass die eigenen Mühen wirkungslos bleiben, nicht zu dem gewünschten Ergebnis führen oder nicht ausreichend honoriert werden:

„Also ich komme morgens, habe viel Organisation vor für mich, komme zwei Stunden früher, fange um 6 [[Uhr]] an, zwei Kollegen, dann denke ich ‚Okay, kommst du auch um sechs. Musst da nicht rein. Hast zwei Stunden Zeit.‘ Ich komme, Kollege krank oder viel zu viel Arbeit, sodass ich dann schon wieder alles über den Haufen werfen muss, ja?“ (de45 2019)

Interessant ist hierbei neben der Häufung von Frauen, dass Frustration gehäuft an Standort D zu verzeichnen ist:

Tabelle 6: Darstellung der Anzahl Personen, die ‚Frustration‘ schildern, an den einzelnen Standorten

Standort	A	B	C	D
Anzahl Personen, die ‚Frustration‘ schildern	1	0	2	5
Anzahl Personen, die nicht ‚Frustration‘ schildern	0	4	7	4
Summe	9	4	9	9

Angst

Fünf Personen (drei Frauen, zwei Männer) schildern insgesamt acht Mal Angst. Darunter ist keine Person von Standort B und keine Person aus der Verwaltung. Beide Funktionsleitungen schildern hingegen Angst. Diese besteht vor allem in Bezug auf die Reaktion der Kontaktpartner im Gespräch (hierbei Mitarbeiter und Ärzte, keine eigenen direkten Vorgesetzten) und die Zukunft im Allgemeinen:

„Weil, das Dilemma, was dahinter ist, wenn ich mit ihm spreche kommt er vielleicht morgen nicht mehr.“ (sv1922 2019)

„Wo ich dann einfach denke ja, wo führt der Weg da hin? Wo geht es hier hin? Wo- (...) Das ist für mich gerade das richtig große Dilemma².“ (sv1922 2019)

Abwertung durch andere

Abwertung durch andere schildern sechs Personen (fünf Frauen, nur ein Mann) insgesamt elf Mal. Vier der sechs Personen sind von Standort D. Es fällt zudem eine deutliche Häufung bei den Führungskräften aus der Verwaltung auf:

² Den Begriff ‚Dilemma‘ verwendet der Teilnehmer in Bezug auf die Tatsache, dass er die Ängste aufgrund des Betriebsgeheimnisses mit niemandem teilen kann, die Geheimhaltung ihn jedoch stark belastet. Der Dilemmabegriff wird also korrekt angewendet.

Tabelle 7: Darstellung der Anzahl Personen, die ‚Abwertung durch andere‘ schildern, in den einzelnen Berufsgruppen

Berufsgruppe	FL	V	S	SL
Anzahl Personen, die ‚Abwertung durch andere‘ schildern	0 (0%)	3 (75%)	1 (14,3%)	2 (12,5%)
Anzahl Personen, die nicht ‚Abwertung durch andere‘ schildern	2	1	6	14
Summe	2	4	7	16

(FL= Funktionsleitung, V=Verwaltung, S=Service, SL=Stationsleitung)

In den Erzählungen wird an mehreren Stellen deutlich, dass die Führungskräfte der Verwaltung sich durch die anderen Berufsgruppen abgewertet fühlen:

„Ich fühle mich den Kolleginnen und Kollegen in der Pflege und unter den Ärzten sehr verbunden. Umgekehrt ist das glaube ich weniger so der Fall.“
(mn1314 2019)

„Und viele (.) sehen die Verwaltung so als, ja, Sesselsitzer, Ausruher, sitzen ihre Zeit ab. Ne?“ (jk1011 2019)

Die Wahrnehmung bestätigt sich durch Berichte der anderen Berufsgruppen, wie hier zum Beispiel aus der Pflege:

„Verwaltungsmenschen sind speziell, sage ich jetzt, ja? Weil die sind ja (..) ich würde sagen die wissen ihre Belastungsgrenze, ja? (.) Die ist viel niedriger angesetzt als unsere, ja?“ (vy2225 2019)

Gleichzeitig wird auch deutlich, dass das Training in den Augen der Verwaltung zu einem besseren Verständnis und Ansehen der Berufsgruppe beigetragen hat:

„Und ich glaube da haben auch viele mitgenommen, was wirklich dahin- so der Herr H. hat zum Beispiel dann- mit dieser Verweildauer haben wir es doch zum Schluss über so einen Fall gehabt. Ich glaube, das wissen viele gar nicht, was da dranhängt.“ (jk1011)

(Diffuses) unangenehmes Gefühl

Als 'diffuses unangenehmes Gefühl' wurden Textstellen zugeordnet, in denen die Teilnehmer ein negatives Gefühl beschreiben, dies jedoch nicht genauer zuordnen. Acht Teilnehmer (fünf Frauen, drei Männer) beschreiben diese Empfindungen. Die Hälfte davon von Standort D und zudem die Hälfte aus dem Bereich Verwaltung (obwohl dies die zweitkleinste Berufsgruppe darstellt). Häufig resultiert das unangenehme Gefühl aus

der noch bestehenden Schwierigkeit, Dilemmata als nicht perfekt lösbar zu akzeptieren oder (vor allem bei der Verwaltung) erneut aus dem Gefühl der Abwertung:

„Ich meine man findet nicht für jedes Dilemma eine Lösung, das ist das Problem.“ (vx2224 2019)

„Dann ist man der arme Verwaltungsmensch [...].“ (ln1214 2019)

Resignation / Gleichgültigkeit

Kein Teilnehmer beschreibt Resignation bzw. Gleichgültigkeit als unmittelbares Gefühl in Dilemmasituationen.

Schlechtes Gewissen / Schuldgefühle / Mitleid

Von fünf Teilnehmern (vier Frauen, ein Mann) werden im Schnitt zweimal ein schlechtes Gewissen, Schuldgefühle oder Mitleid angegeben. Dabei nennt ein Teilnehmer die Gefühle fünfmal. Unter den fünf Teilnehmern ist keine Person von Standort D und keine Person aus dem Servicebereich. Die Häufung fällt auf die Führungskräfte aus der Verwaltung (3 von 6). Es wird deutlich, dass es den fünf Teilnehmern aus schlechtem Gewissen nach wie vor schwerfällt, Arbeit an andere abzugeben oder Arbeit liegenzulassen oder aufzuschieben:

„Also ich- mir ist es natürlich nicht egal, was mein soziales Umfeld- also was es für Auswirkungen- (.) sowohl was die von mir denken, als auch (.) was es für Auswi- also zum Beispiel wenn ich was tue, was dann wieder bei anderen mehr Arbeit verursacht, ist mir das äußerst unangenehm. Das ist mir nicht egal. (.) Überhaupt nicht. Das ist so- ja.“ (mn1314 2019)

„Und deswegen gehe ich (lacht)- oder ja versuche es ja eben jetzt nicht mehr so- aber gehe ich immer unzufrieden zu Hause, weil ich immer das Gefühl habe, ich habe nicht genug gemacht und ich habe es nicht richtig gemacht.“ (mn1314 2019)

Ärger / Wut

13 Probanden (neun Frauen, vier Männer) beschreiben insgesamt 23 Mal Ärger oder Wut. Auffällig ist, dass an Standort B sowie von den Funktionsleitungen keinerlei Ärger oder Wut angegeben wird. Auf die restlichen Standorte sowie Berufsgruppen sind die Anzahl Nennungen sowie Personen anteilig relativ gleichmäßig verteilt.

Die Ursache ist in den meisten Fällen in dem Ärger bzw. der Wut über das Verhalten anderer oder der schlechten Struktur oder Unternehmenskultur in der Organisation zu verorten:

„Ne, also ich ärgere mich schon auch, ja. Und ich- es gibt schon Situationen, wo ich denke, das ist- das geht gar nicht, sowas, dieses Verhalten.“ (no1415 2019)

„Weil heute wieder (.) also einfach wieder, ja, es ist ja einfach (..) ein- keine Ahnung, also es geht einfach nur ums Geld. Und das ist völlig- eigentlich krank.“ (rt1820 2019)

Traurigkeit

Nur eine pflegerische Stationsleiterin schildert Traurigkeit. Auslöser ist konkret ein abweisendes Verhalten einer anderen Person in einer Sitzung.

Verzweiflung

Zwei Stationsleiter (ein Mann, eine Frau) von Standort D beschreiben Verzweiflung. Bei einer Person führt diese gar so weit, dass sie eine verführte Rente in Erwägung zieht:

„Ich habe jetzt auch wirklich am 3.6. einen Rentenberatungstermin. Ich will einfach wissen, wie lange sollte ich noch arbeiten, dass ich halbwegs- (..) Weil das ist-“ (uw2123 2019)

Die Verzweiflung ist in allen vier Schilderungen jedoch nicht auf eine bestimmte Dilemmasituation bezogen, sondern ein aus vielen Faktoren resultierendes Gesamterleben:

„Ich denke bei Vielen ist das hoffentlich nicht so, aber bei mir ist es ja mittlerweile schon so ein unfassbar multifaktorielles Gebilde geworden.“ (rt1820 2019)

Selbstabwertung

Eine Selbstabwertung wird von keinem Teilnehmer beschrieben.

Ratlosigkeit / Ohnmacht

Sieben Teilnehmer (fünf Frauen, zwei Männer) geben insgesamt 15 Mal Ratlosigkeit bzw. Ohnmacht in Dilemmasituationen an. Hierbei sticht heraus, dass sich darunter nur Teilnehmer von Standort A und D sowie nur aus Verwaltung und Stationsleitung befinden. Teilweise wird die Ratlosigkeit in Bezug auf die Tatsache beschrieben, dass die Teilnehmer sich in Dilemmasituationen nicht leicht entscheiden können. Da dies ein Dilemma per definitionem ausmacht, werden hierzu an dieser Stelle keine Beispiele genannt. Andere Teilnehmer schildern jedoch Ratlosigkeit bzw. Ohnmacht in Bezug auf Dinge, auf die sie selbst keinen Einfluss haben. So beschreibt etwa ein Stationsleiter

Mitleid mit seinen Mitarbeitern, die schlechten Arbeitsbedingungen vonseiten der Klinik ausgesetzt sind:

„Mir tun diese Menschen leid, weil ich sie einfach wirklich schon (.) stückweit viele Jahre kenne. Viele Jahrzehnte. (.) Und ich weiß, ich kann ihnen da nicht helfen. (.) Im Gegenteil, es wird ja noch schlimmer.“ (uw2123 2019)

Belastung

19 Probanden (elf Frauen, acht Männer) formulieren insgesamt 41 Mal Belastung in ihrem Berufsalltag in Bezug auf Dilemmasituationen. Auf die verschiedenen Berufsgruppen und Standorte sind die Schilderungen anteilig relativ gleichmäßig verteilt. Zum Teil werden Dilemmasituationen in ihrer Unauflösbarkeit allgemein als Belastung beschrieben:

„Weil es muss ja weiterlaufen. Wir sind ja doch eine wichtige Abteilung. Weil wenn es bei uns nicht läuft, dann bremsen wir so ziemlich alles aus und das kostet richtig viel Geld.“ (de45 2019)

Außerdem werden konkret belastende Situationen benannt. So werden beispielsweise Gespräche von mehreren Teilnehmern als Belastung erlebt:

„Wenn es eher Richtung ein bisschen mehr Emotionalität geht, weil es wirklich ernstere Gespräche auch sind, die man da- dann ist es für mich schon ein sehr- (.) ist es schon eine Belastung.“ (wx2324 2019)

Sonstige

Der Kategorie „Sonstige“ wurden Berichte von unmittelbarem Erleben in Dilemmasituationen zugeordnet, die zu keiner der zuvor beschriebenen Kategorien gut passten. Insgesamt finden sich in dieser Kategorie 13 Textstellen von neun Personen. Zur besseren Übersicht wurden die einzelnen Textstellen darauf analysiert, ob es sich um positive oder negative Gefühle bzw. Emotionen handelt. Hierbei konnten eine positive und zwölf negative Aussagen identifiziert werden. In der Gesamtbewertung (vgl. 4.3.1) wurde dies bereits berücksichtigt.

Bei der positiven Emotion in dieser Kategorie handelt es sich um die Schilderung eines emotionalen ‚Mantels‘, der zu einer verminderten emotionalen Belastung führt:

„Hach ich glaube man stumpft da ein bisschen ab auch mit der Zeit. Also es ist wirklich so wo ich am Anfang eher gedacht habe, (.) wenn man frisch in so eine Rolle reinkommt, dann beschäftigt einen das viel mehr. [...] Dass man sich da so

eine- so einen Mantel entwickelt und dass man dann einfach ein bisschen abstumpft in der Hinsicht.“ (st1920 2019)

Bei den negativen Gefühlen und Emotionen in Dilemmasituationen wird hier vor allem ein Gefühl des ‚Alleinseins‘ mehrfach beschrieben:

„Ja, das war sehr abwertend. Und vor allem ich hatte auch nicht das Gefühl, dass ich von irgendjemandem Rückendeckung habe (lacht) ne? Und dann- (.) ja, (.) war das für mich ziemlich blöd.“ (oq1517 2019)

„Nur auf der anderen Seite denke ich oft- man ist oft alleingelassen.“ (tv2022 2019)

4.3.2 Körperliche Symptome

Die letzte noch nicht besprochene Kategorie in der Oberkategorie ‚unmittelbares Erleben‘ sind körperliche Symptome als Resultat von einzelnen Dilemmasituationen oder der Häufung dieser. Sie werden von sechs Personen (drei Frauen, drei Männer) insgesamt sieben Mal angegeben. Darunter ist keine Person von Standort B und nur eine Person von Standort A. Ebenso schildert keine Person aus dem Service körperliche Symptome. Auf die anderen drei Berufsgruppen sind die Angaben anteilig relativ gleichmäßig verteilt. Während Symptome wie Rückenschmerzen oder ein hoher Blutdruck nur vereinzelt genannt werden, fällt eine Häufung von Schlafstörungen auf (sechs der sieben Berichte, wovon zwei nicht Schlafstörung direkt thematisieren, jedoch vermehrte Müdigkeit). Auffällig ist, dass alle Berichte von Schlafstörungen bei den pflegerischen Stationsleitungen verortet sind:

„Das hält mich nachts wirklich im Moment wach.“ (uw2123 2019)

„Und da gibt es auch Nächte, da wacht man auf und macht sich einen Kopf darüber. (...) Ja. (.)“ (vx2224 2019)

4.4 Wirkmechanismen

In diesem Kapitel sollen die Wirkmechanismen genauer betrachtet werden, die bewirkt haben, dass es den Teilnehmern nach dem Training anders geht als vor dem Training bzw. sich insgesamt etwas in ihrem Umgang mit Dilemmasituationen verändert hat. Alle Teilnehmer berichteten im Schnitt 16,7 Mal von solchen Wirkmechanismen.

Tabelle 8: Darstellung der drei häufigsten Wirkmechanismen

Wirkmechanismus	Personen	Nennungen
Verständnis über Mechanismen	26	88
Einsicht der Unlösbarkeit / Unentscheidbarkeit	25	70
Perspektivübernahme	22	54

4.4.1 Verständnis über Dilemmata

Ein verbessertes Verständnis über Dilemmata scheint den größten Effekt auf Umgang mit und Erleben von Dilemmasituationen bei den Teilnehmern herbeigeführt zu haben. Hierzu gehören ein wachsendes Verständnis über den Ursprung und die Mechanik von Dilemmata an sich und die Wirkung auf die eigene Person sowie die grundlegende Einordnung bekannter Situationen als Dilemma.

Einsicht Dilemmata Organisations-immanent

Das Verständnis, dass Dilemmata in Organisationen angelegt sind und sie nicht schuld an der Erscheinung von Dilemmaphänomenen sind, erleben viele nicht-ärztliche Führungskräfte als Befreiung bzw. Erleichterung. 16 Teilnehmer, also etwas mehr als die Hälfte aller Teilnehmer, beschreiben im Schnitt 2,5 Mal, dass die Einsicht über die Organisations-Immanenz von Dilemmata bei ihnen zu einer Veränderung im Vergleich zu vor dem Training geführt hat. Den größten Anteil haben hierbei mit zwanzig Schilderungen verteilt auf fünf Personen Führungskräfte aus der Verwaltung. Damit beschreiben 80% der Teilnehmer aus dieser Berufsgruppe diesen Wirkmechanismus.

„Das hilft- also (..) das [...] kam ja immer mal zur Sprache, dass es eben auch (.) in der Natur der Sache liegt beziehungsweise systembedingt ist.“ (mn1314 2019)

„Der große Unterschied ist vielleicht, dass ich gelernt habe, dass ich nicht für diese Dilemmata verantwortlich bin. Und das ist (.) ganz beruhigend.“ (oq1517 2019)

Einsicht der Unlösbarkeit/Unentscheidbarkeit

Ein anderer Aspekt des Dilemma-Verständnisses ist die Erkenntnis, dass ein Dilemma per definitionem unauflösbar bzw. unentscheidbar ist (vgl. 2.1). Den Zugewinn dieser Erkenntnis durch das Training benennen 25 Teilnehmer zusammen 70 Mal als Wirkmechanismus des Trainings. Auf die einzelnen Berufsgruppen und Standorte ist dieser Wirkmechanismus relativ gleichmäßig verteilt. Auch hier führt die Erkenntnis zu Erleichterung und zu einem höheren Selbstwertgefühl, bedingt durch das Wissen über die geringere eigene Schuld:

„Dass ich da eigentlich jetzt- (.) oder nicht eigentlich, ich bin da (.) viel ruhiger geworden und sage okay, ich kann es nicht ändern, ist so. Ja.“ (op1516 2019)

„Wenn ich rechts herum gehe, dann trete ich halt dem auf den Fuß und wenn ich links herum laufe, dann trete ich dem auf den Fuß. (.) Und einfach zu wissen, dass man immer irgendwo (.) einen aneckt, ne?“ (yb252 2019)

„Aber (.) öfter denke ich ‚Ne, du kannst jetzt nichts dazu.‘“ (xz2426 2019)

Verständnis über Mechanismen

Mit dieser Unterkategorie wird ein Wirkmechanismus beschrieben, durch den die Teilnehmer ein besseres Verständnis über innere oder interaktionelle Prozesse sowie Prämissen gewinnen konnten. 26 Personen berichten insgesamt 88 Mal von diesem Wirkmechanismus. Auch hier liegt eine ungefähr gleichmäßige Verteilung auf Berufsgruppen und Standorte vor.

Folgendes Beispiel veranschaulicht ein hinzugewonnenes Verständnis über die eigenen inneren Mechanismen einer Teilnehmerin:

„Natürlich ist es meine Person. Ich mache mir das Leben natürlich auch schwerer. Ich habe meine Persönlichkeit und (.) neige dazu, zu bestimmten Verhaltensweisen oder so.“ (mn1314 2019)

Ein anderes Beispiel zeigt ein verbessertes Verständnis über den Zustand und Auswirkungen des eigenen Handelns auf andere vor dem Training:

„Ja ich glaube man ist vorher so ein bisschen kopflos rumgerannt und hat immer so eine Hektik, also indirekt- also so selbst an sich, am Körper, verbreitet. Und vielleicht auch im Team.“ (jk1011 2019)

Die neuen Erkenntnisse über Mechanismen haben darüber hinaus nicht nur während des Trainings zu Veränderungen geführt, sondern im Sinne einer kontinuierlichen Wirkung bewirkt, dass auch heute vermehrt reflektiert werden kann:

„Man hat es hier in vielen Situationen selbst (.) erkannt oder besser kennengelernt auch. Wie wirke ich auf die anderen, wie reagieren die, (.) ja habe ich wirklich richtig gehandelt?“

Raum für Reflexion

Das Training war ein Raum für Reflexion über die eigene Situation und Gefühle und Handeln in Dilemmasituationen. Neun Teilnehmer beschreiben, dass dieser räumliche

und zeitliche Raum für Reflexion Veränderung in ihnen herbeigeführt hat. Interessant ist, dass fünf Männer aber nur vier Frauen explizit diesen Mechanismus beschreiben.

„Also dieses (.) darüber Nachdenken, das ging durch diese Schulung oder dieses Training was- schon ein bisschen- wurde mehr darauf sensibilisiert. Das muss ich schon sagen.“ (sv1922 2019)

Wahrnehmung der Ansprüche/Belastung

Zum bewussten Umgang mit Dilemmata gehört auch das Identifizieren solcher Zwickmühlsituationen. Acht Personen erzählen, dass sie durch das Training ein besseres Verständnis darüber gewonnen haben, welche Probleme im Berufsalltag sie überhaupt belasten und wie belastet sie hierdurch sind. Während ein Teilnehmer die Erkenntnis darüber selbst als Belastung empfindet (vgl. 4.5.3) äußern sich die anderen Teilnehmer diesbezüglich positiv:

„Ja dass mir die Dilemmata bewusster sind. Also dass- dadurch hat sich mein Verhalten verändert. Dass ich bewusster damit umgehe.“ (ln1214)

4.4.2 Wirkmechanismen in Verbindung mit anderen Trainingsteilnehmern

Bei der Konzeption des Trainings wurde bewusst die Entscheidung getroffen, unterschiedliche Berufsgruppen zu mischen und im Schritt zuvor, Gruppentrainings statt Einzelschulungen anzuwenden. Nach dem Verständnis über Dilemmata sind dieser Obergruppe die zweitmeisten Schilderungen zuzuordnen. Dies zeigt die Wichtigkeit der Gruppendynamik. Den Wirkmechanismen, die in Verbindung mit anderen Trainingsteilnehmern zustande kamen, können vier einzelne Mechanismen zugeordnet werden:

Die anderen als Modell

Eine Ursache für Veränderung bei den Teilnehmern waren die anderen Trainingsteilnehmer, die als Vorbilder gedient haben. Zwölf Teilnehmer beschreiben dies, hiervon zehn Frauen und nur zwei Männer. Die Teilnehmer beschreiben, dass sie Strategien oder Ideen der anderen als Vorbild nehmen und versuchen, diese in ihr eigenes Handeln zu integrieren:

„AD: Sie haben gesagt, Gespräche haben irgendwie im Seminar geholfen?

I: Ja auch von den anderen so, wie sie das machen würden, ne? Die Ideen. Also ich habe mir da schon die Ideen geholt, die ich für mich eben (.) richtig fand.“ (op1516 2019)

„Und dann denke ich mir, vielleicht kann ich mir da auch ein Stück von abgucken [...]“ (oq1517 2019)

Vergleich mit den anderen

Sich selbst mit anderen zu vergleichen bringt nicht nur den Vorteil, dass sich die Teilnehmer andere als Positiv-Vorbild nehmen können. Ein weiterer Wirkmechanismus, der von 16 Frauen und sechs Männern insgesamt 47 Mal genannt wird, ist der Vergleich mit anderen im Sinne eines Negativbildes. Durch den Austausch und Abgleich merken die Teilnehmer, dass es anderen gleich oder gar schlechter geht und sie mit ähnlichen Problemen zu kämpfen haben. Dies führt zu Erleichterung und wertet die eigene Situation auf:

„Gut war es auch, dass man gehört hat, dass andere (.) das (.) in selben Situationen sind.“ (wx2324 2019)

„Auch so der Austausch mit den Kollegen. (...) Wenn man so alleine kämpft, denkt man immer, man ist der Einzige, der solche Probleme hat. Nein, die hat jeder in irgendeiner Form.“ (eg57 2019)

Perspektivübernahme

Das Training bot im interdisziplinären Setting einen Ort für Austausch zwischen und innerhalb der Berufsgruppen und Fachrichtungen. 22 Probanden (elf Frauen, elf Männer) erzählen, dass sie hier die Gelegenheit hatten, sich in andere Teilnehmer hineinzusetzen und diese mit ihren Problemen und Handeln besser zu verstehen:

„Weil man hat ja in manche Berufsgruppen ja gar nicht so den Einblick [...]. Ich habe viel mehr Verständnis jetzt für Steri oder viel mehr Verständnis jetzt für (.) Archiv. Weil da ist- sind Sachen, (.) wo wir- wo einem gar nicht so bewusst waren, unter welchen Zwängen oder- den Spagat, den die da manchmal auch machen müssen. Ja es ist- es hat einem schon ein bisschen (...) ja auch (..) die Augen geöffnet, (...) wo denen ihre Schwierigkeiten liegen.“ (wx2324 2019)

Ein Teilnehmer aus dem Service berichtet sogar umgekehrt, dass er sich durch das Training ein besseres Verständnis für seine Berufsgruppe erhofft, also eine Perspektivübernahme vonseiten der anderen Trainingsteilnehmer:

„I: Naja ich denke mal, [...] dass- da waren ja sehr viele Ärzte und Pflegekräfte dabei, die eigentlich so das gar nicht wussten, was bei uns alles so (.) abläuft.
MB: Das heißt die Pflege und die Ärzte haben durch [...] das Training Ihre Perspektive stärker verstanden?“

I Vielleicht, ja.“ (vw2223 2019)

In der Gesamtschau mit der Kategorie ‚Auswirkung Organisation/Umwelt‘ (vgl. 4.6) ist auffällig, dass 18 der 22 Teilnehmer, die den Wirkmechanismus der Perspektivübernahme beschreiben, auch einen positiven Effekt auf ‚Verständnis/Kommunikation bei Zusammenarbeit‘ und/oder ‚Wertschätzung‘ angeben.

Solidarisierungsempfinden

Ein vierter Wirkmechanismus, der in Kontakt mit anderen Trainingsteilnehmern zustande kam, ist das Solidarisierungsempfinden. 20 Teilnehmer (14 Frauen, 6 Männer) formulieren insgesamt 54 Mal, dass im Training ein Gemeinschaftsgefühl entstanden ist, das Veränderung herbeigeführt hat. Hierzu gehören als Auswirkung vor allem verstärkte Rücksichtnahme und eine bessere Zusammenarbeit im Arbeitsalltag:

„Also was ich ganz toll fand [...], ist einfach diese Begegnung mit den anderen Berufsgruppen. [...] das ‚Wir-Gefühl‘ ist grundsätzlich da. Ich fühle mich den Kolleginnen und Kollegen in der Pflege und unter den Ärzten sehr verbunden. Und [...] da ist so ein Verständnis geweckt worden für dass wir alle in einem Boot sitzen“ (mn1314 2019)

„I: Aber ich habe zumindest auch mal so ein bisschen Vertrauen in die weiteren Berufsgruppen und- (5) ich habe mich mit denen vertraut gemacht, ja.

MB: (.) Okay. (.) Verändert das was im Alltag bei Ihnen?

I: (.) Ja, ich weiß dann schon, wo ich den hinstecke und weiß, ich kann mich an (.) die Person wenden, wenn irgendwas ist. Ja.“ (oq1517 2019)

4.4.3 Stärkung und Bestätigung der eigenen Person

Fünf weitere Wirkmechanismen des Trainings sind dem Thema ‚Stärkung und Bestätigung der eigenen Person‘ zuzuordnen. Wirkung aller Wirkmechanismen unter diesem Oberbegriff ist das gesteigerte Selbstbewusstsein.

Selbsterkenntnis Rolle: Führungskraft

15 Probanden berichten insgesamt 23 Mal, dass sie sich durch das Training ihrer Rolle als Führungskraft bewusster sind. Dies beinhaltet einerseits ein gesteigertes Selbstwertgefühl durch die Selbstwahrnehmung als Führungskraft, andererseits außerdem das Verständnis, dass man als Führungskraft zwangsläufig vor dilemmatischen Entscheidungen steht und man somit nicht schuld an ebendiesen Situationen ist:

„Da gibt es natürlich Situationen, die Dilemmata, die man dann so hat, in so einer Position. Ich denke da kann man auch glaube ich nicht viel verändern.“
(su1921 2019)

„Wie gesagt, meine eigene Einstellung hat sich verändert. (.) Zu meiner Position halt eben auch als [...]³ hier jetzt in dem Haus. (.)“ (df46 2019)

„MB: Würden Sie sagen, dass Sie (.) nach dem Training sich stärker als Führungskraft wahrnehmen? [...]

I: (.) Ja. Ja, auf alle Fälle. Auf alle Fälle.“ (tv2022 2019)

Validierung

Eine weitere Stärkung des Selbstbewusstseins und somit Veränderung auf gedanklicher Ebene hat die Validierung herbeigeführt: Elf Personen geben an, dass sie in Teilen ihres bisherigen Handelns bestärkt wurden und sich hierdurch in ihrer Strategie und Person bestätigt fühlen. Dies wird vor allem an Standort A und C beschrieben.

„[...] und (.) ich mir jetzt eigentlich klar darüber bin, dass es gar nicht <so> falsch ist, was ich die ganze Zeit gemacht habe. [...] wo ich mir jetzt erstmal sagen kann okay, es ist jetzt nicht alles, ne, ganz verkehrt. Am Rest kann man arbeiten. Und das ist für mich jetzt ein Level, wo ich jetzt ganz gut damit zurechtkomme.“
(il912 2019)

Eine weitere Form von ‚Validierung‘ beinhaltet eine Bestätigung, dass die Teilnehmer beispielsweise nicht schuld an der Situation sind und das Krankenhaus als System ungerecht und die Situationen unlösbar sind:

„Ich kann nicht 24 Stunden am Tag arbeiten. Und ich- (.) kein Mensch kann es. Nicht nur ich. Also es ist kein persönliches Versagen, ja. Das hilft-“ (mn1314 2019)

Wertschätzung/Selbstachtung

Acht Personen schildern eine durch das Training herbeigeführte gesteigerte Wertschätzung bzw. Selbstachtung:

„Ich glaube klein bisschen mehr Selbstwertgefühl im beruflichen Bereich habe ich (.) durchaus auch durch dieses Seminar. (mn1314 2019)

³ Die Positionsbezeichnung wurde an dieser Stelle entfernt, da diese unter Umständen eine leichtere Identifizierbarkeit der Person zur Folge gehabt hätte.

„MB: [...] wie erklären Sie sich das, dass das Training da (.) was bewirkt hat bei Ihnen?

I: [...] Vielleicht hat es mein Ego irgendwo gestärkt.“ (oq1517 2019)

Selbstwirksamkeit

„Selbstwirksamkeit“ beschreibt die Selbstwahrnehmung, wirksam zu sein, also beispielsweise zukünftige Dilemmasituationen besser bewältigen zu können oder mehr Einfluss auf Entscheidungen zu haben. 13 Probanden führen Selbstwirksamkeit als Wirkmechanismus des Trainings an.

„Wir können noch ganz ganz viel leisten. [...] bei jeder Entscheidung gibt es ja eine Richtung, die man einschlagen kann oder eine Position, die man beziehen kann. Das ist ja schon sehr viel. Und (.) letzten Endes sind wir ein großer Bestandteil jeder Entscheidung. Und (.) bis wir sie akzeptiert haben, kann man noch ganz ganz viel (.) daran ändern.“ (no1415 2019)

„Also für mich war es inspirierend, war es gut. Ich kann mit den Konflikten umgehen, ja.“ (op1516 2019)

Empowerment

20 Teilnehmer nennen im Schnitt knapp zweimal „Empowerment“ als Wirkmechanismus des Trainings. Die Teilnehmer fühlen sich darin gestärkt, aktiv zu handeln, sich gegen Aufträge, Entscheidungen oder gegebene Situationen zu wehren und eigenen Standpunkt und Interessen zu vertreten. Vielfach wird beschrieben, dass die Teilnehmer sich nun trauen, ihre Meinung zu sagen oder auch mal „nein“ zu sagen:

„Ich- was ich glaube ist, dass ich doch noch mal mehr dieses (.) ‚Nein‘ - also dass ich auch im richtigen Moment mal ‚nein‘ sage oder- (.) darstelle, (.) warum (.) ich jetzt nicht der Meinung bin und also mehr meine Position vertrete.“ (ln1214 2019)

„Für mich und meine Abteilung will ich jetzt mehr einstehen und nicht einfach nur ausführen. Ich bin (wieder) nerviger und sage ‚so geht das nicht‘.“ (bc23 2019)⁴

⁴ Die Teilnehmerin hat die Aufnahme mit dem Tonbandgerät abgelehnt. Bei dem Zitat handelt es sich um einen Ausschnitt des von M. Born direkt nach dem Interview verfassten Protokolls basierend auf Notizen während des Interviews.

„Ja, dass man- dass man das gar nicht muss. (.) Dass ich das gar nicht muss. Dass ich auch das Recht habe, zu sagen, ‚Hier stop. Jetzt nicht. Hier lang.‘, oder so, ja?“ (de45 2019)

4.5 Das Training

Neben der Wirksamkeit des Trainings, der ein eigenes Kapitel gewidmet wurde (s. 4.4), gibt es noch drei weitere Kategorien, die direkt mit dem Training zusammenhängen. Sie sollen in diesem Kapitel genauer analysiert werden.

4.5.1 Als hilfreich Empfundenes

Diese Oberkategorie des Kategoriensystems (vgl. 3.6.1) beinhaltet positive Kommentare der Teilnehmer bezüglich des Trainings, aber auch negative Meinungen in Bezug auf einzelne Trainingsinhalte sowie die Formulierung weiteren Trainingsbedarfs. Im Folgenden werden die Unterkategorien genauer aufgeschlüsselt:

Setting

26 der 31 Teilnehmer beschreiben insgesamt 46 Mal das Setting als besonders hilfreich im Training. Verhältnismäßig sind die Angaben unter den Berufsgruppen und Standorten relativ gleichmäßig aufgeteilt. Besonders die Mischung der unterschiedlichen Berufsgruppen wird als hilfreich hervorgehoben. Teilweise wird dies sogar als Grundlage für das Funktionieren des Trainings betrachtet:

„Also was ich ganz toll fand, das habe ich auch mehrfach geschrieben, ist einfach diese Begegnung mit den anderen Berufsgruppen.“ (mn1314 2019)

„AD: Sie sagten ja gerade, das war sehr hilfreich, dass da ganz verschiedene Leute zusammensaßen.

I: Ja. (.) Ja ich denke mir wenn lauter Gleiche dabei gewesen wären, dann hätten wir es nicht machen brauchen.“ (jk1011 2019)

Neben dem interdisziplinären Charakter des Trainings und unspezifischen positiven Äußerungen zum Setting allgemein, wird vereinzelt die Struktur gelobt, die ein gutes Konzept und Planung vermittelt. Auch wird von einem Teilnehmer der Standort in der eigenen Klinik und der Zeitrahmen als Vorteil empfunden. Im Training wird zudem mehrfach die angenehme und offene Atmosphäre gelobt, die Vertrauen schaffte und zum offenen Erzählen einlud.

Gruppeninteraktion

Von 20 Teilnehmern wird zusammen 41 Mal die Gruppeninteraktion als hilfreich betont. Hierbei ist nicht die Gruppenzusammensetzung gemeint (dies wäre unter ‚Setting‘ einzuordnen), sondern hilfreiche Momente, die sich aus der Interaktion selbst ergeben haben. Darunter werden häufig Gespräche mit anderen Teilnehmern genannt, die besonders hilfreich waren. Insbesondere sind durch den Austausch Ideen für den eigenen Arbeitsalltag entstanden oder das Hineinversetzen in den anderen wurde ermöglicht bzw. erleichtert (vgl. 4.4.2 Wirkmechanismen ‚die anderen als Modell‘ und ‚Perspektivübernahme‘):

„Also ich fand es zwischendurch gut, was wir immer gemacht haben, den kollegialen Austausch. (.) Dass- ich hatte zum Beispiel einmal ein Gespräch mit dem Dr. K., er mir seine Dilemmasituation geschildert hat. Und wir haben sonst keine große Zusammenarbeit. (.) Und ich ihm meine schildern konnte. Und- [...] Er zeigt mir vielleicht Lösungsvorschläge, an die ich überhaupt nicht gedacht habe. Weil es er von einer ganz anderen Seite aus betrachtet.“ (vx2224 2019)

Didaktik/Methodik

Die eingesetzte Didaktik bzw. Methodik zur Vermittlung der Lerninhalte wird von 24 Personen im Schnitt knapp zweimal positiv genannt. Hierbei werden vor allem einzelne methodische Spielformen wie vor allem Gruppenarbeiten allgemein, Rollenspiele (vor allem mit echten Beispielen aus dem Arbeitsalltag von Teilnehmern) und das ‚Auftragskarussell‘ hervorgehoben. Gleichzeitig wird die Präsentation mittels hilfreicher Flipcharts und der interaktive Charakter des Trainings betont:

„MB: Was war [...] hilfreich?

I: Also erstens, dass wir mitgemacht haben. (..) Ganz davon abgesehen, dass es dadurch auch kurzweilig war. Und-

MB: Mitgemacht heißt, dass Sie viel beteiligt wurden?

I: Ja. (.) Wir waren ja gefordert, ne? Das war ja keine Frontalsache, ne? Was ja die Sache echt langweilig gemacht hätte. (..) Ja.

MB: Und (..) gab es methodisch etwas, was Sie besonders hilfreich fanden?

I: (5) Die Gruppenarbeiten.“ (ad14 2019)

„I: Also die Demobeispiele fand ich sehr hilfreich. Und die Gruppenarbeiten fand ich auch sehr hilfreich.

MB: (10) Und an den Gruppenarbeiten, was genau war da hilfreich für Sie?

I: Einfach an einem eigenen Beispiel so die- (..) das [...] Konzept, Struktur, die da vorgegeben war, zu verfolgen.“ (oq1517 2019)

Inhalte

Die Trainingsinhalte werden von 25 Personen (16 Frauen, neun Männer) im Schnitt 2,5 Mal als hilfreich erklärt. Die als hilfreich empfundenen Inhalte sind hierbei so breit gefächert, dass sie hier nicht im Einzelnen dargestellt werden. Im Allgemeinen handelt es sich jedoch bei den meisten beschriebenen Inhalten um konkretes Wissen, wie Strategien in Dilemmasituationen oder ein inhaltlich vermitteltes besseres Verständnis über die Dilemmatheorie:

„Und ihr habt es ja auch immer wieder gesagt: Dilemma sind da, die können wir nicht- die sind einfach da und (.) es geht ja dann einfach darum, wie man damit umgeht. Und dieses Wissen- (xz2426 2019)

„Also was ich- (.) also was mir gut gefallen hat, was jetzt wahrscheinlich nicht so direkt (..) ja das Dilemma ändert, aber was mir gut gefallen hat, sind, weil man es einfach immer wieder brauchen kann, die Kommunikationsstrategien.“ (rt1820 2019)

Als weniger hilfreich Empfundenes

In diese Kategorie wurden Aussagen eingeordnet, die sich negativ zu Trainingsinhalten bzw. Trainingssetting äußern oder aber Inhalte als weder hilfreich noch schlecht bezeichnen. Neun Personen schildern negative Eindrücke in Bezug auf Trainingsinhalte. In vielen Fällen wird von der Person selbst hinzugefügt, dass dies eine persönliche Meinung sei und der entsprechende Inhalt für andere Trainingsteilnehmer vermutlich gut sei. Folgendes Beispiel zeigt die Meinung einer Person, die aufgrund von Misstrauen (vgl. 4.5.2 ‚Hemmnisse‘) die Rollenspiele als Belastung erlebt hat:

„Also was mich immer sehr unter Druck gesetzt hat, das muss ich ganz ehrlich sagen, das hat mir eigentlich auch die Freude an dem Kurs genommen, ist als (.) diese Rollenspiele.“ (wx2324 2019)

Zwei der neun Personen sagen zudem, dass es für sie insgesamt zu viele Inhalte waren und so der rote Faden nicht mehr gut ersichtlich war:

„I: (..) Also ich fand es <viel>. [...]

AD: Also von den Themen oder?

I: Von den Themen her, ja. (.) Also ich konnte mir ja auch nicht wirklich alles merken, ne?“ (yb252 2019)

Sechs Personen beschreiben hingegen Inhalte, die in ihren Augen nicht negativ waren, jedoch für sie auch keinen Mehrwert gebracht haben, daher weniger hilfreich waren:

„Diese Entspannungsübungen haben mir jetzt nicht so geholfen aber das liegt ja an mir (lacht). Damit kann ich nicht so viel anfangen. Werde ich vielleicht nicht jetzt regelmäßig machen.“ (bd24 2019)

Weiterer Trainingsbedarf

In diese Kategorie fallen insgesamt 85 Äußerungen von 28 Personen. Alle 18 Frauen beschreiben weiteren Trainingsbedarf, während es von den 13 Männern nur 10 sind. Ein paar Teilnehmer äußern hierbei Inhalte, die für sie im Training gefehlt haben oder nicht ausreichend vertieft wurden. So sagt eine Teilnehmerin, dass es hilfreich für sie gewesen wäre, eine persönliche Situation genauer zu besprechen:

„I: Wie kann man damit umgehen? Das wäre für mich noch so eine Frage gewesen. Oder ein <Spiel>. (.) Aber das haben wir ja so nicht in dem Sinne. Und diese-

AD: Ah, das meinen Sie, wäre vielleicht hilfreich gewesen, das im Training mal anzugucken?

I: Ja [...]. Aber das wäre so ein Haupt-persönliches Problem gewesen. (jk1011 2019)

Die meisten Teilnehmer, die sich zu dieser Kategorie äußern, beschreiben wiederum, dass sie bei manchen erlernten Strategien noch Schwierigkeiten bei der Umsetzung haben:

„Das- natürlich ist die- ja oder das Lernen- (.) also die Strategie an sich ist ja eins aber die Umsetzung dann wieder auch, ne, was anderes.“ (il912 2019)

„Also (.) während den Tag- den Stunden war mir alles immer ganz klar und alles toll. Aber im Alltag (..) ertappe- oder habe- ja ertappe ich mich eigentlich immer noch so wie vorher, sage ich mal. Ich muss mir das wirklich dann immer wieder ins Gedächtnis rufen. Hinterher fällt mir dann oft ein ‚Haja, hättest du vielleicht doch (..) mehr überlegen sollen. Hättest du vielleicht das anwenden sollen.‘ Aber (.) ohne Vorbereitung jetzt in einem Gespräch oder so (.) habe ich das noch nicht intus. (..) Ganz ehrlich (lacht).“ (xz2426 2019)

Oft wird von den Teilnehmern mit Schwierigkeiten bei der praktischen Umsetzung erkannt, dass es sich bei dem Lernen der neuen Strategien um einen Prozess handelt, der nach wie vor andauert und über das Training hinausgeht:

„Ich glaube nicht, dass ich da schon einen Endpunkt erreicht habe. [...] Aber das ist ein Lernprozess. Ich bin auch ein Typ ich kann das nicht von heute auf morgen. Geht wahrscheinlich auch vielen so.“ (vx2224 2019)

Sonstiges

26 Aussagen von 12 Personen konnten keiner der anderen Unterkategorien zugeordnet werden. Zum Teil sind die Aussagen sehr personenbezogen und daher nicht als allgemeine Meinungen darstellbar. Beispielsweise beschreibt eine Teilnehmerin, dass sie bedingt durch Fehltag das Training an anderen Standorten nachgeholt hat und dieser Einblick für sie hilfreich war. Davon abgesehen werden auch die Hausaufgaben und das Material für Zuhause (z.B. die Landkarte und die Fotoprotokolle) mehrfach als hilfreich beschrieben.

4.5.2 Hemmnisse

Die Kategorie ‚Hemmnisse‘ beinhaltet Aussagen über Gründe, weshalb die Teilnehmer nicht so sehr vom Training profitieren konnten. Dies schließt sowohl Gründe für die verhinderte oder eingeschränkte Teilnahme an den Seminaren und verminderte Partizipation innerhalb der Seminare als auch Gründe für eine erschwerte Umsetzung des Gelernten mit ein.

Zu wenig Übung

Die Kategorie ‚zu wenig Übung‘ beschreibt weiteren Trainingsbedarf bzw. nach wie vor existierende Schwierigkeiten in der Umsetzung des Gelernten. Die Kategorie wurde parallel codiert mit ‚weiterer Trainingsbedarf‘ (vgl. 4.5.1) und wird daher an dieser Stelle nicht näher besprochen.

Gefahr durch Abwertung

Die Angst vor Abwertung mit einer daraus resultierenden Hemmung, sich am Training aktiv zu beteiligen und emotional zu öffnen, beschreiben 19 Teilnehmer (zwölf Frauen, sieben Männer) an 24 Stellen in den Interviews. Mit Ausnahme eines etwas geringeren Anteils an Standort C ist die Angst auf die übrigen Berufsgruppen und Standorte anteilig relativ gleichmäßig verteilt. Einige Teilnehmer führen ihre Angst vor Abwertung im Training zurück auf eine allgemeine Angst vor dem Sprechen in Gruppen oder dem Zeigen von Gefühlen:

„MB: Gab es noch andere Dinge, die am Trainingssetting vielleicht manchmal auch schwierig waren für Sie?

I: (.) Ja also das war jetzt nur eins. Aber das ist glaube ich was absolut Persönliches. (.) Dass ich eigentlich jemand bin, der nur unfreiwillig über Gefühle spricht. Also das ist so ein Punkt. Aber das hat glaube ich nichts mit

dem Seminar an sich zu tun sondern einfach eine persönliche (.) Sache für mich ist.“ (st1920 2019)

Andere Teilnehmer haben konkret Angst vor Abwertung bezogen auf das Training, da sie z.B. das Gefühl haben, auf der intellektuellen Ebene nicht mithalten zu können oder gar für den eigenen Aktionismus ausgelacht zu werden:

„Naja am Anfang, als das dann- als ich so das Gefühl gehabt habe, dass mir das jetzt einfach zu, keine Ahnung, hochtrabend, zu wissenschaftlich ist und so, da habe ich mich schon in der Gruppe schon schwer getan [...].“ (xz2426 2019)

„Auch wenn einer vorangeht und sagt ‚Ich mache das jetzt anders.‘ (.) Ich glaube der wird eher belacht, belächelt. (.) Ausgelacht. (.) Schwierig.“ (sv1922 2019)

Eine weitere Teilnehmerin beschreibt die gemischte Gruppenzusammensetzung, die von den meisten anderen Teilnehmern als hilfreich empfunden wird, als Grund für ihre Angst vor Abwertung. Sie nimmt sich als weit unten in der Hierarchie wahr, was sich wiederum negativ auf ihre Trainingsteilnahme ausgewirkt zu haben scheint:

„I: Es fehlte Offenheit. Die [...] ⁵ hat einen schlechten Stand in der Hierarchie. Man erfährt keine Wertschätzung. Das hat man nur teils teils im Training so empfunden.

MB: Woran haben Sie das gemerkt?

I: Ich wurde weniger gewählt bei Gruppenarbeit und ich habe mich auch weniger getraut auf andere zuzugehen. So unterm Motto ‚was soll ich dem Arzt schon erzählen?‘ oder auch ‚der nimmt meine Probleme nicht ernst.‘“ (bc23 2019)⁶

Misstrauen

Von Misstrauen im Trainingssetting berichten elf Teilnehmer an 16 Stellen der Interviews. Darunter sind sechs Frauen, fünf Männer und keine Person aus dem Funktionsleiterbereich. Zum Teil scheint das Misstrauen ein generelles Nicht-Vertrauen zu sein, zum anderen in der Loyalität gegenüber Nicht-Anwesenden begründet zu sein:

„[...] und dann eben in dieser Runde, die man nicht- die einem nicht vertraut nicht. Und das finde ich ober- also es war für mich Oberstress.“ (oq1517 2019)

⁵ Positionsbezeichnung wurde an dieser Stelle entfernt, da diese unter Umständen eine leichtere Identifizierbarkeit der Person zur Folge gehabt hätte.

⁶ Die Teilnehmerin hat die Aufnahme mit dem Tonbandgerät abgelehnt. Bei dem Zitat handelt es sich um einen Ausschnitt des von MB direkt nach dem Interview verfassten Protokolls basierend auf Notizen während des Interviews.

„Ich hatte eher das Problem (.) dadurch, dass ich ja die Stabstelle der Klinikleitung bin und meine (.) Konflikte [...] mit Personen zu tun haben, wo ich jetzt nicht (.) offen in dieser Gruppe ansprechen könnte oder [...] das mir zu riskant gewesen wäre. [...] Weil die Beispiele, die ich sofort im Kopf hatte, hätte ich nicht in der Gruppe (.) ansprechen können. Rein aus- [...]Loyalität gegenüber der- (.) sage ich mal Klinikleitung [...].“ (ln1214 2019)

Verständnis

Elf Personen, also etwas mehr als ein Drittel der Teilnehmer, schildern Verständnisprobleme während des Trainings. Eine Person darunter bezieht die Verständnisprobleme hauptsächlich darauf zurück, dass Deutsch nicht ihre Muttersprache ist:

„Natürlich man kann nicht alles (.) kapieren. Schon von meiner Deutschsprache sozusagen oder so.“ (eh58 2019)

Weitere Teilnehmer haben Sprachprobleme, obwohl Deutsch augenscheinlich ihre Muttersprache ist⁷. Sie schildern, dass die Wörter ihnen zum Teil zu wissenschaftlich waren:

„Sehr interessant, aber ich bin natürlich nicht in diesem (.) sagen wir mal ‚Terminus Technicus‘ da in diesen ganzen Sachen so drin.“ (xa241 2019)

„Klar war viel- war auch sehr viel theoretisch dabei. Und so manche Fachtermini, da musste man dann erstmal (.) gucken, was ist da überhaupt gemeint?“ (eg57 2019)

Alle anderen Äußerungen, die in diese Kategorie fallen, beschreiben inhaltliche Verständnisprobleme, zum Beispiel durch zu komplizierte Aufgabenstellung:

„Und manchmal waren die Aufgaben auch bisschen schwer gestellt, wo man dann nicht genau wusste, (.) was will man jetzt von einem.“ (eg57 2019)

Nicht anschlussfähig

13 Teilnehmer beschreiben zusammen 21 Mal, dass die Kursinhalte nicht zu ihrer eigenen Lebensrealität passen. So beschreibt ein Teilnehmer aus dem Servicebereich

⁷ Hierbei handelt es sich lediglich um eine Vermutung aufgrund der akzentfreien, sehr flüssigen Sprechweise. Offiziell erhoben wurde es nicht.

beispielsweise, dass er die Beispiele nicht als zu seiner Berufsgruppe passend empfunden hat:

„I: Das, was ich halt traurig fand, dass sehr vieles mit der Medizin zu tun hatte. Also mit Pflege und Ärzten, (.) wo wir, die ja eine Dienstleistung erbringen, wie die Technik oder die Küche, (.) dass wir da- (..) also wir haben uns da so ein bisschen Ding gefühlt, so ein bisschen- (..)

MB: Nicht angedockt irgendwie?

I: Ja.“ (vw2223 2019)

Der gleiche Teilnehmer beschreibt auch, dass er bei den Gesprächen der anderen Berufsgruppen (in diesem Beispiel der Ärzte) keinen Anschluss fand:

„Also die haben dann miteinander diskutiert und wir konnten eigentlich so gar nicht mitreden.“ (vw2223 2019)

Vermeidung

Die Unterkategorie ‚Vermeidung‘ wurde vergeben, wenn subjektiv der Eindruck entstand, dass die Person Dilemmata oder ihre Auswirkungen leugnet. Sie wurde bei sieben Personen an zwölf Stellen vergeben. Darunter sind zwei Frauen und fünf Männer. Da davon ausgegangen werden kann, dass Dilemmasituationen jeder Person in ihrem Arbeitsalltag in der Klinik begegnen, erwecken Sätze wie in folgenden Beispielen die Vermutung, dass ein paar Teilnehmer die Existenz und Auswirkung von Dilemmata verdrängen:

„Also (.) es ist nie unmöglich. [...] Weil im Endeffekt ist die Lösung immer stimmig. (.) Meines Erachtens.“ (ux2124 2019)

Keine Unterstützung für Teilnahme

Nur eine Person aus der Gruppe der pflegerischen Stationsleiter gibt an, dass sie vonseiten der Klinikleitung nicht genug Unterstützung bekommen hat, um an dem Training in vollem Umfang teilnehmen zu können. Sie beschreibt den Widerspruch zwischen Begeisterung über das Training und mangelnder Unterstützung. Die Unterstützung hätte sie sich in Form von Ersatzpersonal für die Zeit des Trainings gewünscht.

Keine Zeit – privat bedingt

Elf Personen machen fehlende Zeit auf privater Seite dafür verantwortlich, dass sie nicht im vollen Umfang am Training teilnehmen oder die Hausaufgaben nicht erledigen

konnten. Besonders häufig wird dies an Standort D angegeben. Auffallend ist auch, dass keine Person aus der Verwaltung unter den Personen ist, die dieses Argument anführen.

Die meisten Personen schildern Urlaub als Ursache für das Fehlen bei einzelnen Seminaren. Aber auch Krankheit der eigenen Person oder in der Familie wird als Grund genannt.

Keine Zeit - klinikbedingt

Klinikbedingte Ursachen geben 15 Personen als Ursache für das Fehlen bei einzelnen Trainingsterminen oder das Nichterledigen der Hausaufgaben an. Die Aussagen sind auf Geschlechter, Standorte und Berufsgruppen relativ gleichmäßig verteilt. Neun Personen geben sowohl private als auch klinikbedingte Gründe an.

„Einmal kam ich hier nicht weg. (..) Weil hier wirklich die Hütte gebrannt hat. Personalausfall (..) und ich niemanden bekommen habe, ging es nicht. (.) Kurzfristig musste ich dableiben.“ (eg57 2019)

Organisationale Hemmnisse bei Umsetzung

Nur vier Personen berichten von Hindernissen bei der Umsetzung des Gelernten vonseiten der Klinik. Darunter sind nur Personen von Standort C und D und keine Person aus der Gruppe der pflegerischen Stationsleitungen. Die meisten Personen in dieser Kategorie beschreiben, dass die Grundstruktur der Abteilung nicht gegeben ist, weil es zum Beispiel grundlegend an Organisation fehlt oder weil ein so manifester Personalmangel vorliegt, dass sich die Situationen aufgrund der geringen Ressourcen von vornherein nicht annähernd zufriedenstellend lösen lassen:

„Im Moment ist es halt so, dass es immer an denen hängt, die halt länger da sind. Und wenn ich dann noch einen Kollegen krank habe oder zwei von den Langjährigen, dann muss ich ran. Da- (.) habe ich auch keine Chance. Da nützt mir auch nichts mehr Impathie oder Priorisieren. Da (.) geht nicht. Ja?“ (de45 2019)

Eine Person, die insgesamt sehr belastet scheint, berichtet von zu wenig Unterstützung als Ursache für eine nicht ermögliche Umsetzung des Gelernten:

„Und vor allen ich hatte auch nicht das Gefühl, dass ich von irgendjemandem Rückendeckung habe (lacht) ne? Und dann- (.) ja, (.) war das für mich ziemlich blöd.“ (oq1517 2019)

Rahmenbedingungen des Trainings

Die Rahmenbedingungen des Trainings werden von 15 Personen (zehn Frauen, fünf Männer) als hinderlich für die Trainingsteilnahme beschrieben.

Gleichzeitig nennen einige Teilnehmer Ideen, wie die Rahmenbedingungen in ihren Augen vorteilhafter wären. Der Konsens bei den meisten dieser Aussagen ist ein intensiveres Training in einem kürzeren Zeitraum:

„Also für mich war auch das hat sich zu lange gezogen für mich persönlich. Das war dann oftmals auch einfach wo ich gedacht habe och Gott, was war denn letztes Mal eigentlich? Und (..) da hätte ich mir gewünscht, wenn es glaube ich ein bisschen enger zusammen gewesen wäre, (.) dann wäre es effekt- nicht effektiver, will ich so nicht sagen, aber für mich (..) vielleicht hätte ich dann noch mehr daraus mitnehmen können.“ (st1920 2019)

„Aber ich hätte mir fast gewünscht, intensiv- einen Intensivkurs zu machen. Also nicht über diese acht Termine über das Jahr verstreut, sondern (.) eine Woche am Stück oder so.“ (mn1314 2019)

Eine zweite Kernaussage, die sich bei vielen Beschreibungen findet, ist die Schwierigkeit der Konzentration zum Zeitpunkt des Trainings. Insgesamt wird das Training zum Teil als zu lang beschrieben, aber vor allem empfinden viele Teilnehmer die Zeit zwischen Diensten als unvorteilhaft. Auch hier taucht der Vorschlag auf, das Training bezüglich des Zeitraums zu kondensieren und dafür zu intensivieren:

„I: Der Zeitpunkt ist halt schwierig von der Veranstaltung. Das muss man dazu sagen. Das ist in der Regel dann bei uns ein Frühdienst, nach dem Frühdienst gewesen. Das heißt ich stehe morgens um Fünf auf, (..) und dann noch drei Stunden nach dem Dienst konzentriert zu arbeiten, das war manchmal schon schwierig.

AD: Ja, das glaube ich. [...] was wäre aus Ihrer Sicht ein guter Zeitpunkt?

I: Hm. (..) Im Prinzip wäre vielleicht eine Tagesveranstaltung sinnvoller? Dass man sich sagt ‚Okay, ich plane jetzt hier meinen freien Tag rein (.) und konzentriere mich dann an diesem Tag.‘“ (su1921 2019)

Sonstiges

Acht Personen tätigen an neun Stellen Aussagen, die sich keiner anderen Unterkategorie zuordnen lassen. Da die Aussagen zum Teil recht unspezifisch sind und es sich nur um Einmalnennungen handelt, werden sie an dieser Stelle nicht näher dargestellt.

4.5.3 Negative Nebenwirkungen

Während alle Teilnehmer positive Auswirkungen auf Organisation und Umwelt beschreiben (vgl. 4.6) und zudem vielfach positive Effekte auf den eigenen Umgang mit Dilemmasituationen und das Erleben dieser beschrieben werden, werden von 18 Teilnehmern im Schnitt 2,3 Mal auch negative Auswirkungen des Trainings genannt. Die häufigste Unterkategorie ist hierbei die ‚Entsolidarisierung‘, gefolgt von ‚Erhöhte Belastung durch Bewusstwerdung‘.

Entsolidarisierung

Neun Teilnehmer (sieben Frauen, zwei Männer, leicht gehäuft an Standort A und D) erzählen, dass sie seit dem Training mehr auf sich selbst achten. Dies jedoch in diesem Fall weniger in einer positiven Art, sondern mit Abgrenzung von den anderen und damit verbunden möglichen Nachteilen für andere im Sinne des eigenen Vorteils.

„Und da überlege ich jetzt nicht großartig, (.) welche Auswirkungen hat das auf den oder den oder den, sondern in erster Linie frage ich jetzt erstmal, was für Auswirkungen hat denn das für mich, ja.“ (yb252 2019)

Die meisten Teilnehmer äußern direkt im gleichen Satz oder kurz danach, dass sie durch Reflexion verstehen, dass dies vermutlich nicht der beste Weg ist oder war:

„[...] bin nicht den Weg gegangen ‚du hör mal, (.) so und so ist es, das Programm sieht ja so und so aus, wie wollen wir das denn machen?‘ So. Das wäre der richtige Weg gewesen. Sondern ich habe gesagt ‚Ich bin alleine und ich gehe um 16 Uhr.‘ (.) Das war wirklich nicht die feine englische Art.“ (ad14 2019)

Erhöhte Belastung durch Bewusstwerdung

Das Nachdenken über die eigene Situation mitsamt ihren Alltagsproblemen und das neue Verständnis und Bewusstsein über die Last beschreiben sechs Teilnehmer als Belastung selbst. Es handelt sich um nur zwei Frauen aber vier Männer.

„[...] im Rahmen des Trainings dann- sind einem wieder die Dilemma bewusst geworden und man hat sich überlegt ‚Was kann ich anders machen?‘ Und das hat mich, muss ich sagen, in der ersten Phase schon belastet. (.) Wo ich da gedacht habe so ‚uh, scheiße, das sind ja doch mehr als ich gedacht hätte‘. Ne?“ (ln1214 2019)

„[...] [[ich]] muss nicht unbedingt wissen, was das so im Ganzen (.) mit mir macht. [...] Wenn ich dann erst darüber nachdenke, ob mir das jetzt- ob mich das jetzt beleidigt oder betrifft oder sonst irgendwas, (.) dann habe ich das Gefühl,

kriege ich eher, ja, schlecht Laune oder denke ich ‚Ja, (.) stimmt eigentlich.‘“
(vy2225 2019)

Abwertung anderer TeilnehmerInnen

Bei vier Frauen, drei hiervon pflegerische Stationsleitungen, kam es durch das Training zu einer Abwertung anderer Kursteilnehmer oder zu Konflikten innerhalb des Trainings. So beschreibt eine Teilnehmerin, dass sie abwertende Kommentare vonseiten der Ärzte im Training aufgeschnappt hat und sich daraufhin in der aktiven Teilnahme gehemmt fühlte, aus Angst vor weiterer Abwertung. Eine andere Teilnehmerin berichtet abwertend davon, dass sie einige andere Teilnehmer als ‚zäh‘ und ‚zurückhaltend‘ im Training erlebt hat und daraufhin selbst eine passivere Position angenommen hat, um besagte Teilnehmer nicht zu überfordern.

Die beiden anderen Frauen reden jeweils abwertend über die Berufsgruppe Verwaltung. Durch das Training haben sie ihren Eindruck bestätigt gesehen, dass die Führungskräfte aus der Verwaltung insgesamt weniger arbeiten und weniger Belastung vertragen würden:

„Verwaltungsmenschen sind speziell, sage ich jetzt, ja? Weil die sind ja (..) ich würde sagen die wissen ihre Belastungsgrenze, ja? (.) Die ist viel niedriger angesetzt als unsere, ja? Weil bei denen ja immer schön eins nach dem anderen geht und wenn so ein Stapel Papier ist aber die zwei Meter die sitzen ja und die warten ja, bis sie dran sind.“ (vy2225 2019)

Ent-Täuschung

Drei männliche Teilnehmer berichten, dass sie durch die Erkenntnis über die Beschaffenheit von Dilemmata, allen voran ihre Unauflösbarkeit, eine Enttäuschung erfahren haben. Alle drei erklären, dass sie sich durch das Training eine Lösung für ihre Probleme im beruflichen Alltag erhofft hatten und enttäuscht waren, als sich herausstellte, dass man mit Dilemmasituationen nur besser umgehen kann, sie jedoch nicht vermeiden oder gar absolut zufriedenstellend lösen kann:

„I: Aber trotzdem [...] sich darüber klar werden muss, [...] man kann nicht alles, was man gerne hätte, haben.

MB: Ja. (..) Auch ein Stückweit eine bittere Einsicht, ne?

I: Für mich ist es eine Katas- also eigentlich ist es irgendwie eine Katastrophe.“
(rt1820 2019)

„Aber <verändern> (.) das ist schwierig. Also das- (.) ich würde mir das <wünschen> oder das war ja auch mein Wunsch, dass ich gesagt habe ‚Oh, jetzt gehe ich zum Training und ich habe für alles eine Lösung. Toll!‘ (.) Aber das

muss ich ja enttäuschenderweise sagen, [...] es wird keine Lösung geben.“
(sv1922 2019)

Resignation/Gleichgültigkeit

Bei manchen Teilnehmern führt das oben beschriebene Bewusstsein über die Unauflösbarkeit von Dilemmata und der Ursprung in der Organisation dazu, dass sie resignieren bzw. der Gesamtsituation mit Gleichgültigkeit begegnen. Dies beschreiben zwei männliche Teilnehmer:

„Ich hänge mich nicht mehr rein. Also ich (.) gebe es ganz offen und ehrlich zu. Ich- bei den meisten Sachen sage ich mittlerweile, dass es mich eigentlich nicht interessiert.“ (rt1820 2019)

Sonstiges

Die Aussagen von vier Teilnehmern konnten im Bereich ‚negative Nebenwirkungen‘ angesiedelt, jedoch nicht konkret einer Unterkategorie zugeordnet werden. Bei einem Teilnehmer führen beispielsweise im Training getroffene Absprachen zwischen zwei anderen Teilnehmern zu Wut, da es sich um Einzelmaßnahmen und nicht um generelle Regelungen handelt. Ein anderer Teilnehmer beschreibt, dass ihn die Art, wie andere Teilnehmer über die Klinikleitung herziehen, im Training sehr belastet hat.

4.6 Auswirkungen Organisation / Umwelt

In diesem Abschnitt sollen analog zu der gleichnamigen Oberkategorie des Kategoriensystems positive Auswirkungen auf Organisation bzw. Umwelt nach dem Training dargestellt werden. Die Auswirkungen sind zur besseren Übersichtlichkeit in die hauptsächlich betroffene Zielgruppe eingeteilt. Alle Faktoren können jedoch auch auf die anderen Bereiche direkt oder indirekt wirken. So beinhaltet selbstverständlich eine positive Auswirkung auf Mitarbeiter letztendlich auch fast immer eine positive Auswirkung für die Klinik als Organisation.

Tabelle 9: Darstellung der drei häufigsten Auswirkungen auf Organisation / Umwelt

Auswirkung	Personen	Nennungen
Verständnis / Kommunikation bei Zusammenarbeit	26	62
Entscheidungsfähigkeit und -tempo	16	30
Berechenbarkeit	11	13

4.6.1 Auswirkungen auf Mitarbeiter

In diesem Abschnitt werden Auswirkungen dargestellt, die das Training indirekt auf andere Personen hatte. Hiermit sind in diesem Fall vor allem Kollegen bzw. Mitarbeiter

von Trainingsteilnehmern gemeint, die in den meisten Fällen selbst nicht am Training teilgenommen haben.

Multiplikation

Sechs Personen (drei Frauen, drei Männer) berichten von der Vermutung, dass sich durch ihr Handeln Trainingsinhalte auch auf andere Personen innerhalb der Organisation übertragen. Gehäuft wird dies an Standort B beschrieben.

Als mögliche Gründe für die Übernahme von Trainingsinhalten in das eigene Denken und Handeln werden das Vorleben als positives Beispiel aber auch das Übertragen durch Erzählen von Trainingsinhalten genannt:

„Ja und das ist irgendwie vielleicht so im übertragenen Sinne dann auch- (.) wirkt das vielleicht auch auf die anderen. Das einfach fließen lassen. Verkrampfen sie sich nicht so. Sehen sie mal, da und da liegt- wechseln sie mal die Perspektive. Ja.“ (oq1517 2019)

„Na ich glaube die [[die]] beim Seminar waren, die versuchen das weiter zu kommunizieren.“ (jk1011 2019)

„I: Ja da würde ich ja sagen, dass das dann praktisch so (.) dieses Multiplikatorenwesen ist. Also dass die dann denken „Oh, was ist mit der los? (.) Die hat eigentlich recht.“ (.) Oder „Das könnte ich auch so machen. Ich kann mich ja auch nicht verteilen. Dann macht es halt ein anderer oder es macht keiner. Vielleicht ist es auch nicht so wichtig.“

AD: Fast wie so eine Vorbildfunktion?

I: Ja, würde ich so sehen, ja.“ (jk1011 2019)

Wertschätzung

Mit Ausnahme von Standort C und der Berufsgruppe der Funktionsleitungen wird an jedem Standort und in allen Berufsgruppen von Teilnehmern des Trainings berichtet, dass sie sich nach dem Training wertschätzender gegenüber anderen Personen verhalten oder selbst mehr Wertschätzung erfahren. Insgesamt wird diese Auswirkung von zehn Personen zusammen 15 Mal genannt. Knapp die Hälfte der Berichte kommt von Personen aus der Verwaltung. Eine Teilnehmerin aus dem Servicebereich berichtet beispielsweise, dass sie für neue Veränderungen sehr positive Rückmeldung in Form von Wertschätzung erhält und diese an die Mitarbeiter weitergibt:

„Ne ich fand das wirklich sehr positiv. Und ich trage das dann auch immer gleich mit zu den Mitarbeitern, weil es bin ja nicht ich. Es sind ja alle.“ (de45 2019)

Besonders die Führungskräfte aus der Verwaltung beschreiben eine Wertschätzung, die durch ein besseres Verständnis ihrer Berufsgruppe im Training ermöglicht wurde:

„Ich glaube der weiß jetzt auch, dass ich nicht dasitze und Kaffee trinke so ‚Macht ihr doch euren Kram, ich mache Feierabend‘, sondern dass ich mich mitverantwortlich fühle für dieses Haus.“ (mn1314 2019)

„AD: Was machen die Leute anders oder was kommt da anders?
I: Die grüßen mich (lacht).“ (mn1314 2019)

Verständnis/Kommunikation bei Zusammenarbeit

Eine bessere Zusammenarbeit im Team in Hinblick auf Verständnis und Kommunikation wird von 26 der 31 Teilnehmer im Schnitt 2,4 Mal beschrieben. Es fällt keine Häufung bei Standorten oder Berufsgruppen auf. Zum Teil werden konkret Beispiele genannt, aber auch die Atmosphäre im Team insgesamt wird generalisiert als gut oder besser beschrieben. 14 der insgesamt 62 Interviewstellen, die in diese Unterkategorie fallen, wurden ebenfalls als ‚Veränderungsbeschreibung‘ codiert und beschreiben somit direkt eine Veränderung im Vergleich zu vor dem Training.

„Auch mit Personal diese (.) Kontaktdiskussionen oder (.) Begründungen irgendwelche, dass ich kann halt mich viel besser halt (.) sprechen mit Leuten oder so.“ (eh58 2019)

„Es ist wirklich wieder ein Miteinander.“ (uw2123 2019)

Berechenbarkeit

Gut ein Drittel der Teilnehmer (neun Frauen, zwei Männer) erzählen, dass sie beispielsweise für Mitarbeiter berechenbarer sind. In den meisten Fällen wird die Berechenbarkeit implizit genannt, zum Beispiel indem nun klareren Entscheidungsregeln gefolgt wird und die Mitarbeiter diese inzwischen kennen:

„Ja ne, da bin ich manchmal schon knallhart. Das wissen sie auch schon.“
(op1516 2019)

Auch werden Erwartungen von vornherein klarer kommuniziert, was die Reaktion auf das Ergebnis berechenbarer macht:

„Dass ich da klarer geworden bin, von dem, was ich möchte, was ich erwarte.“
(wx2324 2019)

4.6.2 Auswirkungen auf Patienten

Die Unterkategorie ‚Patientenkontakt‘ wird von fünf Personen je einmal genannt. Darunter sind vier Männer und nur eine Frau, außerdem stammen drei Personen von Standort A. Alle fünf Personen sind aus der Gruppe der pflegerischen Stationsleitungen, also der Gruppe mit ohnehin dem meisten Patientenkontakt. Die fünf Personen beschreiben die jeweiligen Patienten als Schwerpunkt ihrer Entscheidungen und zeigen, dass das Patientenwohl für sie einen hohen Stellenwert hat, auch wenn keiner der Probanden diese Einstellung konkret als Veränderung betitelt.

„Ich gucke mir das an und letztendlich ist die entscheidende Frage immer ‚War der Patient gefährdet zu dem Zeitpunkt?‘“ (su1921 2019)

„[...] also was Sinn macht daraus, ist zu sagen ich mache das für mich so. (.) Und mache es halt auf meine Patienten oder die (.) ich übernehme, da mache ich das so, wie ich es für richtig halte.“ (sv1922 2019)

4.6.3 Auswirkungen auf die Organisation

Neben den positiven Auswirkungen auf Mitarbeiter und die Trainingsteilnehmer selbst, gibt es auch Auswirkungen, die noch direkter auf die Organisation wirken:

Entscheidungsfähigkeit und -tempo

16 Teilnehmer (zwölf Frauen, vier Männer), also etwas mehr als die Hälfte, berichten im Schnitt knapp zweimal davon, jetzt einfacher und schneller Entscheidungen treffen zu können. Eine Häufung tritt mit zehn Personen in der Berufsgruppe der pflegerischen Stationsleitungen auf. Ein Fünftel der Aussagen wird als Veränderung beschrieben (‚Veränderungsbeschreibung‘), jedoch darüber hinaus fast alle Nennungen im Gesamtkontext ebenfalls als Veränderung im Vergleich zu vor dem Training betrachtet. Folgendes Beispiel zeigt das schnellere Treffen einer Entscheidung bzw. konsekutiven Handlung:

„Aber ich würde sagen, dass ich jetzt schon schneller anrufe. Oder dass ich jetzt schon mal (.) vorinformiere, was ich jetzt früher nicht gemacht habe.“ (bd24 2019)

Ein anderes Beispiel veranschaulicht, dass sich Teilnehmer heute bestärkter darin fühlen, eine Entscheidung zu treffen und zu dieser zu stehen. Dies steht im Einklang mit der Tatsache, dass zwölf der 16 Personen, die Aussagen in dieser Kategorie tätigen, ebenfalls den Wirkmechanismus ‚Empowerment‘ beschreiben (vgl. 4.4.3).

„Und bei manchen Sachen ist es auch einfach so, dass ich zum Beispiel wirklich sage, das entscheide ich und diskutiere es auch gar- also (.) ich diskutiere es einfach gar nicht mehr. Ich stelle es einfach in den Raum und sage ‚Es ist so.‘“
(ab12 2019)

Innovation

Eine durch das im Training Erlernte vermehrte Innovationsfähigkeit wird nur von zwei männlichen Teilnehmern genannt. So berichtet eine Person aus der Verwaltung von einer durch ihn mit initiierten neuen Schnittstellen-AG, um weiterhin einen guten Austausch zwischen verschiedenen Berufsgruppen in der Klinik zu fördern. Ein Stationsleiter beschreibt das Einführen einer gemeinsamen WhatsApp-Gruppe der Station, um das Einspringen für Mitarbeiter im Krankheitsfall besser zu regeln.

Loyalität/Commitment

Acht weibliche und ein männlicher Teilnehmer beschreiben ein gewachsenes Gefühl der Verpflichtung und Loyalität dem Unternehmen sowie Mitarbeitern gegenüber. Beschrieben wird beispielsweise ein erhöhter Einsatz für die Mitarbeiter:

„Und ich habe auch zum Klinikleiter und auch zum PDL gesagt, es muss sich was tun. Und wenn wir überbesetzt sind mit Stellen. (.) Denn [...] ich kann meine Leute auch nicht (.) kaputt schaffen lassen.“ (op1516 2019)

„Ich meine ich spreche ja von meinen Mitarbeitern. Ich sehe oft, dass sie müde aussehen. Und dann sage ich ‚Sie haben Gleitzeit. Sie müssen jetzt nicht um 7 bei der Visite dastehen, wenn Ihnen nicht danach ist. Dann haben Sie alle Freiheit der Welt zu sagen heute nicht und ich komme später.‘“ (oq1517 2019)

Während sich die meisten Aussagen auf ein größeres Verantwortungsbewusstsein gegenüber der eigenen Abteilung bzw. Mitarbeitern beziehen, beschreibt ein Teilnehmer die Verantwortung für das Funktionieren der Organisation als solche:

„Weil im Endeffekt tragen wir die Verantwortung für das ganze (.) hier. (.) Und ja.“ (il912 2019)

4.6.4 Sonstiges

Nur fünf Aussagen von drei Personen passen als Auswirkung auf Organisation bzw. Umwelt in keine der anderen Unterkategorien. Ein Teilnehmer aus der Verwaltung erzählt, dass durch das Training nun ein höheres Bewusstsein über die Arbeit der Verwaltung in der Klinik erzielt werden konnte und Zuständigkeiten nun klarer sind. Außerdem wird an einer Stelle beschrieben, dass durch den geschulteren Umgang mit

Dilemmata nun mehr Ruhe und weniger Stress herrscht. Die anderen Aussagen sind weitgehend unspezifisch.

4.7 Dilemmawahrnehmung

In diesem Kapitel sollen die beiden Oberkategorien des Kategoriensystems mit ihren Aussagen dargestellt werden. Während Aussagen der anderen Kategorien oft im freien Erzählfluss entstanden, wurden alle Teilnehmer explizit im Interview gebeten, sich bezüglich der Dilemmakonstruktion und Dilemmabewertung zu positionieren. Anders als beim ‚Globaleindruck Veränderung‘ (vgl. 4.1.2) wurden die Aussagen hier nicht strikt einer Seite zugeteilt, sondern auch einzelne Abschnitte desselben Satzes oder Themas aufgegliedert und in unterschiedliche Unterkategorien der jeweiligen Oberkategorie sortiert, auch wenn die Probanden gebeten wurden, sich zu den Unterkategorien auf einer Skala von 1 bis 10 zu verorten. Dies bedeutet, dass Personen auch Aussagen in beide Richtungen der Dilemmakonstruktion und Dilemmabewertung tätigen konnten.

4.7.1 Dilemmakonstruktion

Bei der Dilemmakonstruktion wurden die Aussagen der Probanden danach eingeteilt, ob sie die Problematik in der sozialen oder in der rationalen Komponente verankert sehen:

Sozial-emotionale Verstrickung

Eine ‚sozial-emotionale Verstrickung‘ liegt vor, wenn das Problem im Dilemma von einer Person eher darin gesehen wird, dass sie es nicht allen recht machen kann und unter Umständen andere Menschen enttäuschen muss. In diesem Fall steht die soziale Komponente im Vordergrund und führt zum Belastungsempfinden im Dilemma. 29 Probanden (17 Frauen, 12 Männer) beschreiben eine solche sozial-emotionale Komponente ihrer Dilemmasituationen insgesamt 40 Mal. Es besteht keine auffällige Häufung in Berufsgruppen oder Standorten.

Teilweise wird von den Teilnehmern direkt eine Aussage bezüglich einer Veränderung getroffen, die im Vergleich zu vor dem Training von ihnen beobachtet wurde:

„MB: Und inwiefern würde für Sie die Aussage stimmen: ‚Das Besondere am Dilemma ist für mich, dass ich es nicht allen recht machen kann.‘?“

I: (lacht) Immer noch leider. (lacht) [...] Also ich weiß jetzt nicht, was es vorher war. Ob es jetzt wirklich auch Zehn war? Aber (.) es ist trotzdem noch charakteristisch für mich. Also (.) würde ich auch noch die Acht machen.“ (il912 2019)

Logisch-rationale Distanzierung

Eine ‚logisch-rationale Distanzierung‘ liegt vor, wenn eine Person beschreibt, dass die Problematik im Dilemma in ihren Augen vor allem in der Dilemma-bestimmenden Tatsache verwurzelt liegt, dass sich die einzelnen Handlungsoptionen logisch ausschließen, das Dilemma also vor allem ein rationales Problem ist. Diese Komponente wird von 27 Personen (17 Frauen, 10 Männer) insgesamt 36 Mal genannt. Erneut sind keine Häufungen auffällig.

Viele der Probanden beziehen auf die Frage nach der logisch-rationale Distanzierung als Hauptkomponente des Problemempfindens im Dilemma direkt Stellung und werten die Komponente im Vergleich zur ‚sozial-emotionalen Verstrickung‘:

„MB: Und (.) wenn Sie sagen, (.) ‚das Besondere an einem Dilemma ist für mich, (.) dass es unmöglich scheint, eine stimmige Lösung zu finden‘?

I: Stimmt auch, aber nicht so extrem wie recht machen. (lacht) Also so würde ich auf die Sieben gehen.“ (oq1517 2019)

Nicht eindeutig

Bei neun Personen lässt sich keine Tendenz in der Bewertung zwischen den beiden Dilemma-Komponenten und damit Unterkategorien ableiten. Auch werden keine getrennten Aussagen zu den einzelnen Komponenten getätigt, sodass diese Aussagen mit ‚nicht eindeutig‘ kodiert wurden. Außerdem wurde diese Unterkategorie vergeben, wenn ein Proband nicht direkt auf die Frage nach der Positionierung hinsichtlich der Komponenten antwortet, also keine Stellung bezieht. Auffällig ist, dass in diese Unterkategorie die Aussagen von sieben Männern aber nur zwei Frauen fallen. Zudem findet sich mit sechs Personen eine Häufung in der Berufsgruppe der Stationsleitungen.

4.7.2 Dilemmabewertung

Bei der ‚Dilemmabewertung‘ wurden die Probanden explizit darum gebeten, sich auf einer Skala von 0 bis 10 in Hinsicht darauf zu positionieren, inwiefern sie ein Dilemma als Belastung und als Herausforderung erleben. Auch hier wurde die Frage erst nach der einen, dann nach der anderen Komponente gestellt, um freie Assoziationen der Teilnehmer zu beiden Aspekten zu ermöglichen und nicht von vornherein eine Gewichtung der beiden Komponenten festzulegen bzw. zu verlangen. Zudem wurden die Unterkategorien auch vergeben, wenn die Teilnehmer den Aspekt zwar ansprachen, jedoch als gering bewerten.

Belastung

28 Teilnehmer (15 Frauen, 13 Männer) beschreiben insgesamt 37 Mal den belastenden Aspekt von Dilemmasituationen. Es sticht keine Häufung in Berufsgruppen oder Standorten heraus.

Nicht alle Beschreibungen zu der Unterkategorie ‚Belastung‘ waren eine Reaktion auf eine explizite Frage. Folgendes Beispiel zeigt eine Teilnehmerin, die zuvor selbst geschilderte Dilemmasituationen daraufhin als Belastung einordnet:

„(...) Belasten (...) tut mich manches schon stark.“ (uw2123 2019)

Auch in dieser Kategorie werden zudem mehrfach direkt Vergleiche zu dem Zustand vor dem Training gezogen und Veränderungen beschrieben:

„MB: Wie sehr erleben Sie ein Dilemma als eine <Belastung>?“

I: (...) Ja mittlerweile weniger.“ (vy2225 2019)

Herausforderung

Eine Herausforderung wird als Dilemmakomponente von allen Teilnehmern außer einer Probandin aus dem Servicebereich insgesamt 42 Mal thematisiert. Auch in dieser Unterkategorie wurden jegliche Positionierungen zu der positiv herausfordernden Komponente eines Dilemmas eingeordnet, auch Negierungen:

„AD: (..) Und (.) gibt es (...) auch Momente, wo Sie sagen „Es ist irgendwie auch eine Herausforderung, die mir Spaß macht, der ich mich gerne stelle“?“

I: (...) Zur Zeit überhaupt nicht mehr.“ (xa241, 2019)

Die meisten Nennungen sind jedoch Bejahungen von positiv herausfordernden Dilemmacharakteristika, mit unterschiedlicher Gewichtung:

„Also ich sehe es schon eher als eine Herausforderung. Es ist eine Herausforderung, ja.“ (oq1517 2019)

„Wenn es was Fachliches ist, dann greift mich das überhaupt nicht an. Es ist keine Belastung für mich. Dann ist es eine Herausforderung, da es einer Lösung bedarf.“ (ad14 2019)

Nicht eindeutig

Vier Frauen und ein Mann beschreiben, dass Herausforderung und Belastung im Dilemma für sie ähnlich charakteristisch sind, ohne konkreter auf die beiden Komponenten einzugehen:

„MB: Wenn Sie da sagen würden, einmal Belastung und einmal eher eine Herausforderung, der Sie sich gerne stellen. (..) Wie würden Sie es-
I: [...] ich glaube das ist ausgewogen. Das ist das, was ich gesagt- was ich vorhin schon gesagt habe, es kann eine Chance sein, (.) ab- und es kann auch eine Belastung sein, ja? Das ist- ich glaube das ist ziemlich ausgewogen.“ (ab12 2019)

4.8 Einfluss von Gender

Nach dem Einfluss von Gender auf Erleben von Dilemmasituationen und den Umgang mit diesen wurde zunächst offen gefragt. Im Anschluss wurde den Teilnehmern eine Hypothese hierzu angeboten, zu der sie Stellung nehmen konnten.

4.8.1 Genderbewusstsein

Als erstes wurden die Teilnehmer allgemein danach gefragt, ob sie denken, dass es anderen Personen ihres Geschlechts ähnlich gehe in Bezug auf Dilemmaerleben und Strategien, bzw. ob sie denken, dass das Geschlecht einen Einfluss hat. 29 Personen nahmen zum Genderbewusstsein Stellung. Die meisten Probanden wurden zudem auch gefragt, ob sie sich selbst in Hinblick auf genannte Dilemmawahrnehmung und Erleben als typisch für ihr Geschlecht sehen.

Auch Aussagen zum Einfluss von Gender, die unabhängig von der konkreten Frage nach dem Genderbewusstsein getätigt wurden, wurden in den Unterkategorien codiert.

Gender ist relevant

24 Personen (16 Frauen, 8 Männer) schätzen das Geschlecht als relevant für Dilemmaerleben und Strategien ein. Auffällig ist, dass von den 9 Personen, die diese Einschätzung nicht tätigen, 5 Personen aus der Gruppe der Stationsleiter sind. Zudem stimmen ausnahmslos alle Personen aus dem Servicebereich und alle Personen von Standort B der Aussage zu. In der Gesamtschau der Aussagen, die die Frage nicht nur bejahen oder verneinen, sondern ihre Ansicht erläutern, fällt auf, dass in den meisten Fällen von männlichen Probanden Frauen als ‚emotionaler‘ und Männer als ‚rationaler‘ beschrieben werden:

„Ich glaube eher wirklich diese emotionale Ebene ist das Thema, (..) wo so- (.) bei Fra- bei meinen Kolleginnen eher (.) noch mehr Gewicht haben als bei uns Kerlen, sage ich mal.“ (ln1214 2019)

„Ich weiß zwar, dass wohl Frauen da eher mehr Probleme haben scheinbar, (.) oder sich mehr unter Druck gesetzt fühlen. Männer sehen das dann schon rationaler.“ (qr1718 2019)

Weibliche Probanden hingegen schildern das männliche Geschlecht mehrfach als weniger mit- bzw. vorausdenkend, gleichzeitig jedoch schneller beim Treffen von Entscheidungen. Das eigene Geschlecht wird von mehreren Probandinnen als vorausschauender und auch emotionaler beschrieben:

„Also ich würde eher sagen, ich weiß, warum es Männer nicht so gut hinkriegen. (.) Weil die nämlich nicht vorausdenken. (.) Die denken von heute bis morgen und ich bin schon in der übernächsten Woche.“ (de45 2019)

„[...] ein männlicher Stationsleiter, behaupte ich einfach mal, sagt eher ‚Das ist nicht mein Problem. Ich gehe jetzt nach Hause.‘, als es eine weibliche sagen würde. Die würde immer denken ‚Ach Gott, ich muss doch den Armen- meinen Mitarbeitern jetzt unter die Arme helfen- greifen. Ich kann doch jetzt nicht gehen, wenn die jetzt noch so dahängen‘, und so weiter. [...] Und so immer tendenziell immer die Frauen (.) mehr dazu neigen, (.) das soziale Umfeld mit zu berücksichtigen.“ (mn1314 2019)

Gender ist irrelevant

Fünf Männer und drei Frauen sehen das Geschlecht als nicht relevant für Dilemmaerleben und Umgang. Es wird hierbei fast ausschließlich geschildert, dass der Charakter und nicht das Geschlecht entscheidend ist, Dilemmaerleben und Umgang also sehr individuell sind.

Gendertypisch

13 Probanden sehen sich selbst in Bezug auf Dilemmata als typisch für ihr Geschlecht. Darunter alle Personen von Standort B. Auf die Berufsgruppen ist diese Einschätzung relativ gleichmäßig verteilt.

Aussagen, die die Probanden zu ihrem eigenen Verhalten im Dilemma oder ihrer Dilemmawahrnehmung getroffen haben, wurden dieser Unterkategorie zugeordnet, wenn sie in etwa ihrem zuvor beschriebenen Bild der typischen Verhaltensweisen und Erleben des jeweiligen Geschlechts entsprach, oder wenn die Frage nach dem

Geschlechterunterschied von vornherein mit Aussagen zur eigenen Person beantwortet wurden.

Genderuntypisch

Drei weibliche Probandinnen sehen ihr Verhalten im Dilemma und/oder ihr Dilemmaerleben als untypisch für ihr Geschlecht. Keine der Frauen hat zudem Aussagen in der Kategorie „Gender ist irrelevant“ getätigt, was die richtige Einordnung unterstützt. Alle drei Frauen empfinden das weibliche Geschlecht eher als ‚emotional‘, sich selbst jedoch als eher entscheidungskompetent und durchsetzungsfähig:

„Ja ne, ich bin ja schon eigentlich der Typ und denke, ich sage schon klar an, was ich will. Und wenn sich auch mal jemand ärgert.“ (jk1011 2019)

„Ja ne, da bin ich manchmal schon knallhart.“ (op1516 2019)

4.8.2 Genderhypothese

28 Probanden haben zur Genderhypothese Stellung genommen. Hierbei wurden sie gebeten, sich zu der These zu positionieren, dass Frauen ein Dilemma eher als emotionales bzw. soziales Problem sehen und vor allem an die Auswirkungen der Entscheidung auf andere denken und Männer ein Dilemma mehr als rationales Problem beurteilen. Den meisten Probanden wurde nur die Hypothese zu ihrem Geschlecht angeboten, manchen hingegen direkt der hypothetische Gegensatz genannt. Aussagen, die nicht direkt einer Zustimmung oder Ablehnung zugeordnet werden konnten, wurden bei fehlendem qualitativem Inhalt nicht codiert oder je nach Aussage zum Teil der Kategorie ‚Genderbewusstsein‘ zugeordnet.

Ja: Zustimmung

Elf Frauen und acht Männer stimmen der Genderhypothese zu.

„MB: [...] so eine Idee könnte ja sein, dass man sagt, Männer sind in Dilemmasituationen eher logisch und so fast mathematisch unterwegs. (.) Und (.) richten ihr Augenmerk mehr darauf, so eine gute Lösung zu finden, (..) unabhängig davon, wie die Lösung vielleicht bei Mitarbeitenden oder dem Umfeld ankommt. (.) Wie ist das da so bei Ihnen als Mann?

I: (.) Trifft eher zu, ja. Man versucht einfach rationaler ranzugehen. Für und Wider abzuwägen. (.) Und so die emotionale Seite lässt man erstmal draußen vor.“ (eg57 2019)

„MB: (...) Genau und wir haben uns nämlich gefragt, ob es vielleicht so ist, dass Frauen sich tendenziell mehr Gedanken über Beziehungen machen?

I: Ich denke, das ist so. Ja. [...] Ich glaube aber bei einem Mann ist das nicht so.“
(oq1517 2019)

Nein: Zustimmung

Zwei Männer und zwei Frauen lehnen die Genderhypothese ab. Drei der vier Personen sind pflegerische Stationsleitungen.

„Ich denke ich mache da keine Unterschiede ob ich- Mann oder Frau, also (.) ich denke das ist- wie gesagt, das ist wieder typabhängig, ja.“ (ux2124 2019)

Ja: Selbstbild

Elf Frauen und sechs Männer stimmen der Genderhypothese auch in Bezug auf ihr eigenes Verhalten im Dilemma zu:

„MB: [...] wir haben uns nämlich gefragt, ob es vielleicht so ist, dass Frauen sich tendenziell mehr Gedanken über Beziehungen machen? [...] Wie ist das bei Ihnen?

I: (.) Ja, das ist so, dass ich dann auch natürlich Sorge habe. Und ich mache mir da auch wirklich Gedanken und schlafe dann manchmal auch schlecht.“ (oq1517 2019)

„MB: Aber wie ist es denn bei Ihnen? Haben Sie das Gefühl, Sie (.) gehen an Dilemmasituationen eher so logisch ran?

I: Ja, klar. Aber ob- aber ja, auf jeden Fall. Also so würde ich mich auf jeden Fall hundert Prozent einschätzen.“ (rt1820 2019)

Nein: Selbstbild

Zwei Frauen aus dem Bereich der pflegerischen Stationsleitungen stimmen der Genderhypothese in Bezug auf sich selbst nicht zu. Zu der Genderhypothese im Allgemeinen nehmen beide keine Stellung. Interessant ist, dass keine der zwei Frauen unter den drei Frauen ist, die bei der Kategorie ‚Genderbewusstsein‘ Aussagen in der Unterkategorie ‚Genderuntypisch‘ getätigt haben. Sie beide bezeichnen hier Gender als relevant und sich selbst als gendertypisch. Es liegt also nahe, dass sie selbst eine eigene Auswirkung der Genderrelevanz sehen und sich dieser voll zuordnen, der gegebenen Genderhypothese jedoch nicht zustimmen:

„MB: [...] eine Hypothese: Frauen sind tendenziell mehr- machen sich mehr Gedanken über Beziehungen. Und (.) es könnte ja zur Folge haben, dass sie im Dilemma (.) besonders schwer finden, eine Entscheidung zu fällen, weil die Gefahr droht, dass sie jemanden verärgern könnten.

I: Habe ich kein Problem damit.“ (tv2022 2019)

„MB: Wenn das so eine Aussage geben würde, [...] Frauen sind tendenziell eben (.) stärker gewöhnt auf Beziehungen zu achten und deswegen ist es für sie in Dilemmasituationen besonders herausfordernd, zu entscheiden, weil sie [...] Sorge davor haben, jemanden zu verärgern. Würden Sie sagen, das ist für Sie eher typisch so?

I: Ja. Ich verärgere mit Sicherheit <gerne> mal jemanden.

MB: Aber fällt Ihnen das eher schwerer als Männern?

I: (5) Nö, fällt mir eigentlich gar nicht mal so schwer. (lacht) [...] Wenn ich mir es mal so recht betrachte.“ (df46 2019)

4.9 Einfluss von Profession

Auch die Einschätzung des Einflusses der Berufsgruppe auf Verhalten im Dilemma und den Umgang mit Dilemmasituationen wurde in den meisten Interviews abgefragt. Die Kategorie wurde jedoch auch bei Stellungnahmen zum Einfluss von Profession unabhängig von der direkten Fragestellung codiert. 30 Personen haben Äußerungen in dieser Kategorie getätigt. Eine Mehrfachnennung in gegensätzlichen Unterkategorien (z.B. einmal Bezeichnung als ‚relevant‘ und später als ‚irrelevant‘ war möglich und wurde separat codiert.

Profession ist relevant

20 Personen beschreiben, dass Profession ihrer Meinung nach einen Einfluss auf das Dilemmaerleben hat. Eine Häufung tritt hierbei in der Berufsgruppe der Stationsleiter auf.

„Und deswegen denke ich, dass die Berufsgruppe Pflege eher als Verwaltung und Ärzte da auch (..) eher zu neigt, einfach sich immer für alle anderen auch verantwortlich zu fühlen.“ (mn1314 2019)

Profession ist irrelevant

15 Personen empfinden die Profession als irrelevant für Dilemmaerleben und/oder Umgang mit Dilemmasituationen. Fünf Personen darunter tätigen an anderer Stelle gegensätzliche Aussagen, die als ‚Profession ist relevant‘ codiert wurden. So gibt eine Führungskraft aus der Verwaltung beispielsweise auf Nachfrage an, dass es anderen Berufsgruppen vermutlich ähnlich geht. Auf genaueres Hinterfragen, ob dies auch auf die Teilnehmer anderer Berufsgruppen im Training zutrefte, sagt der gleiche Proband, dass es hier doch große Unterschiede gäbe. Eine andere Teilnehmerin schildert, dass das Dilemmaempfinden sich in den verschiedenen Berufsgruppen unterscheidet, jedoch die Profession für den Umgang mit Dilemmasituationen irrelevant sei.

Professionstypisch

Drei Frauen ordnen ihr eigenes Dilemmaerleben als typisch für ihre Berufsgruppe ein. Darunter nur Frauen von Standort C und D, außerdem keine pflegerische Stationsleitung. Es sticht jedoch hervor, dass alle drei Personen dennoch über professionstypische Eigenschaften der Pflege sprechen, da sie zum Teil selbst vor ihrer jetzigen Position in der Pflege tätig waren:

„Weil gerade in dem- in der Pflege haben wir ja quasi dieses soziale Gen. Und das macht uns ja besonders angreifbar. Und (.) ausbeutbar.“ (ad14 2019)

Professionsuntypisch

Eine Frau aus der Verwaltung empfindet ihren Umgang mit Dilemmata als untypisch für ihre Berufsgruppe. Auch hier handelt es sich um eine Person, die ursprünglich in der Pflege tätig war:

„Ich komme ja ursprünglich aus der Pflege. Ich habe ja eine andere Denkweise über die Pflege und über die Tätigkeit der Pflege, als jetzt jemand der (.) Verwaltung studiert, gelernt hat, ne? Also ich glaube denen fehlt das Wissen aus der Pflege. Mir fehlt das Wissen aus der Verwaltungslehre, logischerweise.“

4.10 Vermutung über andere

Diese Kategorie wurde vergeben, wenn ein Teilnehmer – meistens in Bezug auf die anderen Kategorien bzw. Unterkategorien – Vermutungen über andere Mitarbeiter oder Trainingsteilnehmer äußert. In den meisten Fällen konnten die Aussagen doppelt codiert, also in diese Kategorie und in die thematisch passende Unterkategorie eingeordnet werden. Insgesamt tätigen 26 Personen an 68 Stellen Vermutungen über andere. Mit 15 Passagen trifft dies am häufigsten Aussagen zur Professionsrelevanz. Darauf folgen fünf Vermutungen in der Kategorie „Genderbewusstsein“. Je vier Vermutungen finden sich in den Unterkategorien ‚Abwertung durch andere‘ (Hauptkategorie ‚Unmittelbares Erleben‘), ‚Solidarisierungsempfinden‘ (Hauptkategorie ‚Wirkmechanismen‘), ‚Wertschätzung‘ (Hauptkategorie ‚Auswirkung Organisation/Umwelt‘) sowie ‚Vermeidung‘ (Hauptkategorie ‚Hemmnisse‘).

4.11 Rest

Die Kategorie „Rest“ wurde 144 Mal vergeben. Ihr wurden alle Aussagen zugeordnet, die sich nicht eindeutig zuordnen ließen. Zudem enthält sie Negierungen zu Kategorien, um die eigentlichen Kategorien ‚rein‘ zu halten und die Zahlen zu den Kategorien nicht durch vielfache einfache Negierungen zu Fragen zu der entsprechenden Kategorie zu verfälschen. Folgendes Zitat zeigt ein Beispiel für eine Zuordnung zur Kategorie ‚Rest‘

Hier handelt es sich um eine Aussage zu privaten Dilemmasituationen. Diese wurde demnach unter ‚Rest‘ codiert, da das Ziel der Studie die Betrachtung von Dilemmasituationen im Berufsalltag war:

„I Also für mich hat sich das aber auch nicht nur beruflich sondern auch privat, ne, viel geändert. (.) Also ich gehe da so mit Sachen- wenn ich da hin geh- private (.) Dilemma hat man ja auch viel. (.)“ (op1516 2019)

Auch ein Beispiel für eine Negierung soll an dieser Stelle gezeigt werden. Hier eine Negierung zu einer Frage zu ‚unerwünschten Wirkungen‘ des Trainings:

„AD: Gibt es auch was, wo wir hier so im Krankenhaussetting sind, so eine Art Nebenwirkung des Trainings?“

I: (6) Fällt mir jetzt nicht ein. Weiß ich jetzt nicht.“ (wx2324 2019)

4.12 Ergebnisübersicht

Im Folgenden soll eine Übersicht über alle Ergebnisse in Form einer quantitativen Darstellung der Beschreibungen zu den einzelnen Kategorien gegeben werden. Zur besseren Darstellung wurden die Unterkategorien zu den entsprechenden Oberkategorien in absteigender Reihenfolge anhand der Anzahl Personen sortiert, die Äußerungen in den jeweiligen Unterkategorien getätigt haben.

Tabelle 10: Übersicht über die Ergebnisse

Kategorie	Geschlecht		Standorte				Berufsgruppen				Gesamt
	Frauen	Männer	A	B	C	D	FL	V	S	SL	
Rest	18 (77)	12 (67)	8 (31)	4 (18)	9 (42)	9 (53)	2 (8)	6 (27)	7 (36)	15 (73)	30 (144)
Globaleindruck Veränderung	18	13	9	4	9	9	2	6	7	16	31
ja	8	7	5	4	4	2	1	3	5	6	15
eher ja	7	3	3	0	4	3	1	3	0	6	10
eher nein	2	1	0	0	0	3	0	0	1	2	3
nein	1	2	1	0	1	1	0	0	1	2	3
Textstellen: Veränderung explizit	16 (25)	8 (28)	7 (21)	2 (6)	8 (18)	7 (8)	2 (5)	5 (12)	5 (13)	12 (23)	24 (53)
nein	8 (9)	5 (9)	4 (7)	0	4 (5)	5 (6)	1	2	4 (5)	6 (10)	13 (18)
ja	6 (7)	4 (6)	3 (5)	1 (1)	4 (5)	2 (2)	2 (2)	2 (2)	3 (6)	3 (3)	10 (23)
eher nein	4 (5)	5 (9)	4 (6)	2 (3)	3 (5)	0	1 (2)	3 (5)	0	5 (7)	9 (14)
eher ja	3 (4)	3 (4)	2 (3)	1 (2)	3 (3)	0	0	2 (3)	2 (2)	2 (3)	6 (8)
Positionsveränderung	18	13	9	4	9	9	2	6	7	16	31
nein	16	11	9	4	7	7	2	4	6	15	27
ja	2	2	0	0	2	2	0	2	1	1	4
Veränderung auf Organisationsebene	10 (20)	8 (20)	5 (7)	3 (7)	6 (19)	4 (7)	2 (6)	2 (4)	2 (10)	12 (20)	18 (14)

Reflexhafte Umgangsstrategien	7 (16)	5 (16)	5 (13)	0	4 (9)	3 (10)	0	2 (4)	3 (7)	7 (21)	12 (32)
Das Unmögliche ermöglichen	5 (11)	2 (4)	3 (8)	0	2 (5)	2 (2)	0	1 (2)	2 (4)	4 (9)	7 (15)
Abgrenzung / Entsolidarisierung	2 (2)	2 (3)	3 (3)	0	0	1 (2)	0	1 (1)	0	3 (4)	4 (5)
Prinzipienentscheidungen	0	3 (3)	2 (2)	0	1 (1)	0	0	1 (1)	0	2 (2)	3 (3)
Zynischer Rückzug / Resignation	0	1 (6)	0	0	0	1 (6)	0	0	0	1 (6)	1 (6)
Emotionsausbruch / Emotionsverschleierung	1 (3)	0	0	0	1 (3)	0	0	0	1 (3)	0	1 (3)
Selbstregulation	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Entscheidungsvermeidung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bewusst gewählte Umgangsstrategien	18 (318)	13 (254)	9 (164)	4 (59)	9 (182)	9 (167)	2 (44)	6 (115)	7 (111)		31 (572)
Explizite Entscheidung	18 (91)	13 (69)	9 (56)	4 (15)	9 (50)	9 (39)	2 (13)	6 (30)	7 (34)	16 (83)	31 (160)
Reflexion	17 (48)	12 (41)	8 (28)	3 (10)	9 (27)	9 (24)	2 (6)	6 (21)	6 (17)	15 (45)	29 (89)
Solidarisierung	15 (47)	13 (37)	7 (11)	4 (8)	9 (34)	8 (31)	2 (9)	5 (11)	6 (22)	15 (42)	28 (84)
Explizit in Kommunikation bringen	14 (38)	10(22)	9 (21)	3 (7)	9 (21)	3 (11)	2 (7)	5 (13)	5 (10)	12 (30)	24 (60)
Emotionen nutzen / Offenbarung	11 (23)	8 (17)	3 (5)	2 (3)	6 (11)	8 (21)	1 (1)	3 (7)	5 (7)	10 (25)	19 (40)
Perspektivübernahme	8 (18)	7 (16)	6 (13)	1 (1)	4 (14)	4 (6)	0	5 (17)	2 (5)	8 (12)	15 (34)
Prävention	7 (14)	8 (19)	5 (11)	2 (3)	6 (16)	2 (3)	2 (5)	2 (3)	3 (7)	8 (18)	15 (33)
Ent- / Verantworten	5 (9)	5 (20)	3 (10)	2 (7)	0	5 (12)	0	2 (8)	0	8 (21)	10 (29)
Weiser Rückzug	8 (11)	2 (2)	2 (3)	0	4 (6)	4 (4)	1 (3)	1 (1)	4 (4)	4 (5)	10 (13)
Ausgleich in der Freizeit	5 (6)	4 (8)	2 (6)	2 (3)	2 (2)	3 (3)	0	1 (1)	2 (5)	6 (8)	9 (14)
Unlösbarkeit kommunizieren	4 (9)	2 (3)	0	1 (1)	1 (1)	4 (10)	0	1 (2)	0	5 (10)	6 (12)
Sonstige	3 (4)	0	0	1 (1)	0	2 (3)	0	1 (1)	0	2 (3)	3 (4)
Nachverhandeln	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Veränderungsbeschreibung	18 (100)	11 (65)	8 (52)	4 (24)	8 (48)	9 (41)	2 (13)	6 (32)	7 (46)	14 (74)	29 (165)
Skala: Veränderung explizit	13 (13)	12 (14)	6 (6)	4 (5)	8 (9)	7 (7)	1 (1)	5 (6)	6(7)	13 (13)	25 (27)
eher ja	9 (9)	4 (4)	2 (2)	3 (3)	4 (4)	4 (4)	1 (1)	3 (3)	2 (2)	7 (7)	13 (13)

ja	2 (2)	6 (7)	2 (3)	2 (2)	2 (3)	1 (1)	0	2 (2)	4 (5)	2 (2)	8 (9)
eher nein	2 (2)	2 (2)	0	0	2 (2)	2 (2)	0	1 (1)	0	3 (3)	4 (4)
nein	0	1 (1)	1 (1)	0	0	0	0	0	0	1 (1)	1 (1)
Unmittelbares Erleben	18 (239)	13 (135)	9 (117)	4 (33)	9 (93)	9 (131)	2 (29)	6 (77)	7 (76)	16 (182)	31 (374)
Akzeptanz	17 (63)	11 (40)	9 (37)	4 (11)	7 (25)	8 (30)	2 (7)	5 (21)	5 (22)	16 (53)	28 (103)
Angenehme Gefühle / Zufriedenheit	17 (31)	10 (21)	9 (18)	4 (6)	6 (12)	8 (16)	2 (3)	5 (10)	5 (19)	15 (20)	27 (52)
Gelassenheit	15 (39)	10 (25)	8 (22)	3 (8)	7 (15)	7 (19)	2 (6)	3 (11)	6 (18)	14 (29)	25 (64)
Belastung	11 (25)	8 (16)	6 (9)	3 (6)	4 (11)	6 (15)	2 (4)	4 (8)	2 (6)	11 (23)	19 (41)
Ärger / Wut	9 (15)	4 (8)	4 (8)	0	5 (8)	4 (7)	0	3 (4)	3 (4)	7 (15)	13 (23)
Frustration	7 (8)	1 (4)	1 (1)	0	2 (2)	5 (9)	0	2 (3)	2 (2)	4 (7)	8 (12)
Sonstiges	3 (4)	5 (8)	1 (1)	0	3 (5)	4 (6)	1 (2)	1 (1)	1 (1)	5 (8)	8 (12)
(Diffuses) unangenehmes Gefühl	5 (7)	3 (3)	1 (1)	1 (1)	2 (4)	4 (4)	1 (3)	4 (4)	1 (1)	2 (2)	8 (10)
Ratlosigkeit / Ohnmacht	5 (12)	2 (3)	4 (7)	0	0	3 (8)	0	2 (2)	0	5 (13)	7 (15)
Abwertung durch andere	5 (10)	1 (1)	1 (3)	0	1 (3)	4 (5)	2 (3)	3 (7)	1 (1)	2 (2)	6 (11)
Körperliche Symptome	3 (4)	3 (3)	1 (1)	0	2 (2)	3 (4)	1 (1)	1 (1)	1 (1)	3 (4)	6 (7)
Schlechtes Gewissen / Schuldgefühle / Mitleid	1 (1)	4 (9)	2 (6)	1 (1)	2 (3)	0	1 (1)	3 (4)	0	1 (5)	5 (10)
Angst	3 (5)	2 (3)	2 (3)	0	0	1 (3)	2 (2)	0	1 (1)	2 (5)	5 (8)
Verzweiflung	1 (1)	1 (1)	0	0	0	2 (4)	0	0	0	2 (4)	2 (4)
Traurigkeit	1 (1)	0	0	0	0	0	0	0	0	1 (1)	1 (1)
Resignation / Gleichgültigkeit	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Selbstabwertung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wirkmechanismen	18(306)	13 (212)	9 (174)	4 (70)	9 (136)	9 (138)	2 (29)	6 (141)	7 (91)	16 (258)	31 (518)
Verständnis über Mechanismen	16 (44)	10 (44)	8 (31)	4 (12)	7 (27)	7 (18)	1 (1)	6 (20)	6 (23)	13 (44)	26 (88)
Einsicht der Unlösbarkeit / Unentscheidbarkeit	13 (41)	12 (29)	8 (21)	3 (6)	7 (18)	7 (25)	2 (8)	5 (16)	4 (16)	14 (40)	25 (70)
Perspektivübernahme	11 (26)	11 (28)	8 (18)	3 (7)	6 (21)	5 (8)	1 (2)	6 (17)	3 (8)	12 (27)	22 (54)

Vergleich mit den anderen	16 (34)	6 (13)	7 (17)	3 (7)	5 (11)	7 (12)	1 (6)	5 (10)	5 (9)	11 (22)	22 (47)
Empowerment	12 (36)	8 (23)	8 (22)	3 (10)	3 (9)	6 (18)	0	4 (9)	5 (13)	11 (37)	20 (59)
Solidarisierungsempfinden	14 (28)	6 (16)	7 (17)	4 (8)	3 (9)	6 (10)	1 (2)	5 (17)	4 (8)	10 (7)	20 (44)
Einsicht Dilemmata Orga-immanent	9 (27)	7 (13)	4 (10)	3 (5)	4 (8)	5 (17)	1 (1)	5 (20)	1 (1)	9 (18)	16 (40)
Selbsterkenntnis Rolle: Führungskraft	8 (11)	7 (12)	5 (11)	3 (3)	3 (4)	4 (5)	0	4 (8)	2 (3)	9 (12)	15 (23)
Selbstwirksamkeit	8 (12)	5 (5)	3 (5)	3 (3)	4 (6)	3 (3)	1 (1)	3 (5)	3 (4)	6 (7)	13 (17)
Die anderen als Modell	10 (15)	2 (2)	3 (6)	1 (2)	4 (5)	4 (4)	2 (2)	3 (3)	1 (2)	6 (10)	12 (17)
Validierung	6 (10)	5 (7)	4 (5)	0	6 (11)	1 (1)	1 (4)	3 (3)	3 (4)	4 (6)	11 (17)
Raum für Reflexion	4 (7)	5 (8)	2 (3)	1 (3)	3 (4)	3 (5)	1 (1)	1 (2)	1 (1)	6 (11)	9 (15)
Wertschätzung / Selbstachtung	6 (11)	2 (5)	2 (5)	0	1 (1)	5 (10)	0	3 (6)	2 (7)	3 (3)	8 (16)
Wahrnehmung der Ansprüche / Belastung	4 (4)	4 (7)	3 (3)	1 (4)	2 (2)	2 (2)	0	2 (5)	2 (2)	4 (4)	8 (11)
Als hilfreich Empfundenes	18 (206)	13 (119)	9 (97)	4 (38)	9 (106)	9 (84)	2 (22)	6 (66)	7 (64)	16 (173)	31 (325)
Weiterer Trainingsbedarf	18 (55)	10 (30)	8 (21)	3 (5)	8 (33)	9 (26)	2 (8)	6 (23)	7 (12)	13 (42)	28 (85)
Setting	15 (25)	11 (21)	8 (18)	4 (8)	6 (9)	8 (11)	1 (1)	5 (10)	5 (7)	15 (28)	26 (46)
Inhalte	16 (40)	9 (23)	8 (22)	3 (5)	7 (19)	7 (17)	2 (7)	5 (13)	5 (12)	13 (31)	25 (63)
Didaktik / Methodik	15 (26)	9 (19)	8 (16)	4 (8)	5 (13)	7 (8)	1 (3)	3 (6)	7 (14)	13 (22)	24 (45)
Gruppeninteraktion	13 (32)	7 (9)	3 (10)	3 (8)	6 (10)	8 (13)	1 (2)	4 (6)	4(6)	11 (27)	20 (41)
Als weniger hilfreich Empfundenes	7 (9)	8 (10)	4 (5)	2 (3)	7 (9)	2 (2)	1 (1)	3 (4)	2 (2)	9 (12)	15 (19)
Sonstiges	9 (19)	3 (7)	2 (5)	1 (1)	4 (13)	5 (7)	0	3 (4)	4 (11)	5 (11)	12 (26)
Auswirkung Organisation / Umwelt	17 (92)	13 (57)	9 (45)	4 (25)	9 (42)	9 (42)	2 (11)	6 (30)	7 (31)	16 (82)	31 (154)
Verständnis / Kommunikation bei Zsm.arbeit	14 (37)	12 (25)	7 (15)	4 (11)	7 (17)	8 (19)	2 (6)	4 (8)	6 (15)	14 (33)	26 (62)
Entscheidungsfähigkeit und -tempo	11 (17)	4 (8)	4 (8)	2 (6)	5 (8)	5 (8)	2 (2)	1 (1)	3 (4)	10 (23)	16 (30)
Berechenbarkeit	9 (11)	2 (2)	3 (3)	1 (3)	3 (3)	4 (4)	2 (2)	1 (1)	2 (2)	6 (8)	11 (13)
Wertschätzung	7 (9)	3 (6)	2 (2)	0	5 (10)	3 (3)	0	4 (7)	3 (5)	3 (3)	10 (15)
Loyalität / Commitment	8 (10)	1 (1)	4 (6)	1 (1)	2 (2)	2 (2)	1 (1)	2 (2)	2 (3)	4 (5)	9 (11)

Multiplikation	3 (6)	3 (3)	1 (3)	3 (3)	1 (1)	1 (2)	0	3 (6)	1 (1)	2 (2)	6 (9)
Patientenkontakt	1 (1)	4 (4)	3 (3)	1 (1)	0	1 (1)	0	0	0	5 (5)	5 (5)
Sonstiges	1 (1)	2 (4)	1 (2)	0	1 (1)	1 (2)	0	1 (2)	1 (1)	1 (2)	3 (5)
Innovation	0	2 (4)	1 (3)	0	0	1 (1)	0	1 (3)	0	1 (1)	2 (4)
Negative Nebenwirkungen	10 (15)	7 (25)	6 (10)	2 (9)	6 (7)	4 (16)	1 (1)	5 (11)	4 (5)	8 (25)	18 (42)
Entsolidarisierung	7 (8)	2 (3)	3 (3)	1 (1)	1 (1)	4 (6)	0	2 (2)	3 (4)	4 (5)	9 (11)
Erhöhte Belastung durch Bewusstwerdung	1 (1)	4 (7)	2 (2)	1 (4)	2 (2)	1 (1)	0	2 (5)	0	4 (4)	6 (9)
Sonstiges	2 (3)	2 (2)	1 (1)	1 (2)	2 (2)	0	1 (1)	2 (2)	0	1 (2)	4 (5)
Abwertung anderer TeilnehmerInnen	4 (4)	0	1 (1)	1 (1)	2 (2)	0	0	1 (1)	0	3 (3)	4 (4)
Ent-täuschung	0	3 (6)	2 (3)	0	0	1 (3)	0	0	1 (1)	2 (5)	3 (6)
Resignation / Gleichgültigkeit	0	2 (7)	0	1 (1)	0	1 (6)	0	1 (1)	0	1 (6)	2 (7)
Vermutung über andere	17 (43)	9 (25)	8 (19)	3 (8)	9 (20)	6 (21)	2 (2)	6 (20)	6 (14)	12 (32)	26 (68)
Hemmnisse	18 (127)	13 (85)	9 (58)	4 (22)	9 (73)	9 (59)	2 (14)	6 (43)	7 (52)	16 (103)	31 (212)
Zu wenig Übung	15 (39)	7 (16)	8 (18)	1 (1)	7 (24)	6 (12)	2 (8)	6 (16)	5 (9)	9 (22)	22 (55)
Gefahr durch Abwertung	12 (15)	7 (9)	7 (9)	3 (3)	3 (4)	6 (8)	1 (2)	5 (6)	2 (2)	11 (14)	19 (24)
keine Zeit - klinikbedingt	9 (11)	6 (9)	4 (5)	2 (2)	4 (8)	5 (5)	1 (1)	2 (2)	2 (2)	8 (9)	15 (20)
Rahmenbedingungen des Trainings	10 (12)	5 (5)	4 (5)	3 (4)	4 (5)	4 (4)	0	3 (5)	4 (4)	8 (9)	15 (18)
nicht anschlussfähig	7 (9)	6 (12)	2 (2)	3 (5)	3 (5)	5 (9)	0	2 (2)	3 (5)	8 (14)	13 (21)
Verständnis	8 (15)	3 (3)	4 (5)	1 (1)	2 (5)	4 (7)	0	2 (3)	5 (9)	4 (6)	11 (18)
Misstrauen	6 (7)	5 (9)	3 (5)	2 (2)	3 (6)	3 (3)	0	3 (3)	2 (3)	6 (10)	11 (16)
keine Zeit - privat bedingt	6 (7)	5 (6)	2 (2)	1 (1)	3 (4)	5 (6)	1 (2)	0	3 (3)	7 (8)	11 (13)
Sonstiges	4 (5)	4 (4)	3 (3)	2 (2)	2 (3)	1 (1)	0	3 (4)	2 (2)	3 (3)	8 (9)
Vermeidung	2 (4)	5 (8)	2 (4)	1 (1)	2 (4)	2 (3)	0	1 (1)	2 (4)	4 (7)	7 (12)
organisationale Hemmn. bei Umsetzung	3 (2)	1 (2)	0	0	3 (4)	1 (1)	1 (1)	1 (1)	2 (3)	0	4 (5)
keine Unterstützung für Teilnahme	0	1 (1)	0	0	1 (1)	0	0	0	0	1 (1)	1 (1)

Dilemmakonstruktion	18 (51)	13 (34)	9 (15)	4 (11)	9 (24)	9 (25)	2 (7)	6 (19)	7 (21)	16 (38)	31 (85)
sozial-emotionale Verstrickung	17 (25)	12 (15)	8 (11)	4 (6)	8 (11)	9 (12)	2 (4)	6 (10)	7 (9)	14 (17)	29 (40)
logisch-rationale Distanzierung	17 (24)	10 (12)	8 (11)	4 (4)	7 (10)	8 (11)	2 (3)	5 (7)	7 (11)	13 (15)	27 (36)
nicht eindeutig	2 (2)	7 (7)	3 (3)	1 (1)	3 (3)	2 (2)	0	2 (2)	1 (1)	6 (6)	9 (9)
Dilemmabewertung	18 (47)	13 (37)	9 (19)	4 (19)	9 (13)	9 (33)	2 (4)	6 (15)	7 (21)	16 (44)	31 (84)
Herausforderung	17 (24)	13 (18)	9 (9)	4 (4)	8 (12)	9 (17)	2 (2)	6 (8)	6 (10)	16 (22)	30 (42)
Belastung	15 (19)	13 (18)	8 (9)	4 (5)	8 (9)	8 (14)	2 (2)	5 (6)	6 (10)	15 (19)	28 (37)
nicht eindeutig	4 (4)	1 (1)	1 (1)	0	2 (2)	2 (2)	0	1 (1)	1 (1)	3 (3)	5 (5)
Genderewusstsein	18 (46)	11 (19)	8 (12)	4 (13)	9 (23)	8 (17)	2 (11)	5 (10)	7 (12)	15 (32)	29 (65)
Gender ist relevant	16 (27)	8 (10)	7 (8)	4 (7)	7 (13)	6 (9)	2 (6)	4 (6)	7 (8)	11 (17)	24 (37)
Gendertypisch	9 (13)	4 (4)	2 (2)	4 (6)	2 (4)	5 (5)	1 (3)	2 (2)	3 (3)	7 (9)	13 (17)
Gender ist irrelevant	3 (3)	5 (5)	1 (1)	0	4 (4)	3 (3)	1 (1)	1 (1)	0	6 (6)	8 (8)
Genderuntypisch	3 (3)	0	1 (1)	0	2 (2)	0	1 (1)	1 (1)	1 (1)	0	3 (3)
Genderhypothese	17 (27)	11 (16)	8 (11)	4 (5)	8 (13)	8 (14)	2 (4)	6 (10)	6 (9)	14 (20)	28 (43)
ja: Zustimmung	11 (12)	8 (8)	7 (7)	3 (3)	4 (4)	5 (6)	2 (2)	4 (5)	5 (5)	8 (8)	19 (20)
ja: Selbstbild	11 (11)	6 (6)	3 (3)	1 (1)	7 (7)	6 (6)	2 (2)	5 (5)	3 (3)	7 (7)	17 (17)
nein: Zustimmung	2 (2)	2 (2)	1 (1)	0	2 (2)	1 (1)	0	0	1 (1)	3 (3)	4 (4)
nein: Selbstbild	2 (2)	0	0	1 (1)	0	1 (1)	0	0	0	2 (2)	2 (2)
Professionsspezifisches	18 (38)	12 (15)	9 (15)	4 (5)	8 (17)	9 (16)	2 (6)	6 (15)	6 (10)	16 (22)	30 (53)
Profession ist relevant	12 (14)	8 (9)	7 (10)	2 (3)	4 (10)	7 (10)	2 (5)	3 (9)	2 (3)	13 (16)	20 (33)
Profession ist irrelevant	9 (10)	6 (6)	4 (4)	2 (2)	4 (5)	5 (5)	0	4 (4)	5 (6)	6 (6)	15 (16)
professionstypisch	3 (3)	0	0	0	2 (2)	1 (1)	1 (1)	1 (1)	1 (1)	0	3 (3)
professionsuntypisch	1 (1)	0	1 (1)	0	0	0	0	1 (1)	0	0	1 (1)

Darstellung der Anzahl Personen, die Schilderungen zu den einzelnen Kategorien vornehmen (erste Zahl) sowie Gesamtzahl der Schilderungen in der jeweiligen Kategorie und Personengruppe (Zahl in Klammern). Die Nennungen in den einzelnen Kategorien wurden nach ihrer Personenzahl in absteigender Reihenfolge sortiert. Bei gleicher Personenzahl wurde nach der Anzahl Nennungen gesamt sortiert. FL=Funktionsleitung, V=Verwaltung, S=Service, SL=Stationsleitung.

5 DISKUSSION

Im folgenden Abschnitt sollen die Ergebnisse zu Veränderungen im Dilemmaerleben, Strategien im Umgang mit diesen und Wirkmechanismen, die zu den Veränderungen beigetragen haben, bewertet werden und mit dem bisherigen Stand der Forschung in Bezug gesetzt werden.

5.1 Veränderungen

Eines der Hauptziele dieser Arbeit war das Erfassen von Veränderungen nach dem Dilemmakompetenztraining. Diese wurden bei der Auswertung der Interviews in mehreren Ebenen erfasst (vgl. 4.1 Veränderungen). Von vorrangigem Interesse sind hierbei Veränderungen in Erleben von Dilemmasituationen, Strategien im Dilemma, Auswirkungen der Veränderungen auf die Organisation Krankenhaus sowie die Wirkmechanismen, die zur Veränderung beigetragen haben. Diese sollen in den folgenden Abschnitten dargestellt werden.

5.1.1 Auswirkungen auf Erleben und Organisation

Mit 220 positiven Gedanken oder Emotionen im Dilemma wird diese deutlich häufiger genannt als negative Gefühle (147 Nennungen). Auch äußern fünf Probanden keine einzige negative Emotion. Laut Zwack und Bossmann (2017, S.22) überwiegen jedoch mittelfristig im Dilemma negative Emotionen. Demnach lässt sich vermuten, dass das Training hier eine Veränderung bewirken konnte. Die Tatsache, dass ‚Akzeptanz‘ die häufigste und ‚Gelassenheit‘ die zweithäufigste Emotion im Dilemma darstellt, unterstützt diese Vermutung. Die Teilnehmer scheinen Dilemmasituationen demnach besser akzeptieren zu können.

Die häufigste negative Emotion ist die Wahrnehmung des Dilemmas als Belastung. Dies schildern 19 Personen. Hervorzuheben ist, dass von diesen 19 Personen ausnahmslos alle Personen zugleich auch Akzeptanz in Bezug auf das Dilemmaerleben beschreiben. Dies könnte bedeuten, dass diese Teilnehmer die Belastung im Dilemma nach wie vor erleben, sie jedoch inzwischen akzeptieren, was die negativen Emotionen abmildert. Die zweithäufigste Emotion ‚Ärger/Wut‘ wird bis auf drei Ausnahmen ebenfalls nur von Personen genannt, die auch Gelassenheit schildern. Dies scheint den gewünschten Trainingseffekt daher zu bestätigen: Die Teilnehmer nehmen ihre Emotionen besser wahr, können sie als negativ betiteln, und hierdurch besser kanalisieren, um schließlich Gelassenheit zu erreichen. 26 der 64 Textstellen, in denen von Gelassenheit berichtet wurde, wurden auch als ‚Veränderungsbeschreibung‘ codiert. Demzufolge ist Gelassenheit eine nach dem Training verstärkte Emotion.

Auch auf die Organisation haben die neuen Erfahrungen der Teilnehmer eine Auswirkung. Die häufigste Beobachtung ist hier ein besseres gegenseitiges Verständnis und Kommunikation bei der Zusammenarbeit mit Mitarbeitern. Die zweithäufigste Auswirkung sind eine bessere Entscheidungsfähigkeit und ein schnelleres Entscheidungstempo. Dies deckt sich mit der Literatur. Laut Boyd (1997) führt Stress zu einer schlechteren Arbeitsqualität und somit auch Entscheidungsfindung. Es liegt nahe, dass das Training demnach durch eine Stressreduktion durch ein besseres Verständnis und bessere Strategien im Dilemma zu einer besseren Arbeitsqualität und besserer Zusammenarbeit im Team beitragen konnte.

5.1.2 Veränderung der Strategien

Insgesamt nur 32 Berichten von reflexhaften Umgangsstrategien stehen 572 bewusst gewählte Umgangsstrategien entgegen. Die reflexhaften Umgangsstrategien werden als Teil einer Abwärtsspirale (Karasek und Theorell 1990) als negativ bewertet. Es liegt daher nahe, dass ein deutliches Überwiegen der bewusst gewählten Strategien nach dem Training mit einem Ausbrechen aus der Abwärtsspirale einhergeht.

Ebenso in der Literatur als negativ beschrieben sind Kommunikationsschwierigkeiten an Schnittstellen zwischen Abteilungen und Professionen (Bartholomeyczik et al. 2008). Demnach stellt die 62-malige Schilderung eines besseren Verständnisses und besserer Kommunikation bei der Zusammenarbeit eine positive Entwicklung dar. 14 Mal wird dies von den Teilnehmern sogar explizit oder implizit als Veränderung bezeichnet.

Eine Divergenz zu Beschreibungen in der Literatur, nach denen im Laufe der Karriere von Medizinerinnen die Empathie abnehme (Carmel und Glick 1996), zeigt sich in der dritthäufigsten bewussten Strategie der Solidarisierung und den beschriebenen positiven Auswirkungen auf den Patientenkontakt. Nedrow et al. (2013) heben das soziale Miteinander als besonders wichtig für Führungskräfte hervor.

Auch zeigt sich nach dem Training als häufige Strategie mit 14 Nennungen der Freizeitausgleich, während die reflexhafte Strategie ‚das Unmögliche ermöglichen‘ nur von sieben Personen genannt wird. Dies steht im Gegensatz zu der Beschreibung von Pangert und Schüpbach (2011), nach der bei Führungskräften die Tendenz ausgeprägt ist, sich nicht ausreichend Erholung zu gönnen und stattdessen gehäuft krank zur Arbeit zu gehen. Gleichzeitig gilt es als bewiesen, dass selbstregulierende Maßnahmen wie Sport positive Effekte auf die Förderung von Resilienz aufweisen (Reimer et al. 2005). Die Verschiebung des Verhältnisses zwischen der krankmachenden Verhaltensweise des Versuchs, das Unmögliche doch zu schaffen (Schmid und Jäger 1986) und des Freizeitausgleichs zugunsten der positiven Selbstregulation, ist ein weiterer Hinweis darauf, dass das Training einen positiven Effekt auf die Gesunderhaltung der Führungskräfte haben konnte.

Die häufigste bewusst gewählte Umgangsstrategie ist mit 160 Nennungen die explizite Entscheidung. Dies stellt eine Übereinstimmung mit dem in der Literatur beschriebenen

Bedürfnis nach Kontrollerleben dar (Jöns und Schultheis 2002). Auch Brotheridge (2003) zeigt, dass ein erhöhtes Erleben von Kontrolle zu größerer Leistungsbereitschaft sowie niedrigerem Stressempfindet führen kann.

Zusammenfassend lässt sich also schlussfolgern, dass das Training zu einer Veränderung in der Wahl der Strategien zur Dilemmabewältigung geführt hat, was höchstwahrscheinlich mit einer positiven gesundheitlichen Auswirkung einhergeht und demnach dem Ziel des Trainings im Sinne der Resilienzförderung und Gesunderhaltung gerecht wird.

5.1.3 Wirkmechanismen für Veränderung

Kernfrage war in dieser Arbeit neben der Frage nach Strategien nach dem Training auch die Frage nach Wirkmechanismen, die diese Veränderungen hervorrufen konnten. Am häufigsten wurde von den Teilnehmern das bessere Verständnis über Mechanismen beschrieben, zu denen ein besseres Verständnis eigener intrapersoneller sowie interpersoneller Prozesse, ein besseres Gefühlserleben und tieferes Verständnis von Prämissen gehören. Da diese Kategorie recht weit gefasst ist, ist es nicht verwunderlich, dass sich bei dieser Kategorie die meisten Nennungen finden. Laut Lion (2008, S. 180) erschafft eine neue Reflexion über Prämissen neue Handlungsräume, was die Annahme dieser als Wirkmechanismus für das Erlangen neuer Strategien bestärkt. Trompenaars (2012) geht sogar so weit, die Reflexion von Prämissen als grundlegend für das Schaffen von Innovationen zu bezeichnen. Tatsächlich nennen beide Personen, die von mehr Innovation nach dem Training sprechen, auch das bessere Verständnis eigener Prämissen als Wirkmechanismus. Da die Anzahl der Innovationsschilderungen jedoch zu gering ist, ist es an dieser Stelle nicht möglich, einen Zusammenhang zu beweisen.

Eine nur wenig geringere Anzahl Beschreibungen findet sich bei dem Wirkmechanismus der Einsicht der Unlösbarkeit bzw. Unentscheidbarkeit im Dilemma. Die Probanden beschreiben vielfach eine Erleichterung bis hin zu einem Gefühl der Befreiung von zuvor empfundenen Gefühlen des Versagens. In der Literatur wird mehrfach beschrieben, dass das Anerkennen der Unlösbarkeit zu einem geringeren Energieverlust und besserer Selbstanerkennung führt (Zwack und Schweitzer 2009). Dennoch fällt beim Studieren der Literatur auf, dass der Anteil der Literatur, der auf eine optimale Lösungsfindung hinzielt, extrem viel größer ist. Die geringe Verbreitung bzw. Thematisierung des Akzeptierens der Unlösbarkeit von dilemmatischen Situationen ist also auch in der Literatur repräsentiert. Selbst Artikel, die sich mit Dilemmata und deren Bewältigung befassen, neigen dazu, die per definitionem existierende Unlösbarkeit von Dilemmata zu negieren. Lion (2008, S. 177) beschreibt beispielsweise ein Dilemma als „unlösbar *wirkendes* Problem“. Diesbezüglich scheint also weiterer Forschungsbedarf vorzuliegen.

21 der 25 Probanden, die den Wirkmechanismus der Einsicht der Unlösbarkeit/Unentscheidbarkeit erlebt haben, geben auf der Skala der Veränderung eine

Veränderung nach dem Training an. Die gleiche Einschätzung zeigt der Globaleindruck Veränderung durch den Codierer. Die Erkenntnis der Unlösbarkeit von Dilemmasituationen scheint also ein wichtiger Schritt zur Veränderung und Resilienzförderung zu sein. Nimmt man an, dass die Situationen immer auch tatsächlich unlösbar sind, der Dilemmabegriff also richtig angewandt wird, stellt dies auch Vorteile für das Unternehmen dar, da die Energie der Mitarbeiter auf lösbare Probleme gelenkt werden kann. Dies setzt jedoch voraus, dass in Wirklichkeit lösbare Situationen nicht als Dilemmata fehlinterpretiert werden. An dieser Stelle wäre weitere Forschung in Hinblick auf die korrekte Anwendung des Dilemmabegriffs und demnach Ressourcensteuerung interessant. Betrachtet man die beschriebenen Auswirkungen auf die Organisation, fällt auf, dass mit Ausnahme einer Person alle Personen, die den beschriebenen Wirkmechanismus nennen, positive Auswirkungen auf die Organisation nennen. Dies kann als Hinweis darauf interpretiert werden, dass der Dilemmabegriff richtig verstanden wurde, er also nicht im egoistischen Sinne sondern auch förderlich für die Organisation eingesetzt wurde. Auch hier ist jedoch zur Differenzierung eine erweiterte Auswertung bzw. Forschung notwendig.

Auf Platz drei der häufigsten Wirkmechanismen zeigt sich Empowerment. Die Teilnehmer beschreiben, sich durch das Training ermutigt und befähigt zu fühlen, aktiv zu handeln und ihre Interessen zu vertreten und durchzusetzen. Förderung von Empowerment stellt dabei eine essenzielle Maßnahme zur Resilienzförderung dar. Browning (2013) konnte eine signifikante negative Korrelation zwischen Empowerment und der Häufigkeit moralischer Belastungssituationen bei Pflegepersonal auf Intensivstation nachweisen. Mintzberg (2010) sieht Empowerment als Grundlage für jede Führungskraft an, um erfolgreich arbeiten zu können. Auch Townsend (1998), eine kritische Stimme, die eine oft falsche Intention bzw. Durchführung von Empowerment beklagt und vor einem pauschalen Drang in Richtung Empowerment warnt, räumt ein, dass Empowerment einen wichtigen Baustein für ein selbstbestimmtes Leben und psychische Gesundheit darstellt.

Es fällt auf, dass die Probanden, die keine Veränderung nach dem Training beschreiben, besonders wenig Wirkmechanismen nennen. Dies unterstützt die Vermutung, dass die Wirkmechanismen zur Veränderung beigetragen haben.

5.2 Unterschiede

Im Folgenden sollen Unterschiede zwischen den Berufsgruppen und Geschlechtern herausgearbeitet werden.

5.2.1 Unterschiede zwischen den Berufsgruppen

Die drei großen Berufsgruppen dieser Arbeit sind pflegerische Stationsleitungen sowie mittlere Führungskräfte in den Bereichen Service und Verwaltung. Den einzelnen Berufsgruppen werden im Allgemeinen oft vermeintliche Attribute zugeschrieben (vgl.

2.4). Die Perzeption der Verwaltung ist häufig ein Bild von praxisfernen Bürokräften, die bezüglich Arbeitsmenge und Arbeitszeit wenig arbeiten, eine insgesamt entspannte und eher eintönige Arbeit haben⁸. Schult et al. (2018) bestätigen, dass vor allem Verwaltungsmitarbeiter ihren Beruf als weniger relevant betrachten und ihm weniger Bedeutung zusprechen. Dies deckt sich mit den Erkenntnissen unserer Studie: Zehn der elf Beschreibungen des Gefühls der Abwertung durch andere stammen von Verwaltungsmitarbeitern. Nur eine einzige Person aus der Verwaltung gibt diesen Eindruck nicht explizit an. In der Literatur wird ebenso beschrieben, dass Kopfschmerzen und Migräne im Vergleich zu anderen Bereichen des Krankenhauses bei der Verwaltung gehäuft auftreten (Sokolovic et al. 2013). In unserer Studie beschreibt jedoch nur eine Person aus der Verwaltung körperliche Symptome, in diesem Fall Rückenschmerzen.

Nur zwei der sechs teilnehmenden Verwaltungsmitarbeiter nennen hingegen jeweils einmal Verzweiflung, Ratlosigkeit/Ohnmacht oder Resignation, welche Aspekte von Burnout darstellen (Kuhn und Flanagan 2017). Dies deckt sich mit den Erkenntnissen von Moreno et al (2010) in einer Studie mit Verwaltungsmitarbeitern in einer Universität, die extrem geringe Burnout-Werte aufwiesen.

Verwaltung und Funktionsleitung sind die beiden Gruppen, in denen ausnahmslos der Globaleindruck einer Veränderung nach dem Training beschrieben wird. Dies passt zu ihren Angaben auf der Veränderungsskala, auf der bis auf einen Verwaltungsmitarbeiter ebenfalls alle Führungskräfte aus den beiden Berufsgruppen eine Veränderung angeben.

Eine Diskrepanz besteht diesbezüglich bei den Teilnehmern aus dem Service-Bereich. Während auf der Skala hier keine Person eine Veränderung verneint, wird sie doch bei zwei Personen im Gesamteindruck von der Codiererin als solche bewertet. Dies könnte an einer falschen Interpretation des Gesagten und/oder einem sozial erwünschten Antwortverhalten (vgl. 5.3 Limitationen) liegen. Die Tatsache, dass bei den negativen Nebenwirkungen des Trainings prozentual am häufigsten von den Servicemitarbeitern Entsolidarisierung genannt werden und auch eine Person von einer Enttäuschung durch die fehlende Lösbarkeit von Dilemmata schildert, legt nahe, dass das Training in dieser Gruppe tatsächlich bei einigen Personen nicht zu den erwünschten Veränderungen geführt haben könnte. Weiterer Trainingsbedarf bei allen Servicemitarbeitern stützt diese Vermutung. Ein möglicher Erklärungsansatz besteht in Verständnisproblemen sowohl sprachlicher als auch inhaltlicher Natur zwischen Training und Servicemitarbeitern. Diese wurden unter allen Berufsgruppen von den Servicekräften am häufigsten beschrieben.

Bei den Stationsleitungen sticht als Hemmnis, das im Vergleich zu den anderen Berufsgruppen besonders gehäuft genannt wird, vor allem der klinikbedingte Zeitmangel

⁸ Dieses Bild entstand aus eigenen Erfahrungen im Gespräch mit Mitmenschen sowie den Berichten der Verwaltungsmitarbeiter dieser Studie in Bezug auf die Vorurteile anderer ihnen selbst gegenüber.

hervor. Insbesondere das kurzfristige notfallmäßig-ungeplante Einspringen auf Station wird hierbei genannt. Hierbei imponiert die vielfach beschriebene Sandwichposition der mittleren Führungskräfte (Weyrer 1998), die einerseits Führungskraft, andererseits zugleich auch selbst mit anpackende Mitarbeiter sind. Durch die Patientennähe scheinen Stationsleiter diesbezüglich besonders exponiert. Die Selbsterkenntnis der Rolle als Führungskraft als Wirkmechanismus bei mehr als der Hälfte der Stationsleiter ist ein weiteres Indiz hierfür.

Laut Hasselhorn et al (2005) hegen immer mehr Pflegekräfte den Wunsch, ihren Beruf aufzugeben. Unter den Teilnehmern der Studie befindet sich tatsächlich auch ein Stationsleiter, der angibt, als Resultat der Umstände im Folgejahr in Frührente gehen zu wollen. Ausnahmslos alle Stationsleitungen berichten nach dem Training jedoch von Akzeptanz und keine Person beschreibt Resignation. Dies stellt demnach einen weiteren Anhaltspunkt für einen Effekt des Trainings dar.

5.2.2 Unterschiede in Bezug auf die Geschlechter

Es gibt mehr Männer als Frauen in Führungspositionen (Fifka und Kraus 2013). Bereits 1985 konnte jedoch gezeigt werden, dass in der Verantwortungsorientierung kein geschlechtsspezifischer Unterschied besteht (Preisendörfer 1985). In dieser Arbeit wurde daher auch die Geschlechterrolle speziell bei mittleren Führungskräften untersucht. Unter den Teilnehmern waren 18 Frauen und 13 Männer. Dies bildet nicht die tatsächliche Geschlechterverteilung in Führungspositionen allgemein ab. Da die Pflege und auch Bereiche wie die Hygiene Abteilungen sind, die nach wie vor von Frauen dominiert sind und beispielsweise in der Innenreinigung viel mehr Frauen arbeiten (Gather et al. 2005), ist jedoch davon auszugehen, dass die Verteilung ungefähr die tatsächliche Geschlechterverteilung in den untersuchten Gruppen abbildet.

Gerade in der Pflege arbeiten nach wie vor deutlich mehr Frauen als Männer, während mehr Männer allgemein Führungspositionen innehaben (Hampel 2003). Die gleiche Anzahl Frauen und Männer in der Stationsleiterposition als Teilnehmer dieser Studie bei zugleich deutlich höherem Frauenanteil in der Pflege bestätigt dieses Bild.

Zunächst ist hervorzuheben, dass in Bezug auf die Veränderung, gemessen am Globaleindruck und der vorgelegten Skala, kein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen besteht.

Studiert man die Literatur auf der Suche nach Unterschieden zwischen Männern und Frauen im Berufsalltag, so fällt auf, dass der chronische Stress bei Frauen unabhängig vom sozioökonomischen Status und Unterstützungsgrad deutlich höher ist als bei Männern (Hapke et al. 2013). Zudem schätzen Männern unabhängig von ihrer beruflichen Position ihren Gesundheitszustand besser ein als Frauen und sind weniger von psychischen und physischen Krankheitssymptomen betroffen (Badura et al. 2011). Bauer

et al. (2016) hingegen halten dagegen, dass in der psychischen Arbeitsbelastung zwischen den Geschlechtern kein Unterschied besteht.

In der vorliegenden Studie haben prozentual etwa gleich viele Frauen und Männer körperliche Symptome angegeben. Durch die mit sieben Nennungen sehr geringe Anzahl lässt sich jedoch hinsichtlich der Geschlechter keine verwertbare Aussage treffen. Bei der Anzahl der Belastungsschilderungen verhält es sich jedoch ähnlich. Ebenso schildern drei Frauen und zwei Männer Schlafstörungen, prozentual also ebenso ähnlich viel, obwohl laut Hapke et al. (2013) Frauen mehr Schlafprobleme zeigen.

Eine interessante Beobachtung ist auch, dass in unserer Studie 17 von 18 Frauen und 12 von 13 Männern die sozial-emotionale Komponente im Dilemma hervorheben. Ebenso sind der Wirkmechanismus des Solidarisierungsempfindens und die bewusst gewählte Umgangsstrategie der Solidarisierung anteilig annähernd gleich auf die beiden Geschlechter verteilt. Dies überrascht, da zu Beginn der Studie vermutet wurde, dass Frauen vermehrt die soziale Komponente im Dilemma beachten, die Männer hingegen eher die rationale Seite. Dies stützte sich auf Literatur, nach der Frauen von Kindheit an engere Beziehungen wichtiger sind als Männern (Bengel und Lyssenko 2012). Zudem wird gerade der ‚Generation Y‘ nachgesagt, dass Männern Spaß wichtiger ist, während Frauen ihren Fokus auf die gute Bildung einer Partnerschaft, flexible Arbeitszeitgestaltung und Wertschätzung legen (Badura et al. 2014). Die Auswirkung der vermehrten Wertschätzung nach dem Training wird tatsächlich von sieben Frauen und nur drei Männern beschrieben. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass Frauen die soziale Anerkennung wichtiger ist als Männern. Die Zahl der Nennungen ist in diesem Fall jedoch zu klein, um auf die Gesamtheit schließen zu können.

Auffällig ist jedoch, dass der Wirkmechanismus, sich mit anderen zu vergleichen, von 16 Frauen und nur von 6 Männern genannt wird. Dies wiederum legt nahe, dass Frauen sich mehr an ihrem Umfeld orientieren und messen als Männer.

Obwohl Bauer und Groneberg (2013) in einer großen Studie mit 12.062 Ärzten in Baden-Württemberg gezeigt haben, dass männliche Ärzte eine signifikant größere eigene Entscheidungsbefugnis wahrnehmen, die von den Autoren als ‚Control‘ bezeichnet wird, konnte in unserer Studie kein bedeutender Unterschied bei der Beschreibung des Wirkmechanismus Empowerment festgestellt werden. An dieser Stelle wäre es interessant, herauszufinden, ob vor dem Training bei den Männern mehr Empowerment vorlag als bei den Frauen. Bei den bewusst gewählten Umgangsstrategien sind bei den Männern etwas vermehrt explizite Entscheidungen zu verzeichnen als bei den Frauen. Was besonders auffällt ist hier der große Unterschied in der Kategorie ‚Ent-/Verantworten‘. 5 von 13 Männern beschreiben diese Strategie im Schnitt viermal, bei den Frauen sind es nur 5 von 18 Frauen, die die Strategie etwas weniger als zweimal pro Person nennen. Dies weist ebenfalls auf ein erhöhtes Empowerment bei Männern hin, also das Ausbrechen aus Situationen und das Eingestehen für die eigenen Werte.

Interessant ist, dass nach den Ergebnissen von Fifka und Kraus (2013) Männer in Konfliktsituationen mit Mitarbeitern häufiger gegen ihre eigenen Werte handeln. Dies könnte bedeuten, dass Frauen ihren Werten mehr treu bleiben oder im Umgang mit ihren Mitarbeitern weniger Konflikte sehen. Tatsächlich berichten in unserer Studie vier Männer insgesamt neunmal von schlechtem Gewissen, Schuldgefühlen oder Mitleid, während dem nur eine Aussage einer Frau gegenübersteht.

Insgesamt sind die Angaben in allen Kategorien demnach bis auf wenige Ausnahmen relativ gleichmäßig anteilig zwischen Männern und Frauen verteilt. Das Training scheint also bei beiden Geschlechtern zu ähnlichen Effekten geführt zu haben. Weiterführend wäre interessant zu untersuchen, inwiefern das Training die Grundannahmen der Teilnehmer vor dem Training verändert oder verstärkt hat.

5.3 Limitationen

Selbstverständlich weist auch diese Arbeit einige Limitationen auf, die die Qualität beeinflussen könnten und die Arbeit im Prozess erschwert haben. Sie sollen an dieser Stelle aufgeführt werden, um zukünftigen Arbeiten (vgl. Ausblick 5.4) als Wegweiser dienen zu können.

Zunächst ist zu erwähnen, dass die Stichprobengröße mit 31 Probanden zu klein ausfiel, um daraus Aussagen für den ganzen Klinikverbund abzuleiten oder gar die Ergebnisse einfach auf andere Kliniken übertragen zu können. Da in der Planungsphase jedoch eine Stichprobengröße von $n=30$ für alle Teilnehmer einschließlich der separaten Gruppe der Ärzte berechnet wurde (vgl. Stichprobe 3.3) bestand in der letztendlichen Teilnehmerzahl ausreichend Toleranz. Zudem sind die Arbeitsbedingungen in unterschiedlichen Krankenhäusern zwar verschieden, in einer Sandwich-Position befinden sich jedoch alle mittleren Führungskräfte (vgl. 2.2). Positiv ist dem außerdem entgegenzuhalten, dass ein sehr hoher Anteil der potenziellen Teilnehmer tatsächlich am Training teilnahm, wodurch ein gutes Abbild der untersuchten Kliniken wahrscheinlich ist.

Einige Schwierigkeiten ergaben sich im Prozess der Bearbeitung der Interviews. So waren beispielsweise einige Textabschnitte schwer kategorisierbar bzw. nicht eindeutig abgrenzbar, was die Aussagekraft minderte. Ebenso bestand zum Teil ein unterschiedliches Verständnis der Kategorien. Diese beiden Problemquellen wurden durch ein fachgerechtes zweimaliges Berechnen der Interrater-Übereinstimmung (Mayring 2010) mit zwischenzeitlicher Bearbeitung der Kategorien stark reduziert und die Qualität somit erhöht.

Eine valide Auswertung wurde in manchen Kategorien durch eine zu kleine Zahl an Aussagen erschwert. Die Rest-Kategorie war hingegen zuletzt sehr groß, da auch Negierungen dieser zugeordnet wurden. Somit wurden diese nicht separat erfasst.

Groeben und Rustemeyer (1995) schlagen vor, die Codierungen in der Restkategorie möglichst gering zu halten. In dieser Arbeit wurde dennoch eine größere Restkategorie akzeptiert, um die anderen Kategorien nicht durch grenzwertige Zuordnungen zu verwässern.

Die qualitative Auswertung der Interviews brachte rein methodisch weitere Nachteile mit sich. Einzelne Dinge wurden nicht standardisiert abgefragt, zum Beispiel wurden nicht jedem Teilnehmer die Hypothesen vorgelegt. Die Codierung folgt zudem der eigenen Interpretation und ist nicht genau reproduzierbar. Dies schränkt die Reliabilität ein. Gleichzeitig konnte durch diese Methodik jedoch auch implizit Gesagtes erfasst werden, weshalb die minimale Minderung der Reliabilität im Sinne der qualitativen Auswertung in Kauf genommen und durch das Berechnen der Interrater-Reliabilität auf eine geringe Ungenauigkeit minimiert wurde.

Auch die Verzerrung durch den Faktor des sozial erwünschten Antwortverhaltens bei Interviews (Tourangeau und Yan 2007) ist nicht außer Acht zu lassen. Um diesen Einfluss zu minimieren, wurde nach Codieren der Interviews durch den Codierer jeweils eine zusätzliche externe Bewertung des Globaleindrucks der Veränderung durchgeführt, der unabhängig von der eigenen Bewertung des Interviewees war. So konnte beispielsweise eine Veränderung im Globaleindruck des Codierers verneint werden, obwohl der Interviewee vermeintlich sozial erwünscht eine Veränderung bestätigte. Da dies nur auf den Gesamteindruck der Veränderung zutrifft, kann eine Verzerrung durch diesen Faktor in anderen Kategorien jedoch nicht ausgeschlossen werden.

Im Verständnis der Dilemmata fiel auf, dass teilweise keine konkrete Differenzierung zwischen beruflichen und privaten Dilemmata vorgenommen werden konnte. Außerdem war in einigen Interviews nicht einwandfrei erkenntlich, ob der Teilnehmer das Konzept des Dilemmas verstanden hatte oder von Problemen statt echten Dilemmata sprach. Ein konkretes Erfragen nach dem Verständnis der Definitionen und Konzepte und Bitte um genauere Einordnung des Erzählten könnte in zukünftigen Arbeiten Abhilfe verschaffen. Ganz eliminieren können wird man diese Störgröße jedoch nicht, um den freien Redefluss der Interviews nicht zu gefährden.

Nicht nur die Dilemmadefinition war manchmal nicht eindeutig, auch Sprachbarrieren grenzten bei manchen Teilnehmern die Möglichkeiten des freien Erzählens ein. Auch Fragen in den Interviews scheinen von einigen Teilnehmern zum Teil nicht korrekt verstanden worden zu sein. Elf Teilnehmer schilderten Verständnisprobleme im Training. Es ist davon auszugehen, dass sich diese auch auf die Interviews auswirkten.

Spricht man von Verständnis und Definitionen, so ist an dieser Stelle auch zu erwähnen, dass es in der Literatur Uneinigkeit über die Definition der mittleren Managementebene gibt. Hasselhorn et al. (2005, S. 45) beschreiben Stationsleiter beispielsweise als untere Führungsebene. Während es selbstverständlich stimmt, dass

keine weitere Führungsebene unter den Stationsleitern steht, haben wir diese Gruppe dennoch in die Untersuchung eingeschlossen, da sie besonders exponiert für Dilemmata sind und auch unter der Ebene unter ihnen weitere Ebenen folgen, z.B. Auszubildende etc.

Neben den bereits genannten positiven Aspekten im Gegensatz zu den Negativpunkten gibt es noch weitere Dinge, die in dieser Arbeit als gut bewertet werden. Der Bedarf für Veränderung und Dilemmakompetenztraining und damit auch den Forschungsbedarf zeigte sich neben den theoretischen Grundlagen und bisher fehlenden Befunden zu dieser Forschungsfrage (vgl. 2.3) auch daran, dass der Großteil der Teilnehmer bis zum Ende am Training teilgenommen hat.

Während der Auswertung der Interviews wurde von dem gesamten Team sehr gründlich gearbeitet. Es fanden vielfache Überarbeitungen des Kategoriensystems und der einzelnen Definitionen statt. Immer wieder trafen wir uns in der Arbeitsgruppe, um Verständnis und Methodik zu besprechen und Güte sicherzustellen. Das Kategoriensystem wurde mehrfach getestet und in jeder Runde wurden die Interviews erneut mit dem neuesten Kategoriensystem bearbeitet.

Zur Erhöhung der Reliabilität wurde die Interrater-Übereinstimmung berechnet und nach Verbesserung des Kategoriensystems erneut bestimmt. Der erste Wert lag bei 73,06%. Eine Verbesserung im zweiten Durchgang auf 82,73% zeigt die wachsende Reliabilität durch Veränderung des Kategoriensystems. In der Literatur werden Werte zwischen 60% und 75% als gut betrachtet und Werte über 75% sogar als sehr gut (Döring und Bortz 2016, S. 346).

Durch die Mischung aus deduktiver und induktiver Kategorienbildung konnte sichergestellt werden, dass Kategorien aus dem Text abgeleitet wurden, die Orientierung an der Literatur jedoch nicht außen vor blieb.

Die leitfadengestützten Interviews erfassten auch Emotionen und implizit Genanntes. Der Leitfaden stellte zugleich eine Vergleichbarkeit sicher.

Neben durch die Methodik zwangsläufig bedingten Einschränkungen, beispielsweise in der Objektivität, kann zusammenfassend gesagt werden, dass die Gütekriterien (Steinke 2017) im Rahmen der Möglichkeiten der Studie weitestgehend erfüllt wurden.

5.4 Ausblick

Im Folgenden soll gezeigt werden, welche Wegweiser die Ergebnisse dieser Arbeit für zukünftige Forschung sein könnten, insbesondere in Hinblick auf die Arbeit im Krankenhaus-Umfeld.

Die Studie hatte zum Ziel, Veränderungen in Wahrnehmung und Strategien nach einem Dilemmakompetenztraining bei mittleren Führungskräften im Krankenhaus

aufzuzeigen, sowie zu ergründen, welche Wirkmechanismen zu diesen Veränderungen beigetragen haben. Es konnte gezeigt werden, dass das Training in vielen Bereichen zu Veränderungen geführt hat, insbesondere durch hinzugewonnene Strategien und mehr Akzeptanz und Gelassenheit durch ein besseres Verständnis von Dilemmata.

Die Erkenntnisse können nun dazu dienen, ein noch spezifischeres, angepasstes Training zu entwickeln und dieses auszuweiten.

Die Studie wurde an vier Kliniken eines öffentlich-rechtlichen Klinikverbunds in Süddeutschland durchgeführt. Wünschenswert wäre die Durchführung ähnlicher Studien in anderen Teilen Deutschlands sowie die Ausweitung und Anpassung auf Privatkliniken, Unikliniken und spezielle Kliniken wie Rehakliniken. Erste Schritte in diese Richtung sind im Rahmen des Großprojekts bereits in Planung (vgl. Studiendesign 3.1).

Eine Anregung zur Modifikation ähnlicher Arbeiten wäre der Einschluss einer höheren Anzahl von Teilnehmern. Hilfreich könnte auch ein Vergleich zwischen den Ergebnissen nach einem Training mit Teilnehmern aus nur einer Berufsgruppe mit einer gemischten Gruppe sein.

In zukünftigen Arbeiten könnten die Erkenntnisse zudem ausgeweitet werden, indem Negierungen separat erfasst würden. Ggf. könnten einige Kategorien zusammengefasst werden, um eine höhere Anzahl an Aussagen und damit eine höhere Aussagekraft zu erzielen. Hierdurch würde auch die Verzerrung durch die Subjektivität des Codierers reduziert werden.

Eine weitere Anregung wäre das bessere Abgrenzen der Dilemmata im privaten und beruflichen Umfeld. Zudem könnte das Verständnis der Dilemma-Definition überprüft werden. Hierzu wäre der Interviewleitfaden entsprechend anzupassen.

Bezüglich des Interviewleitfadens wäre eine bessere Absprache im Vorfeld bzw. eine bessere Definition im Leitfaden sinnvoll. So könnte vermieden werden, dass zwei Interviewer die Kernfragen jeweils in unterschiedlicher Reihenfolge stellen. Zusätzlich könnte auf diese Weise sichergestellt werden, dass bestimmte Fragen, wie beispielsweise das Aufstellen der Hypothesen, tatsächlich jedem Teilnehmer vorgelegt werden.

Weitere Änderungsempfehlungen beziehen sich auf die negativen Nebenwirkungen des Trainings und weiteren Trainingsbedarf bei den Teilnehmern. Da Ziel dieser Arbeit jedoch nicht die Weiterentwicklung des Trainings selbst ist, wird auf eine detailliertere Ausführung an dieser Stelle verzichtet. Bei Bedarf können die Anmerkungen der Teilnehmer in diesen Bereichen der Ergebnisübersicht 4.12 bzw. den Beschreibungen in Kapitel 4.5.2 entnommen werden.

6 ZUSAMMENFASSUNG

Ein Dilemma ist eine Konstellation, in der eine Entscheidung zwischen mindestens zwei gegebenen, gleichwertigen und gegensätzlichen Alternativen getroffen werden muss. Solche Dilemma-Konstellationen im Arbeitsalltag von Führungskräften in Krankenhäusern führen bei diesen bei Häufung und Intensität zu gesundheitlichen Schäden. Indirekt entstehen daraus auch betriebswirtschaftliche Schäden, die für das Gesundheitssystem mit hohen Kosten und für die Krankenhäuser mit finanziellen Verlusten einhergehen.

In früheren Studien wurde bereits ein Dilemmakompetenztrainings für mittlere Führungskräfte in Bereichen der Wirtschaft (Elektro- und Metallindustrie) entwickelt, da Dilemmata auch hier vielfach als gefährlich für die Gesundheit von Führungskräften bewertet wurden. Hierbei konnte gezeigt werden, dass die Trainings zur Stressprophylaxe sowie zur Stärkung von Resilienz bei den Führungskräften beitragen.

Diese Arbeit ist entstanden im Rahmen des Teilprojektes „Dilemma-Kompetenz – Wege aus beruflichen Zwickmühlen“ (2017-2019) aus dem Forschungsverbund SEEGEN (Seelische Gesundheit am Arbeitsplatz Krankenhaus, Gesamtlaufzeit 2017-2021).

Ziel meiner Arbeit war es, die Dilemmawahrnehmung von mittleren Führungskräften in Krankenhäusern aus den Bereichen Service, Verwaltung, pflegerische Stationsleitung sowie Funktionsleitung zu beschreiben und die Veränderungen darzustellen, von denen die Führungskräfte nach Teilnahme an einem Dilemmakompetenztraining berichten. Hierdurch sollte ein besseres Verständnis über hinzugewonnene Bewältigungsstrategien dieser Gruppe von Führungskräften erreicht werden und ergründet werden, welche Wirkmechanismen zu den Veränderungen beitragen konnten.

Hierzu wurde in teilstrukturierten Interviews eine Gruppe von insgesamt 31 mittleren Führungskräften, darunter 16 Stationsleitungen aus der Pflege sowie 7 Führungskräften im Servicebereich, 6 Leitungen in der Verwaltung und 2 Funktionsleitungen, aus insgesamt 4 Kliniken nach einem 8-moduligen Dilemmakompetenztraining zu ihrem heutigen Umgang mit Dilemmata im Klinikalltag befragt. Die aufgezeichneten Interviews wurden transkribiert und anschließend mit einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

29 von 31 Teilnehmern beschrieben Veränderungen, die sie nach dem Training zum Zeitpunkt der Interviews feststellen konnten. Als mit Abstand häufigste Veränderung wurde hierbei im Vergleich zu vor dem Training die bewusst gewählte Umgangsstrategie der ‚expliziten Entscheidung‘ beschrieben. Eine weitere sehr häufig beschriebene Veränderung war eine Zunahme der ‚Reflexion‘. Die Teilnehmer denken zum einen im Vorfeld einer Entscheidung mehr über die Optionen nach und wägen diese bewusster ab. Zum anderen aber reflektieren sie vermehrt im Nachhinein, um aus stattgehabten Situationen zu lernen und sich aus gedanklichen Negativ-Spiralen zu befreien. Zudem

beschrieben die Teilnehmer, dass sie heute vermehrt mit Entscheidungsbetroffenen kommunizieren. Sie treten in Kontakt, erklären die Gründe für ihre Entscheidung und kommunizieren offen, dass und gegebenenfalls wie sie sich gerade in einem Dilemma befinden.

Die häufigsten Dilemmasituationen, die von den Stationsleitungen, Funktionsleitungen, Serviceleitungen und Verwaltungsleitungen auch nach dem Dilemmakompetenztraining beschrieben wurden, sind verankert in der sogenannten ‚Sandwich-Position‘ der mittleren Führungskräfte. Sie sind Vermittler zwischen ihren Mitarbeitern und ihren eigenen Vorgesetzten und sehen sich als solche oft vermeintlich unlösbaren Problemen entgegengestellt, in denen sie das Gefühl haben, einer der beiden Seiten nicht gerecht werden zu können. Es wird der zunehmende Ökonomisierungsdruck in Kliniken spürbar, der auch dazu führt, dass an die Führungskräfte Aufgaben herangetragen werden, die außerhalb ihrer ursprünglich der Profession zugeschriebenen Zuständigkeitsgebiete liegen. Zudem führt der Ökonomisierungsdruck dazu, dass die Führungskräfte sich vermehrt im Zielkonflikt zwischen Zeitoptimierung, optimaler Patientenversorgung und Harmonie im Team wiederfinden.

Die Gefühle, die als Reaktion auf das Befinden im Dilemma bei den Teilnehmern nach dem Training am häufigsten genannt wurden, sind ‚Akzeptanz‘ und ‚Gelassenheit‘. Weiterhin wurden oft positive Gefühle wie ‚Zufriedenheit‘ aufgeführt. Die Teilnehmer beschreiben dies explizit als Veränderung im Vergleich zu ihrer Situation vor dem Training.

Zu den häufigsten Wirkmechanismen, die ausdrücklich genannt oder umschrieben werden, gehört ein hinzugewonnenes Verständnis über die Mechanismen eines Dilemmas oder die eigenen inneren oder interaktionellen Mechanismen. Die Teilnehmer verstehen besser, wie ihr Handeln auf sie selbst und auf andere wirkt und welche Gefühle Dilemmata in ihnen selbst auslösen. Dies führt zu einem bewussteren Erleben und Handeln in Dilemmasituationen. Des Weiteren führt eine neue Einsicht über die Unlösbarkeit von solchen Situationen dazu, dass die Teilnehmer Dilemmata weniger auf ihr eigenes Scheitern als Person beziehen, sondern den Ursprung des Dilemmas vermehrt als organisationsimmanent erfahren.

Neben dem persönlichen besseren Befinden der Teilnehmer, werden auch Veränderungen beschrieben, die sich durch die veränderte Wahrnehmung sowie das Handeln auf das Krankenhaus auswirken. So wird beispielsweise von 26 der 31 Teilnehmer beschrieben, dass sich das Training positiv auf Verständnis und Kommunikation bei der Zusammenarbeit im Team auswirkt.

Es konnte somit gezeigt werden, dass das durchgeführte Dilemmakompetenztraining subjektiv zu einer Veränderung im Erleben und Umgang mit Dilemmasituationen bei den Teilnehmern geführt hat und sich positiv auf das Wohlbefinden der Teilnehmer sowie auf die gesamte Klinik auswirkt.

Durch diese Arbeit können die Trainings, die sich in wirtschaftlichen Sektoren bereits bewährt haben, noch spezieller auf die nicht-ärztlichen Berufsgruppen der Stationsleitungen, Funktionsleitungen, Serviceleitungen und Verwaltungsleitungen in Kliniken angepasst werden und somit zur Gesunderhaltung dieser Berufsgruppen und Verbesserung des Arbeitsplatzes Krankenhaus beitragen.

LITERATURVERZEICHNIS

- Agerbo, E., Gunnell, D., Bonde, J. P., Mortensen, P. B. und Nordentoft, M. (2007). **Suicide and occupation: the impact of socio-economic, demographic and psychiatric differences.** *Psychological Medicine* 37, 1131-1140, doi: 10.1017/S0033291707000487.
- Amelung, V. E., Sydow, J. und Windeler, A. (2009). **Vernetzung im Gesundheitswesen im Spannungsfeld von Wettbewerb und Kooperation,** W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Anonym (2004). **Zweites Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnoseorientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften (Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz - 2. FPÄndG)** (Bundesgesetzblatt Jahrgang 2004 Teil I Nr. 69, Bonn).
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. und Macco, K. (2011). **Fehlzeiten-Report 2011. Schwerpunkt: Führung und Gesundheit. Zahlen, Daten, Analyse aus allen Branchen der Wirtschaft** (Springer, Berlin, Heidelberg).
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. und Meyer, M. (2014). **Fehlzeiten-Report 2014: Erfolgreiche Unternehmen von morgen - gesunde Zukunft heute gestalten. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Bereichen der Wirtschaft,** Springer, Berlin, Heidelberg.
- Badura, B., Schröder, H., Klose, J. und Macco, K. (2009). **Fehlzeiten-Report 2009: Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren - Wohlbefinden fördern. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Bereichen der Wirtschaft,** Springer, Berlin, Heidelberg.
- Balogun, J. und Johnson, G. (2004). **Organizational restructuring and middle manager sensemaking.** *Academy of Management Journal* 47, 523-549.
- Bartholomeyczik, S., Donath, E., Schmidt, S., Rieger, M. A., Berger, E., Wittich, A. und Dieterle, W. E. (2008). **Arbeitsbedingungen im Krankenhaus** (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund, Berlin, Dresden).
- Bauer, J., Bendels, M. H. K. und Groneberg, D. A. (2016). **Subjektive psychische Arbeitsbelastungen und Berufszufriedenheit im Fachgebiet der stationären Neurologie.** *Der Nervenarzt* 87, 629-633, doi: 10.1007/s00115-016-0076-2.
- Bauer, J. und Groneberg, D. A. (2013). **Ärztlicher Disstress – eine Untersuchung baden-württembergischer Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern.** *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift* 138, 2401-2406, doi: 10.1055/s-0033-1359859.
- Baur, N. (2014). **Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung,** Springer VS, Wiesbaden.

- Bengel, J. und Lyssenko, L. (2012). **Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter: Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter**, BZgA Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- Benner, A. B. (2007). **Physician and nurse relationships, a key to patient safety**. *J Ky Med Assoc.* *105*, 165-169.
- BGW - Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege und DAK - Deutsche Angestellten Krankenkasse (2001). **BGW-DAK Stress-Monitoring 2001 - Überblick über die Ergebnisse einer BGW-DAK-Studie zum Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Stressbelastung in ausgewählten Berufen** (
- Blum, K. (2019). **Fachkräftemangel und Stellenbesetzungsprobleme im Krankenhaus – Bestandsaufnahme und Handlungsoptionen**. In: *Arbeiten im Gesundheitswesen*, Hrsg. Angerer, P., Gündel, H., Brandenburg, S., et al., ecomed Medizin, Landsberg, S. 64-73.
- Böhm, T. (2019). **Gesundheit von Krankenhausbeschäftigten: systemische Ursachen von Überlastung und Lösungsansätze durch eine andere Krankenhauspolitik und -finanzierung**. In: *Arbeiten im Gesundheitswesen. (Psychosoziale) Arbeitsbedingungen – Gesundheit der Beschäftigten – Qualität der Patientenversorgung*, Hrsg. Angerer, P., Gündel, H., Brandenburg, S., et al., ecomed Medizin, Landsberg, S. 385-398.
- Boyd, A. (1997). **Employee traps - corruption in the workplace**. *Management Review* *86*, 9-10.
- Braun, B. (2014). **Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus**. In: *20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen*, Hrsg. Manzei, A. und Schmiede, R., Springer VS, Wiesbaden, S. 91-113.
- Braun, B., Müller, R. und Timm, A. (2004). **Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiographien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung**. *Schriften zur Gesundheitsanalyse* *46*.
- Brotheridge, C. M. (2003). **The role of fairness in mediating the effects of voice and justification on stress and other outcomes in a climate of organizational change**. *International Journal of Stress Management* *10*, 253-268.
- Browning, A. M. (2013). **CNE article: Moral distress and psychological empowerment in critical care nurses caring for adults at end of life**. *American Journal of Critical Care* *22*, 143-151.
- Bruch, H. und Kowalevski, S. (2013). **Gesunde Führung. Wie Unternehmen eine gesunde Performancekultur entwickeln** (Compamedia GmbH, Überlingen).
- Buchanan, D. A., Denyer, D., Jaina, J., Kelliher, C., Moore, C., Parry, E. und Pilbeam, C. (2013). **How do they manage? A qualitative study of the realities of middle**

and front-line management work in health care (NHS - National Institute for Health Research, Southampton), doi: 10.3310/hsdr01040, S.

Buhr, P. und Klinke, S. (2006). **Qualitative Folgen der DRG-Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter Bedingungen fortgesetzter Budgetierung: eine vergleichende Auswertung von vier Fallstudien.** Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Schwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), doi: 10.4126/38m-004395945.

Bund, M. (2013). **Ergebnisbericht der Mitgliederbefragung. MB-Monitor 2013. Arbeitszeiten.** (Institut für Qualitätsmessung und Evaluation, Berlin).

Bundesärztekammer (2008). **Beschlussprotokoll des 111. deutschen Ärztetages.** In 111. deutscher Ärztetag (Ulm).

Carmel, S. und Glick, S. M. (1996). **Compassionate-empathic physicians: Personality traits and social-organizational factors that enhance or inhibit this behavior pattern.** *Social Science & Medicine* 43, 1253-1261, doi: 10.1016/0277-9536(95)00445-9.

Caye, J.-M., Strack, R., Orlander, P., Kilmann, J., Espinosa, E. G., Francoeur, F. und Haen, P. (2010). **Creating a New Deal for Middle Managers** (The Boston Consulting Group, World Federation of People Management Associations (WFPMA).

Chandraiah, K., Kenswar, D. K., Prasad, P. L. S. und Chaudhuri, R. N. (1996). **Occupational stress and job satisfaction among middle and senior managers.** *Indian Journal of Clinical Psychology* 23, 146-155.

Charles, L. E., Loomis, D. und Demissie, Z. (2009). **Occupational hazards experienced by cleaning workers and janitors: a review of the epidemiologic literature.** *Work* 34, 105-116.

Currie, G. und Procter, S. (2001). **Exploring the relationship between HR and middle managers.** *Human Resource Management Journal* 11, 53-69.

De Cássia Félix de Almeida, V., ZanettiII, M. L., De AlmeidaIII, P. C. und Coelho Damasceno, M. M. (2011). **Occupation and risk factors for type 2 diabetes: a study with health workers.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 19, 476-484.

DESTATIS (2020). **Grafiken und Tabellen**

Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (2015). **Hygieneanforderungen an Mitarbeiter der Haustechnik und externe Handwerker in hygiene relevanten Bereichen von Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Reha-Einrichtungen/-Kliniken.** In *Hygiene in der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege / Rehabilitation* (Berlin)118-119.

- Döring, N. und Bortz, J. (2016). **Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften**, Bd. 5, Springer, Heidelberg.
- Eigenstetter, M., Jähn, V., Langhoff, T., Luven, N. und Wallmeier, M. (2016). **Reinigungsunternehmen und öffentliche Auftraggeber in der Vergabepraxis** (Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf).
- Engisch, K. (1930). **Untersuchungen über Vorsatz und Fahrlässigkeit im Strafrecht**, Scientia, Aalen.
- EU-OSHA - European Agency for Safety and Health at Work (2009). **The occupational safety and health of cleaning workers** (Luxemburg), doi: 10.2802/21855 S.
- Exner, M. und Popp, W. (2013). **Hygienekriterien für den Reinigungsdienst**. Hygiene Medizin 38, 152-157.
- Fifka, M. und Kraus, S. (2013). **Das mittlere Management – Rollenkonflikt, Leistungsdruck und Moral** (Dr. Jürgen Meyer Stiftung, Köln).
- Flick, U. (2004). **Zur Qualität qualitativer Forschung - Diskurse und Ansätze**. In: Qualitative Datenanalyse: computergestützt, Hrsg. Kuckartz, U., Grunenberg, H. und Lauterbach, A., Springer VS, Wiesbaden, S. 43-63.
- Floyd, S. W. und Wooldridge, B. (1997). **Middle management's strategic influence and organizational performance**. Journal of Management Studies 34, 465-485.
- Gather, C., Gerhard, U., Schroth, H. und Schürmann, L. (2005). **Vergeben und vergessen? Gebäudereinigung im Spannungsfeld zwischen kommunalen Diensten und Privatisierung**, VSA-Verlag, Hamburg.
- Gebert, D. (2004). **Dilemma-Management**. In: Handwörterbuch Unternehmensführung und Organisation, Hrsg. von Werder, A., Schäffer-Poeschel, Stuttgart, S. 195-204.
- Gilboa, S., Shirom, A., Fried, Y. und Cooper, C. (2008). **A meta-analysis of work demand stressors and job performance: Examining main and moderating effects**. Personnel Psychology 61, 227-271.
- Gioia, D. A. und Chittipeddi, K. (1991). **Sensemaking and sensegiving in strategic change initiation**. Strategic Management Journal 12, 433-448.
- Groeben, N. und Rustemeyer, R. (1995). **Inhaltsanalyse**. In: Bilanz qualitativer Forschung. Band II: Methoden, Hrsg. König, E. und Zedler, P., Deutscher Studien Verlag, Weinheim, S. 523-554.
- Groves, R. M., Fowler, F. J., Couper, M. P. J., Lepkowski, J. M., Singer, E. und Tourangeau, R. (2009). **Survey Methodology**, Bd. 2, John Wiley & Sons Inc., Hoboken, New Jersey.
- Hampel, E. (2003). **Perspektivwechsel**. Pflege 16, 297-303.

- Hapke, U., Maske, U. E., Scheidt-Nave, C., Bode, L., Schlack, R. und Busch, M. A. (2013). **Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland**. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 56, 749-754.
- Hasselhorn, H.-M., Müller, B. und Tackenberg, P. (2005). **Die Untersuchung des vorzeitigen Ausstiegs aus dem Pflegeberuf in Europa – die europäische NEXT-Studie**. In: Berufsausstieg bei Pflegepersonal, Hrsg. Hasselhorn, H.-M., Tackenberg, P. und Kümmerling, A. S., Wirtschaftsverlag NW, Bremen, S. 11-29.
- Hölterhoff, M., Edel, F., Münch, C. und Jetzke, T. (2011a). **Das mittlere Management im Krankenhaus - Verortung, Problemfelder und Lösungsansätze**. In Dr. Jürgen Meyer Stiftung (Köln).
- Hölterhoff, M., Edel, F., Münch, C. und Jetzke, T. (2011b). **Das mittlere Management: Die unsichtbaren Leistungsträger** (Dr. Jürgen Meyer Stiftung, Köln).
- Huy, Q. N. (2001). **In praise of middle managers**. Harvard Business Review 79, 72-79.
- Iseringhausen, O. und Ständer, J. (2012). **Das Krankenhaus als Organisation**. In: Handbuch Organisationstypen, Hrsg. Apelt, M. und Tacke, V., VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 185-204.
- Johnson, J. R., Emmons, H. C., Rivard, R. L., Griffin, K. H. und Dusek, J. A. (2015). **Resilience training: a pilot study of a mindfulness-based program with depressed healthcare professionals**. Explore 11, 433-444, doi: 10.1016/j.explore.2015.08.002.
- Jöns, I. und Schultheis, D. (2002). **Kontrolle als Prädiktor für das Erleben von Fusionsprozessen**. Mannheimer Beiträge zur Wirtschafts- und Organisationspsychologie 17, 31-41.
- Kane, R. L., Shamliyan, T., Mueller, C., Duval, S. und Wilt, T. (2007). **Nursing Staffing and Quality of Patient Care**. Evidence Report/Technology Assessment No. 151 *AHRQ Publication No. 07-E005*.
- Karasek, R. und Theorell, T. (1990). **Healthy work : Stress, productivity and the reconstruction of working life**, Basic Books, New York.
- Krzeslo, E., Lebeer, G. und De Troyer, M. (2014). **Workers' strategies to cope with increasing deterioration of working conditions in the cleaning sector**. Work 47, 463-471.
- Kuckartz, U. (2010). **Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten**, 3. Aufl., VS-Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 269 S. S.
- Kuhn, C. M. und Flanagan, E. M. (2017). **Self-care as a professional imperative: physician burnout, depression, and suicide**. Canadian Journal of Anesthesia 64, 158-168, doi: 10.1007/s12630-016-0781-0.

- Kuruüzüm, A., Anafarta, N. und Irmak, S. (2008). **Predictors of burnout among middle managers in the Turkish hospitality industry**. *International Journal of Contemporary Hospitality Management* 20, 186-198.
- Lion, B. (2008). **Dilemmata im universitären Alltag. Irritationen und Widersprüche im Spiegel von Gesellschaft und Organisation**, Rainer Hampp Verlag, München/Mering.
- Lohmann-Haislah, A. (2013). **Stressreport Deutschland 2012: Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden** (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund, Berlin, Dresden).
- Lohmer, M. (2006). **Lernen im Team. Die Balance zwischen Veränderung und Stabilität in psychosozialen Organisationen**. *Psychotherapeut* 51, 300-306, doi: 10.1007/s00278-005-0459-5.
- Lundqvist, D., Reineholm, C., Gustavsson, M. und Ekberg, K. (2013). **Investigating work conditions and burnout at three hierarchical levels**. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 55, 1157-1163, doi: 10.1097/JOM.0b013e31829b27df.
- Mache, S., Danzer, G., Klapp, B. und Groneberg, D. A. (2015). **An Evaluation of a Multicomponent Mental Competency and Stress Management Training for Entrants in Surgery Medicine**. *Journal of Surgical Education* 72, 1102-1108, doi: 10.1016/j.jsurg.2015.06.018.
- Mache, S. und Kordsmeyer, A. C. (2019). **Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben bei Klinikärzten: empirische Befunde und Gestaltungsansätze**. In: *Arbeiten im Gesundheitswesen. (Psychosoziale) Arbeitsbedingungen – Gesundheit der Beschäftigten – Qualität der Patientenversorgung*, Hrsg. Angerer, P., Gündel, H., Brandenburg, S., et al., ecomed Medizin, Landsberg, S. 319-329.
- Maio, G. (2012). **Ärztliche Hilfe als Geschäftsmodell? Eine Kritik der ökonomischen Überformung der Medizin**. *Deutsches Ärzteblatt* 109, 804-807.
- Manzei, A. (2014). **20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen: Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege**, Springer VS, Wiesbaden, Online-Ressource (VIII, 313 S. 7 Abb., 5 Abb. in Farbe, online resource) S.
- Mayring, P. (2010). **Qualitative Inhaltsanalyse**. In: *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*, Hrsg. Mey, G. und Mruck, K., Springer VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 601-613.
- Mayring, P. (2015). **Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken**, 12. Aufl., Beltz, Weinheim; Basel, 152 S.
- Mey, G. und Mruck, K. (2010). **Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie**, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, Online-Ressource (858S, digital) S.

- Meyer, J.-A. (2009). **Management-Fortbildung bei Ärzten: Meinungen, Nutzung und Pläne**, 1. Aufl., Josef Eul Verlag, Siegburg.
- Mintzberg, H. (1989). **Mintzberg on management: Inside our strange world of organizations**, Free Press, New York.
- Mintzberg, H. (2010). **Managen**, GABAL, Offenbach.
- Moreno, J. M. T., Bordas, C. S., Lopez, M. O. L., Peracho, C. V., Lopez, A. C. L., de Miguel, E. E. und Vazquez, L. B. (2010). **Research Descriptive study of stress and satisfaction at work in the Saragossa university services and administration staff**. *International Journal of Mental Health Systems* 4, 2-7, doi: 10.1186/1752-4458-4-7.
- Mullen, P. R., Morris, C. und Lord, M. (2017). **The Experience of Ethical Dilemmas, Burnout, and Stress Among Practicing Counselors**. *Counseling and Values* 62, 37-52, doi: 10.1002/cvj.12048.
- Nagel, E. (2011). **Wir weisen täglich ein bis zwei schwerkranke Patienten ab**. *Frankfurter Allgemeine Zeitung (F.A.Z.) Sonntagszeitung*.
- Nedrow, A., Steckler, N. A. und Hardman, J. (2013). **Physician resilience and burnout: can you make the switch?** *Family Practice Management* 20, 25-30.
- Nerdinger, F. W. (2019). **Führung von Mitarbeitern**. In: *Arbeits- und Organisationspsychologie*, Hrsg. Nerdinger, F. W., Blickle, G. und Schaper, N., 4. Aufl., Springer, Berlin, Heidelberg, S. 95-117.
- Nyberg, A., Alfredsson, L., Theorell, T., Westerlund, H., Vahtera, J. und Kivimäki, M. (2009). **Managerial leadership and ischaemic heart disease among employees: the Swedish WOLF study**. *Occupational and Environmental Medicine* 66, 51-55, doi: 10.1136/oem.2008.039362.
- Pangert, B. und Schüpbach, H. (2011). **Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Führungskräften auf mittlerer und unterer Hierarchieebene**. In: *Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*, Hrsg. Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., et al., Springer, Berlin, Heidelberg, S. 71-79.
- Pisljar, T., van der Lippe, T. und den Dulk, L. (2011). **Health among hospital employees in Europe: A cross-national study of the impact of work stress and work control**. *Social Science & Medicine* 72, 899-906.
- Preisendörfer, P. (1985). **Verantwortung im Betrieb**, Leske Verlag + Budrich GmbH, Opladen.
- Reimer, C., Jurkat, H. B., Mullen, B. und Stetter, F. (2001). **Zur Problematik der Suchtgefährdung von berufstätigen Medizinern**. *Psychotherapeut* 46, 376-385, doi: 10.1007/s00278-001-0185-6.
- Reimer, C., Trinkaus, S. und Jurkat, H. B. (2005). **Suizidalität bei Ärztinnen und Ärzten**. *Psychiatrische Praxis* 32, 381-385, doi: 10.1055/s-2005-866903.

- Schmid, B. und Hipp, J. (1998). **Macht und Ohnmacht in Dilemmasituationen.** Wiesloch: Studienschriften des Instituts für systemische Beratung Nr. 24.
- Schmid, B. und Jäger, K. (1986). **Zwickmühlen oder: Wege aus dem Dilemmazirkel.** Zeitschrift für Transaktionsanalyse 3, 5-16.
- Schmitz, C. und Berchtold, P. (2009). **Managing Professionals - Führung im Krankenhaus.** In: Vernetzung im Gesundheitswesen - Wettbewerb und Kooperation, W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, S. 167-222.
- Schnoor, J., Heyde, C.-E. und Ghanem, M. (2015). **Ethical challenges for medical professionals in middle manager positions: a debate article.** Patient Safety in Surgery 9, 1-7, doi: 10.1186/s13037-015-0073-6.
- Schönenberger, M. (2005). **Strategisches Management im Krankenhaus.** Schweizerische Ärztezeitung 9, 562-573, doi: <https://doi.org/10.4414/saez.2005.11066>.
- Schult, T. M., Mohr, D. C. und Osatuke, K. (2018). **Examining burnout profiles in relation to health and well-being in the Veterans Health Administration employee population.** Stress and Health 34, 490-499.
- Schwarz, R. (2009). **Supervision in der Pflege. Auswirkungen auf das professionelle Handeln Pflegender,** Springer VS, Wiesbaden.
- Sherman, G. D., Lee, J. J., Cuddy, A. J. C., Renshon, J., Oveis, C., Gross, J. J. und Lerner, J. S. (2012). **Leadership is associated with lower levels of stress.** Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 109, 17903-17907, doi: 10.1073/pnas.1207042109.
- Siegrist, J. (1996). **Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions.** Journal of Occupational Health Psychology 1, 27-41, doi: 10.1037/1076-8998.1.1.27.
- Simon, F. B. (2015). **Einführung in die systemische Organisationstheorie,** 5. Aufl., Carl-Auer Verlag, Heidelberg.
- Sokolovic, E., Riederer, F., Szucs, T., Agosti, R. und Sándor, P. S. (2013). **Self-reported headache among the employees of a Swiss university hospital: prevalence, disability, current treatment, and economic impact.** The journal of Headache and Pain 14, 29, doi: 10.1186/1129-2377-14-29.
- Sood, A., Prasad, K., Schroeder, D. und Varkey, P. (2011). **Stress Management and Resilience Training Among Department of Medicine Faculty: A Pilot Randomized Clinical Trial.** Journal of General Internal Medicine 26, 858-861, doi: 10.1007/s11606-011-1640-x.
- Stahl, H. K. (1997). **Die vernachlässigten Kompetenzen des mittleren Managements. Eine Betrachtung aus verschiedenen Perspektiven.** Zeitschrift Führung und Organisation 66, 264-271.

- Stahl, H. K. (2004). **Stützen des Unternehmens**. Harvard Business Manager 4, 24-35.
- Steinke, I. (2017). **Gütekriterien qualitativer Forschung**. In: Qualitative Forschung: Ein Handbuch, Hrsg. Flick, U., von Kardorff, E. und Steinke, I., Rowohlt Taschenbuch Verlag, Hamburg, S. 319-331.
- Stretch, D. und Marckmann, G. (2010). **Wird in deutschen Kliniken rationiert oder nicht?** Deutsche Medizinische Wochenschrift (DMW) 135, doi: 10.1055/s-002-21207.
- Tourangeau, R. und Yan, T. (2007). **Sensitive Questions in Surveys**. Psychological Bulletin 133, 859-883, doi: 10.1037/0033-2909.133.5.859.
- Townsend, E. (1998). **Good Intentions OverRuled - A Critique of Empowerment in the Routine Organization of Mental Health Services**, University of Toronto Press, Toronto Buffalo London.
- Tracy, L. (1993). **Conflict and divided loyalty: A fundamental leadership dilemma**. American Journal of Business 8, 21-28.
- Trompenaars, F. (2012). **Raus aus der Dilemma-Falle: Wie Manager lernen Gegensätze zu versöhnen**. Wirtschaft + Weiterbildung 7/8, 18-23.
- Van der Doef, M. und Maes, S. (1999). **The job demand-control (-support) model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research**. Work & Stress 13, 87-114.
- Vaz, K., McGrowder, D., Crawford, T., Alexander-Lindo, R. und Irving, R. (2010). **Prevalence of injuries and reporting of accidents among health care workers at the University Hospital of the West Indies**. International journal of occupational medicine and environmental health 23, 133-143, doi: 10.2478/v10001-010-0016-5.
- Veith, T. (2002) **Kollegiale Beratung und Lernkulturentwicklung**. Magisterarbeit, Ruprecht-Karls-Universität.
- ver.di (n.d.). **Servicegesellschaften** (
- Vera, A. (2009). **Die „Industrialisierung“ des Krankenhauswesens durch DRG-Fallpauschalen – eine interdisziplinäre Analyse**. Das Gesundheitswesen 71, doi: 10.1055/s-0028-1102941.
- Von Eiff, W. (2000). **Personalmanagement in deutschen Krankenhäusern Führungsdefizite behindern Organisation und Mitarbeiterengagement**. HNO 48, 773-776.
- Walgenbach, P. (1994). **Mittleres Management: Aufgaben, Funktionen, Arbeitsverhalten**, Gabler, Wiesbaden.
- Walter, A. D. (2016). **Mittleres Management-Schlüssel zum Unternehmenserfolg: Leitfaden zur Führung, Förderung und Beratung des "Sandwichmanagements"**, Springer Gabler, Wiesbaden.

- Weyrer, M. (1998). **Ändert sich das mittlere Management?** *Hernsteiner 11*, 6-9.
- Wieser, D. (2014). **Mittlere Manager in Veränderungsprozessen: Aufgaben, Belastungsfaktoren, Unterstützungsansätze**, Springer Gabler, Wiesbaden.
- Wieteck, P. (2005). **Zur Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit im Kontext der DRG.** *Pflege & Gesellschaft 10*.
- Wilde, B., Dunkel, W., Hinrichs, S. und Menz, W. (2009). **Gesundheit als Führungsaufgabe in ergebnisorientiert gesteuerten Arbeitssystemen.** In: Fehlzeiten-Report 2009 Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft, Hrsg. Badura, B., Schröder, H., Klose, J., et al., Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S. 148-156.
- Zuberi, D. (2013). **Cleaning up: How hospital outsourcing is hurting workers and endangering patients**, Cornell University Press, Ithaka, NY.
- Zwack, J. und Bossmann, U. (2017). **Wege aus beruflichen Zwickmühlen: Navigieren im Dilemma**, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Zwack, J. und Schweitzer, J. (2009). **Bausteine systemischer Führungskräfte trainings.** *Organisationsberatung, Supervision, Coaching 16*, 399-411, doi: 10.1007/s11613-009-0165-1.
- Zydzianaite, V. und Suominen, T. (2014). **Leadership styles of nurse managers in ethical dilemmas: Reasons and consequences.** *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession 48*, 150-167, doi: 10.5172/conu.2014.48.2.150.

EIGENANTEIL AN DATENERHEBUNG UND -AUSWERTUNG

Diese Arbeit wurde im Rahmen des BMBF geförderten Projektes „Seelische Gesundheit am Arbeitsplatz Krankenhaus (SEEGEN) im Teilprojekt „Dilemma-Kompetenz mittlerer Führungskräfte in Krankenhäusern (Projektleitung: Prof. Dr. Jochen Schweitzer; drittmittelgeförderte Projektmitarbeiterinnen: Marieke Born, M.Sc. Psych., Antonia Drews, M.Sc. Psych.) durchgeführt.

Alle Einzelinterviews mit den mittleren Führungskräften und alle Fokusgruppeninterviews mit Mitarbeitenden ohne Führungsverantwortung sowie der Leitungsebene wurden von Antonia Drews und Marieke Born nach einem von beiden entwickelten Interviewleitfaden durchgeführt.

Ich, Meike Arend, habe alle Einzelinterviews mit [N = 36, mittlere Führungskräfte aus den Bereichen Service, Verwaltung, Stationsleitungen sowie Funktionsleitungen] transkribiert und innerhalb regelmäßiger Treffen mit einer Arbeitsgruppe gemeinsam mit Antonia Drews, M.Sc. Psych., Marieke Born, M.Sc. Psych. und Marlen Pfisterer ein inhaltsanalytisches Kategoriensystem entwickelt und validiert. Auf Basis dieses Kategoriensystems habe ich anschließend alle Einzelinterviews [N = 31] entsprechend kodiert. Die Interrater-Reliabilitätsbestimmungen habe ich im Tandem mit Marlen Pfisterer in 2 Durchgängen durchgeführt.

Alle Teile der vorliegenden Arbeit zu Theorie, Methoden, Ergebnisse sowie Diskussion wurden von mir eigenständig erstellt. Auch orientiert sich die Arbeit an eigens entwickelten Fragestellungen:

1. Wie erleben mittlere Führungskräfte aus den Berufsgruppen der pflegerischen Stationsleitungen, Funktionsleitungen sowie Service und Verwaltung Dilemmata nach dem Dilemmakompetenztraining?
2. Welche Strategien haben oben genannte Berufsgruppen nach dem Training im Umgang mit Dilemmasituationen?
3. Welche Wirkfaktoren haben zu einer Veränderung bei den Teilnehmern in Bezug auf Umgang und Erleben von Dilemmasituationen geführt?

Um den Datenschutz der Studienteilnehmenden zu gewährleisten, wurden aufgrund der leichten Identifizierbarkeit der ProbandInnen Aussagen in den von mir ausgewählten Textvignetten eigens verfremdet.

ANHANGSVERZEICHNIS

A1 Interviewleitfaden.....	XIX
A2 Transkriptionsleitfaden.....	XXVI
A3 Legende Transkriptionszeichen.....	XXVII
A4 Kategoriensystem.....	XXVIII

A1: Interviewleitfaden

Interviewleitfaden – Einzelinterview nach Beendigung des Trainings

Einführung

Schön, dass ich die Möglichkeit bekomme, Sie noch einmal zu einem persönlichen Abschlussgespräch nach dem Dilemma-Kompetenztraining zu treffen. Dieses Gespräch wird maximal 30-40 Minuten dauern.

Ich würde mit Ihnen heute gerne darüber sprechen, **was das Training bei Ihnen verändert** hat, d.h. was heute anders ist als vor dem Training. Dabei ist es für mich hilfreich, wenn Sie ein **realistisches** Bild davon berichten, wie es für Sie heute ist.

Mir ist wichtig, Ihnen noch einmal zu sagen: **Sie können hier offen sprechen** – wir, also das gesamte Dilemma-Kompetenz-Team, unterstehen der **Schweigepflicht und dieses Gespräch ist vertraulich**. Alles, was Sie hier sagen, erfahren nur wir als Forschungsteam und wir als Trainer*innenteam, nicht aber Ihre Arbeitskolleg*innen oder Ihre Vorgesetzten.

Damit uns nichts Wichtiges von Ihren Aussagen entgeht und damit es uns möglich ist, im Nachhinein noch einmal gezielt nachhören zu können, was gesagt wurde, – *Sie kennen das Spiel schon* – **werden wir dieses Gespräch zusätzlich aufzeichnen**. Anhand der Tonbandaufnahme wird das Gespräch im Nachgang transkribiert, also verschriftlicht.

Es geht uns hierbei nicht um die Aussagen von Ihnen als Frau/Herr..., sondern darum, unterschiedliche Stimmen aus der Runde der mittleren Führungskräfte zusammenfassen zu können.

Das Ganze dient dem Forschungsprojekt und dabei geht es uns im Großen und Ganzen ja darum, zu beforschen, **welche Maßnahmen und Strategien Menschen im Krankenhaus dabei helfen, gesund zu bleiben**.

1) Einstieg: „äußere“ Veränderungen in der Organisation / Arbeitsposition

- Hat sich an Ihrer beruflichen Position im GRN-Kontext etwas geändert?
- Arbeiten Sie noch an derselben Stelle wie zu Beginn des Trainings?

2) Was machen Sie heute anders?

Es ist ja viel Zeit vergangen, seit dem Start des Trainings. Da ist bestimmt – auch abseits des Trainings, z.B. bei Ihnen privat aber auch beruflich – einiges passiert. Wir gehen also nicht davon aus, dass heute allein wegen des Trainings alles anders ist. Mich würde aber interessieren: An welchen „Stellschrauben“ im Alltag merken Sie, dass Sie das Training besucht haben?

a) Offene Frage:

- Um mit Dilemmasituationen umzugehen: Was machen Sie heute anders?

- Was tun Sie heute, wenn sie versuchen mit der Dilemmasituation umzugehen?
 - Worüber denken Sie dabei nach, wenn Sie versuchen mit dem Dilemma umzugehen?
 - Welche Fragen stellen Sie sich? Was machen Sie sich bewusst?
- *[Weiter eruieren]:* Was noch?
 - **Skalierungsfrage:** Wie sehr hat sich da etwas verändert? *[Skalierungsvorlage zeigen]*
1: gar nichts – 10: sehr viel

Im Hinblick auf Ihren Umgang mit dem Dilemma im beruflichen Alltag:

Wie sehr hat sich bei Ihnen etwas verändert?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
gar nichts									sehr viel

- *(mögliche, weiterführende Frage):* Wie unterscheidet sich Ihre Reaktion von Ihrem Erstreflex? Woran würde ich als Beobachterin erkennen, dass sich etwas verändert hat (z.B. auf Verhaltensebene)?

b) Abfrage: Vergleich zwischen Bewältigungsstrategien zum Zeitpunkt vor Beginn des Trainings und heute

Dilemma-Recap: Das Dilemma, das Sie uns im Prä-Interview geschildert haben, bestand ja daraus ... (geschildertes Dilemma aus Prä-Interview in einem Satz wiederholen).

Strategie-Recap: Sie haben berichtet, dass Sie dann vor allem ... (geschilderte Bewältigungsstrategien aus Prä-Interview in zwei Sätzen wiederholen) tun.

Hat sich daran etwas verändert?

(Wenn eine Antwort schwer fällt/keine Antwort möglich ist bzw. wenn die Person nur selten am Training teilgenommen hat: Was machen Sie heute anders als vor 12 Monaten, als wir uns zum Prä-Interview gesehen haben?)

3) Dilemmaerleben: Wie geht es Ihnen damit heute?

Wenn Sie sich noch einmal zurück an die Zeit vor dem Training erinnern:

- Wie geht es Ihnen heute, wenn Ihnen eine Dilemmasituation begegnet?
- Welche **Gedanken und Gefühle** kommen da so bei Ihnen auf?

4) Wirksamkeitsmechanismen: Wie erklären Sie sich das?

a) Auf Bewältigungsstrategien / Trainingsinhalte bezogen:

- Sie haben nun einige Strategien berichtet, die für Sie besonders hilfreich waren. Was ist dadurch nun anders im Berufsalltag, wenn Sie es mit Dilemmasituationen zu tun haben?
- Was konnte das Training dazu beitragen, dass Ihnen heute in Dilemmasituationen ... (*aufgreifen dessen, was heute anders ist*) besser gelingt?
- Wie erklären Sie sich, dass das Training hierbei geholfen hat?

b) Auf das Erleben bezogen:

- Wie erklären Sie sich, dass es Ihnen heute anders geht? Was denken Sie, hat das Training bewirkt, warum Sie heute ... (*Andersartigkeit des Erleben zusammenfassen*) sind?

c) Was am Setting / an den Rahmenbedingungen des Trainings / an unserer Gestaltung des Trainings hat Ihnen geholfen?

- Was war methodisch hilfreich für Sie?
(Zur Anregung: Waren es eher Diskussionen, Partnerübungen, Demonstrationen im Plenum, Beispiele der TrainerInnen?)
- Was genau daran war hilfreich?
- Wie hat Ihnen das ... (*wiederholen, was hilfreich war*) geholfen, heute besser mit Dilemmata umzugehen?

5) Auswirkungen auf Umwelt / Organisation:

- Was glauben Sie, haben die anderen hier davon, dass Sie einen besseren Umgang mit Dilemmasituationen gelernt haben? Ich denke z.B. an Ihren Chef, Ihre Mitarbeitenden oder andere hier im Krankenhaus, vielleicht sogar das Krankenhaus im Ganzen.
- Stellen Sie sich vor, sie kommen demnächst wieder in ein Dilemma und wenden etwas von dem, was Sie im Training gelernt haben, an: Was denken Sie wird dadurch für andere hier leichter? Woran merken die anderen, dass es anders ist?

6) Nebenwirkungen:

- Sie haben jetzt beschrieben, dass manches wirklich besser geworden ist, nachdem sie das Training besucht haben: **Was ist schlechter geworden?**
- Gab es Entwicklungen in Interaktionen mit Kolleg*innen im Berufsalltag beispielsweise, die durch das Training bedingt sind, die Sie eher negativ empfinden?

7) Hemmnisse:

a) Gruppendynamik (z.B. Vertrauen in die Gruppe)

- Was ist Ihnen schwer gefallen am Training-Setting – also, wenn sie da so saßen, mitgedacht und mitgemacht haben?

- Wenn Sie daran denken, dass Sie im Seminar ja mit anderen Kolleg*innen zusammensaßen, gab es da etwas, was Sie im Hinblick auf das Miteinander nicht überrascht hat?
- (**Hilfestellung anbieten:** Ich stelle es mir herausfordernd vor, in einem bunt durchmischten Seminar zu sitzen und dort über vertrauliche und sehr persönliche Dinge zu sprechen. Wie war das für Sie?)

b) Inhaltsvermittlung (Komplexität des Inhalts, Jargon der Trainerinnen...)

- Was ist Ihnen schwer gefallen bei dem, was wir so gesagt haben?
- Wie erging es Ihnen mit den Übungen ?
- Welche Methoden waren weniger nützlich für Sie?
(Zur Anregung: Waren es eher Diskussionen, Partnerübungen, Demonstrationen im Plenum, Beispiele der TrainerInnen?)
- Wovon hätte es mehr / weniger gebraucht, damit es für Sie hilfreich gewesen wäre?

Wenn kaum oder keine Antworten gegeben werden:

Wir fragen uns zum Beispiel, ob Faktoren wie ...

- das Vertrauen in der Gruppe (z.B. ob es sich riskant angefühlt hat, Dinge anzusprechen),
- der Inhalt, was wir erzählt haben oder die Art und Weise, wie wir als Kursleitung gesprochen haben (z.B. mit komplizierten Sätzen oder Fachwörtern),
- generelles Unbehagen dabei, etwas von sich preis zu geben,

einen Einfluss hatten.

c) Nicht-Teilnahme

- Wenn Sie mal nicht kommen konnten:
Was waren Gründe dafür? Wie kann ich mir das vorstellen?
- Wenn Sie die Hausaufgaben nicht gemacht haben:
Was waren Gründe dafür? Wie kann ich mir das vorstellen?

8) Dilemmakonstruktion & Herangehensweise:

Mich würden nun zwei Dinge interessieren. Zu beiden lege ich Ihnen gleich eine Skala von 1 bis 10 vor (1 bedeutet, dass es gar nicht zutrifft; 10 heißt: Das trifft's genau!). Vielleicht hilft Ihnen diese Skala, sich zu verorten.

a) Zur Konstruktion von Dilemmata [Skalierungsvorlage zeigen]

Dilemmata sind charakterisiert durch bestimmte Merkmale. Das haben wir ja in den Seminaren ausführlich besprochen. Aber nicht jeder/jede empfindet Dilemmata gleich. Wie ist bei Ihnen: Welches Merkmal dringt besonders zu Ihnen durch?

Auf einer Skala von 1 – 10:

... dass Sie es nicht allen rechtmachen können? (-> soziale Verstrickung)

... dass es unmöglich scheint, eine richtig stimmige Lösung zu finden? (-> logische Unmöglichkeit)

Wenn Sie an Ihr Dilemma denken: Was ist für Sie das Besondere an dieser Situation?

Das Besondere am Dilemma ist für mich, dass ich es nicht allen rechtmachen kann.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Trifft überhaupt nicht zu									Stimmt genau

Wenn Sie an Ihr Dilemma denken: Was ist für Sie das Besondere an dieser Situation?

Das Besondere am Dilemma ist für mich, dass es unmöglich scheint, eine richtig stimmige Lösung zu finden.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Trifft überhaupt nicht zu									Stimmt genau

b) Herangehensweise an und Erleben von Dilemmata [Skalierungsvorlage zeigen]

Ich könnte mir vorstellen, dass es unterschiedliche Herangehensweisen an eine herausfordernde Entscheidungssituation gibt.

Auf einer Skala von 1 – 10:

... Wie sehr erleben Sie solche herausfordernden Entscheidungssituationen als Belastung?

... Wie sehr als Herausforderung, der Sie sich gerne stellen?

Es gibt unterschiedliche Herangehensweisen an ein Dilemma.

Wie sehr erleben Sie Dilemmata – und damit verbundene herausfordernde Entscheidungssituationen – als Belastung?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Trifft überhaupt nicht zu									Stimmt genau

Es gibt unterschiedliche Herangehensweisen an ein Dilemma.

Wie sehr erleben Sie Dilemmata – und damit verbundene herausfordernde Entscheidungssituationen – als Herausforderung, der Sie sich gerne stellen?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Trifft überhaupt nicht zu									Stimmt genau

9) Gender/Profession

Im Hinblick darauf,

a) wie Sie Dilemmata wahrnehmen und

b) wie Sie Dilemmata bewerten ... also eher als Belastung oder Herausforderung

...

- Glauben Sie, das geht Kolleg*innen anderer Berufsgruppen ähnlich/anders?
- Meinen Sie, das ist typisch für Ihre eigene Berufsgruppe?
- Mich interessiert Ihre Einschätzung: Glauben Sie, Sie beschreiben und erleben Dilemmasituationen anders als Ihre weiblichen/männlichen Kolleg*innen?

Wir haben uns gefragt, ob vielleicht ...

- **(bei Frauen):**
Frauen sich tendenziell mehr Gedanken um Beziehungen machen. Das könnte zur Folge haben, dass Sie es als besonders schwer empfinden, im Dilemma eine Entscheidung zu treffen – weil ja Gefahr besteht, dass Sie mit dieser Entscheidung andere, die in die Entscheidung involviert sind, verärgern könnten.
Wie ist das bei Ihnen als Frau?
- **(bei Männern):**
Männer Dilemmasituationen eher aus einer „logisch“, ja fast „mathematischen“ Sichtweise betrachten. Dabei könnte das Augenmerk eher darauf liegen, eine gute Lösung zu finden – unabhängig davon, wie die Lösung vielleicht das Umfeld (Ihre Mitarbeitenden, Ihren Chef, Ihre Kolleg*innen) verärgern könnte.
Wie ist das bei Ihnen als Mann?

Zusätzliche Fragen bei Personen mit sehr geringer Teilnahmequote (max. 2-3 Module)

a) Grund der seltenen Teilnahme:

- Sie haben von 8 Modulen nur 2 / 3 Module besuchen können. **Woran lag es?**
- Was noch?
- Gab es unterschiedliche Gründe? Oder gab es einen Hauptgrund?

- Ich habe mich gefragt, ob Sie auch eher weniger Priorität auf die Teilnahme gelegt haben. Dabei bin ich mir sicher, dass Sie das für sich gut entschieden haben. Mich würde interessieren, weshalb es so sinnvoll war, wie Sie es gemacht haben?

b) Kritik/Verbesserungswünsche:

- Was war nicht hilfreich für Sie?
- Gibt es etwas, das wir in Zukunft anders machen könnten?

A2: Transkriptionsleitfaden

Grundregeln

- Grundsätzlich wird alles Gesagte aufgeschrieben. Das kann u.U. sehr lästig sein (wenn z.B. Sätze oft sinnlos begonnen und wieder abgebrochen werden, viele Füllwörter durcheinander benutzt werden usw.), es darf aber i.d.R. trotzdem *nichts* davon *gekürzt oder weggelassen* werden!
- Ggf. Übersetzung in akzentfreies Hochdeutsch
 - o Geht's → geht es
 - o Koofen → kaufen usw.
- Abkürzungen dürfen genutzt werden (usw., bzw. i.d.R. etc.)
- Wird der Redefluss unterbrochen, wird die Pause in Sekunden angegeben (s. Legende Transkriptionszeichen)
- Emotionalität, sonstige Lautäußerungen, wichtige Aktionen und Unterbrechungen werden in runden Klammern deskriptiv dargestellt: (lacht), (weint), (stottert), (atmet aus), (seufzt), (legt Dilemmakärtchen vor), (schlägt auf den Tisch), (Telefon klingelt) usw.
- Zitate oder „Mottos“ werden in Anführungszeichen gesetzt
 - o I: Da sagt er zu mir „Sie bleiben heute länger“ und geht.
 - o I: Also denke ich „Wollen die mich eigentlich für dumm verkaufen?“
 - o I: So frei nach dem Motto „Mit dem Auto fahre ich nicht“
- Zeitgleiches Reden: Einsatz des Unterbrechenden in runden Klammern vermerken (XX spricht), Gesagtes in nächster Zeile in eckigen Klammern vermerken (nur soweit sich das Gesagte auch überschneiden hat)
 - I: Und das macht mich traurig. (XX spricht) Und das war ja auch nicht nur einmal.
 - XX: [Diese Ungerechtigkeit oder was meinen Sie?] Können Sie darauf noch genauer eingehen?
 - I: Ja, also (..)
- Unverständliches mit (unv., min:sek) kennzeichnen. Solltet ihr eine Vermutung haben, was gesagt wurde, dies bitte mit euren Initialen in der Klammer vermerken und gelb unterlegen (unv., min:sek, Vermutung XX: Riesenproblem), den Interviewer zeitnah darauf ansprechen und ergänzen lassen
- Schäden der Tonbandspur immer vermerken und melden
- Schema der Benennung der Transkripte:
Transkript_Ort_Datum_XX (deine Initialen)_Berufsgruppe Interviewee_
Pseudonym
Bsp.: Transkript_Schwetzingen_08.03.18_LB_OA_XY321

- An Seitenzahlen denken
- Wenn der Interviewer nach Organisatorischem fragt, das zur problemlosen Teilnahme des Probanden an den Trainings noch nötig ist, kann die Transkription eingestellt werden (Erwartungen / Wünsche an das Training werden noch transkribiert)

Weglassen von Gesagtem

- „ähhs“ und „ähms“ dürfen ausgelassen werden, wenn sie zur Aufrechterhaltung des Redeflusses dienen und keinen Sinn beinhalten (anders z.B. ein zustimmendes / fragendes „Hm“)
- Worte, die – um den Redefluss aufrecht zu erhalten – doppelt gesagt wurden, dürfen weggelassen werden, wenn sie dadurch den Sinn / den getragenen Inhalt nicht verändern (im Zweifel lieber einfach mitschreiben)

Hinzufügen von Ausgelassenem

- Werden Worte weggelassen, die ein flüssiges Lesen behindern, werden diese ergänzt und durch doppelte eckige Klammern kenntlich gemacht. [[Beispiel]] Diese dürfen die Bedeutung des Gesagten nicht beeinflussen!
 → „So ist das leider, wenn man mit seiner Arbeit überfordert...“ [[ist]]
 → „Ich habe keinen Ausweg mehr...“ [[gesehen, gewusst, gehabt, erkannt o.ä.]] darf *nicht* ergänzt werden, weil die Optionen unterschiedliche Bedeutungen beinhalten

A3: Legende Transkriptionszeichen

(Beispiel)	Emotion, Aktion oder Unterbrechung
[Beispiel]	Start- und Endpunkt von gleichzeitig Gesagtem
[[Bsp]]	Einfügen von Ausgelassenem
(...)	Pause: 1 – 3 Sekunden → entsprechende Anzahl an Punkten > 3 Sek. → Zahl (Dauer der Pause in Sekunden)
Beisp-	Abruptes Anhalten oder Unterbrechung einer Äußerung
>Beispiel<	Beschleunigtes Sprechen
<Beispiel>	Langsames, gedehntes Sprechen
<u>Beispiel</u>	Besondere Betonung
°Beispiel°	Start- und Endpunkt von Geflüstertem
BEISPIEL	Schreien
(unv., min:sek)	Unverständliches; Bsp.: (unv., 17:24, Vorschlag XX: Riesenproblem?)

A4: Kategoriensystem

Ober-kategorie	Unter-kategorie	Definition	Beispiel
Global-eindruck Veränderung		Diese Kategorie wird am Pseudonym kategorisiert, nachdem man das ganze Interview ganz durchgearbeitet hat.	
	ja	Die Raterin gewinnt den Globaleindruck, dass sich für die Person etwas verändert hat.	<i>Diese Unterkategorie wurden nach dem impliziten Eindruck des gesamten Interviews am Pseudonym codiert.</i>
	eher ja	Die Raterin gewinnt den Globaleindruck, dass sich für die Person schon eher etwas verändert hat.	<i>Diese Unterkategorie wurden nach dem impliziten Eindruck des gesamten Interviews am Pseudonym codiert.</i>
	eher nein	Die Raterin gewinnt den Globaleindruck, dass sich für die Person eher nichts verändert hat.	<i>Diese Unterkategorie wurden nach dem impliziten Eindruck des gesamten Interviews am Pseudonym codiert.</i>
	nein	Die Raterin gewinnt den Globaleindruck, dass sich für die Person nichts verändert hat.	<i>Diese Unterkategorie wurden nach dem impliziten Eindruck des gesamten Interviews am Pseudonym codiert.</i>
Textstellen: Veränderung explizit		Die Person sagt, dass sich ihr Umgang mit Dilemmasituationen schon verändert hat, aber nicht sonderlich stark.	<i>Oberkategorie, daher nicht separat codiert.</i>
	ja	Die Person sagt explizit, dass sich ihr Umgang mit Dilemmasituationen verändert hat.	"Aber es hat mir schon was gebracht." (op1516)
	eher ja	Die Person sagt, dass sich ihr Umgang mit Dilemmasituationen schon verändert hat, aber nicht sonderlich stark.	"MB: [...] konnten Sie da vom Training was mitnehmen oder hatte das eigentlich nicht so einen Zusammenhang? I: (.) Ich denke teils teils." (st1920)
	eher nein	Die Person sagt, dass sich ihr Umgang mit Dilemmasituationen eher nicht verändert hat, aber verneint die Veränderung nicht.	"Ich kann es jetzt bewusst gar nicht sagen, ob ich was anders mache." (bd24)
	nein	Die Person sagt explizit, dass sich ihr Umgang mit Dilemmasituationen nicht verändert hat.	"MB: Machen Sie da heute noch irgendwas anders als (.) vor zwölf Monaten oder elf Monaten oder- I: Ne" (ux2124)
Positions- veränderung		Der Code "Positionsveränderung" - "Ja" wird vergeben, wenn eine Person beschreibt, dass sich etwas an ihrer Person in der Organisation verändert hat. (z.B. Organisation gewechselt; von Stellvertretung zu Leitung gewechselt etc.) Wird keine Veränderung der Position beschrieben, oder das Thema nicht behandelt, wird die Unterkategorie "nein" vergeben.	

ja		"MB: Frau B., bei Ihnen hat sich ja tatsächlich was an Ihrer Position verändert? I: Ja. MB: Sie sind in einem neuen Krankenhaus? I: Genau. " (ad14)
nein		"Ne, hat sich nichts verändert. Weiterhin Stellvertretung von der P." (xz2426)
Veränderung auf Organisations-ebene	Person beschreibt, dass es zu bedeutsamen strukturellen/personellen Veränderung innerhalb der Organisation gekommen sei (z.B. Chefwechsel, KollegInnen Rotation, mehr/weniger Personal), ohne dass sich ihre/seine Position verändert hat	"Gott sei Dank haben wir die letzten Monate gut aufgestockt mit Leuten, auch auf Station" (df46)
Reflexhafte Umgangsstrategien	Reflexhafte Umgangsstrategien sind solche Strategien, die ohne Reflexion als Erstreaktion auf eine Situation folgen, (und eine Abwärtsdynamik wahrscheinlicher machen.) Entscheidend ist nicht, wie lange der Prozess des Reaktion Auswählens dauert. Das Reflexartige äußert sich dadurch, dass die Person Auswirkungen und Vor- und Nachteile dieser Reaktion nicht bewusst abgewogen hat.	
Selbstregulation	Die Person beschreibt Verhalten, was sie unbewusst zur Regulation nutzt, z.B. unkontrolliertes Essen oder Medienkonsum.	<i>In dieser Unterkategorie ist keine Codierung vorhanden.</i>
Prinzipienentscheidung	Die Person beschreibt, dass sie strikt nach Prinzipien entscheidet, die für sie als nicht verrückbare Wahrheiten immer gelten und eingehalten werden, wie z.B. strikt nach Vorschriften zu handeln.	"Und ich bin jemand, der wo, sobald er Papier findet, der heftet das sofort da rein, wo es rein gehört." (sv1922)
Das Unmögliche ermöglichen	Die Person beschreibt, dass sie alles weiterhin möglich machen möchte, obwohl klar ist, dass es nicht möglich ist - z.B. noch schneller / länger arbeiten, weil die Zeit zu knapp ist für all die Aufgaben; die Dinge noch einmal umorganisieren, in der Hoffnung, dass es doch noch möglich wird alles zu schaffen, obwohl die Ressourcen zu knapp sind.	"Dann denke ich da schon manchmal darüber nach. Versuche dann doch irgendwie und-" (uw2123)
Emotionsausbruch / Emotionsverschleierung	Die Person beschreibt, dass es in der Dilemma-Situation akut zu emotionalen Reaktionen ihrerseits kommt, z.B. Wutanfälle, Weinen, die "Wut	"Ja die Belastung, die verdränge also ich verdränge die dann immer wieder." (qr1718)

	runterschlucken", sich zurückziehen (nicht zynisch).	
Zynischer Rückzug / Resignation	Die Person beschreibt, dass sie die Dilemma-Situation aus Trotz oder Resignation verlässt.	"Das Einzige, was ich machen kann, ist mich selber rauszuhalten. Weil alles andere ist (.) irgendwie zwecklos." (rt1829)
Entscheidungsvermeidung	Die Person beschreibt, dass sie die Entscheidung zwischen den Handlungsoptionen immer wieder aufschiebt.	<i>In dieser Unterkategorie ist keine Codierung vorhanden.</i>
Abgrenzung / Entsolidarisierung	Die Person grenzt sich klar von anderen Personen im Dilemma ab. Es kann z.B. zu Versagen von Hilfe oder Beschwerde bei Vorgesetzten über andere kommen. In diese Kategorie werden auch Aussagen codiert, wenn eine Person als Lösungsversuch wählt, mit der Konfliktpartei nicht mehr zu sprechen. Hiermit sind auch Strategien gemeint, die in der Abwertung anderer am Dilemmabeteiligter bestehen (z.B. Dämonisieren).	"[...] aber was ja eben auch glaube ich daraus entspringt, dass ich eben einfach distanzierter bin. Dass ich mich in viele Dinge einfach, wie ich schon gesagt habe, dass es mich einfach- dass ich sage es ist „not my business“ oder ja." (rt1820)
Bewusst gewählte Umgangsstrategien	Bewusst gewählte Umgangsstrategien sind solche Strategien, für die man sich nach Reflexion entschieden hat (und eine Aufwärtsdynamik wahrscheinlicher machen.) "Bewusst gewählt" äußert sich dadurch, dass die Person Auswirkungen und Vor- und Nachteile dieser Reaktion bewusst abgewogen hat.	
Reflexion	Die Person beschreibt, dass sie mehr über sich selbst und/oder die Situation nachdenkt. Das kann auch bedeuten, dass die Person beschreibt, dass sie sich Entscheidungsoptionen bewusst macht und diese abwägt und/oder das Spektrum an Entscheidungsoptionen wächst.	"Wo ich dann überlege 'Ist es nun die richtige Entscheidung gewesen oder nicht? Hast du dich dann doch vergriffen?' " (op1516)
Prävention	Die Person beschreibt, dass sie vorplant / im Vorhinein ihre eigenen Erwartungen & Erwartungen anderer klärt/anpasst etc., um das Dilemma zu verhindern. Das kann auf einer kognitiven oder behavioralen Ebene stattfinden.	"[...] und (.) bei so Gesprächen bearbeite ich mich auch sehr sehr lange darauf vor mit Listen, die ich daheim erstelle. Pro, Kontra, was sage ich, was sage ich nicht, auf welche Eventualitäten muss ich mich einstellen." (wx2324)

<p>Explizite Entscheidung</p>	<p>Die Entscheidungsregeln, bis wohin der Preis einer Option noch zu tragen ist und ab wann nicht mehr, werden explizit gedacht und eingehalten: Es wird eine Option gewählt/also entschieden, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Priorisieren <p>Darunter fällt auch, wenn eine Person beschreibt, dass sie als Umgangsstrategie die Aufgaben/Ansprüche priorisiert.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Delegation - sich bewusst Abgrenzen - sich bewusst gegen eine Handlung zu entscheiden / aussitzen <p>Die Person hat abgewogen, ob Sie einen Auftrag annimmt und sich dagegen entschieden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abwahl von Prämissen - Einstehen für Werte 	<p>"Ich tue mir im Kopf das Pro und Kontra (.) vor Augen halten. (.) Und (.) ja und da wo das Pro überwiegt nach meinem Dafürhalten, (.) die Entscheidung wird getroffen." (yb252)</p>
<p>Ent- / Verantworten</p>	<p>Strategien, die beinhalten Verantwortung für die nicht-verantwortbare Situation abzugeben, z.B. in dem die Unlösbarkeit aufgedeckt wird, beispielsweise:</p> <p>Verschriftlichung/Dokumentation (z.B. auch durch Überlastungsanzeige) aus dem Motiv des Selbstschutzes oder Delegation an <u>eigentliche</u> VerantwortungsträgerInnen (nicht an solche, die nicht verantwortlich sind – das wäre Entsolidarisierung)</p>	<p>"Und dann zu schauen, müssen wir vielleicht doch Betten schließen und das dann vielleicht auch an die PDL zu eskalieren und die Verantwortung abzugeben." (ux2124)</p>
<p>Emotionen nutzen / Offenbarung</p>	<p>Die Person beschreibt, dass sie ihre Emotion wahrnimmt und bewusst entscheidet, ob und wie sie sie in Interaktionen einspeisen will (z.B. "ich bin sauer, deshalb muss ich jetzt erstmal durchatmen"; "ich lass die Emotionen jetzt bewusst bei Seite und bleibe auf der Sachebene.") und / oder sie kommuniziert (z.B. im Sinne der gewaltfreien Kommunikation).</p>	<p>"Meine Bedürfnisse und mein Gefühl ja auch mal frei zu sagen. 'Horch zu, das ist nicht schön gelaufen. Das hat mich sehr verletzt.' " (tv2022)</p>
<p>Explizit in Kommunikation bringen</p>	<p>Die Person beschreibt, dass sie explizit in Kommunikation bringt, wenn sie etwa unliebsame Entscheidungen getroffen hat und die Gründe erklärt ("Ich habe mich entschieden, weil ..."), oder ihre Meinung äußert, wenn sie etwas anders sieht. Hier wird eine Aussage, die sie Strategie beinhaltet "gemeinsam eine Lösung zu finden" dann hinein kodiert, wenn die Unlösbarkeit der Situation vor den</p>	<p>"Ich spreche mit den Kollegen, (..) ich suche nach einem Problem- nach einer Lösung, (.) die sich von alleine eigentlich auftut dann, ja." (op1516)</p>

	Gesprächspartnern nicht besprochen wird.	
Unlösbarkeit kommunizieren	Die Person beschreibt, dass sie bewusst das Gespräch/den Austausch mit in das Dilemma involvierte Personen sucht, um bspw.- Unlösbarkeit transparent zu machen(Die Person schildert, dass sie heute in unlösbaren Situationen transparent macht (im Team, beim Chef), dass es sich um ein Dilemma handelt; hiermit könnte auch gemeint sein: Ohnmacht in Kommunikation bringen ("Ich wünschte, ich hätte eine Idee, aber ich habe keine...")- gemeinsam eine Lösung zu finden (nur in Verbindung mit unlösbarkeit transparent machen)	"Ich mache dann wirklich den Plan auf, zeige genau 'Guck mal, da stehst du, da stehen die anderen, da unten sind die Zahlen. Mir sind die Hände gebunden.' " (uw2123)
Ausgleich in der Freizeit	Die Person äußert, dass sie selbstständig Maßnahmen zur Stressreduktion einleitet, z.B. Sport.	"[...] ich mache meinen Sport und so weiter." (xa241)
Weiser Rückzug	Die Person beschreibt, dass sie sich aus der akuten Dilemma-Situation zurückzieht, um sich in Ruhe zu überlegen, wie sie nun weiter vorgehen möchte. So will sie z.B. verhindern nicht unüberlegt /emotionsgeleitet zu handeln.	"Aber ich (.) mache mir da gerne- weil ich auch Angst habe, irgendwie überschießend zu reagieren oder (..) erstmal daheim in Ruhe. Weil hier (.) habe ich die Ruhe nicht." (wx2324)
Solidarisierung	Die Person beschreibt, dass sie sich mit anderen Personen verbindet / in Kontakt geht z.B. Beschützen von Schwächeren, Vermitteln zwischen sich Streitenden, Mitgefühl für Leidtragende äußern, um Unterstützung bitten und anbieten; den anderen nicht dämonisieren / Kooperieren	"Und- also bei mir hier in der Abteilung ist es auch so, dass ich teilweise auch mein Team mit rein nehme ins Boot, dass wir die Dinge gemeinsam besprechen." (qr1718)
Perspektiv-übernahme	Die Person beschreibt, dass sie im Dilemma die Anliegen / die guten Gründe /die Perspektive der anderen Personen versucht besser zu verstehen.	"Ich versuche natürlich auch (.) in die Haut des Mitarbeiters zu schlüpfen. (4) Und so mit seiner Sicht auf die Situation zu schauen." (oq1517)
Nachverhandeln	Die Person beschreibt, dass sie ein konstruktives Gespräch über die Dilemma-Situation sucht, z.B. noch einmal mit dem Konfliktpartner sprechen; beim Chef nochmal fragen, ob man doch noch Unterstützung bekommen kann.	<i>In dieser Unterkategorie ist keine Codierung vorhanden.</i>
Sonstige		"Weil anbrüllen lassen tue ich mich eigentlich von niemandem. (.) Punkt." (df46)

Veränderungs- beschreibung	Person beschreibt ihren eigenen Veränderungsprozess in Bezug auf Umgangsstrategien/Erleben von Dilemmata von vor dem Training bis heute. CAVE: Bitte trotzdem die genannten Strategien / das Erleben in die jeweiligen Kategorien einsortieren.	"Aber ich (.) raste auch nicht mehr so aus. Oder (.) ich bin- ich kann in Ruhe darüber sprechen, ja." (op1516)
Skala: Veränderung explizit	Beschreibung zum Rating auf der Skala "Veränderung": Wie bewertet die Person die Veränderung im Umgang mit Dilemmasituationen heute, also nach dem Training und im Vergleich zu vor dem Training? (Veränderung müssen nicht explizit als kausale Veränderungen durch das Training beschrieben werden) Muss nicht im Einklang stehen mit dem angegebenen Skalenwert. Die Beschreibung des Skalenratings muss pro Person eindeutig zugeordnet sein. Der Text darf also nicht aufgeteilt werden und in 2 Unterkategorien dieser Oberkategorie sortiert werden.	
ja	Die Person sagt explizit, dass sich ihr Umgang mit Dilemmasituationen verändert hat.	"I: Dass ich jetzt vielleicht von drei auf acht gekommen bin oder auf sieben. Dass ich einfach (.) mehr gelassener (.) mit vielen Sachen umgehe. AD: Okay und der Unterschied sozusagen wäre eine Acht? Also es hat sich ganz schön viel verändert? I: Ja. (...)" (xa241)
eher ja	Die Person sagt, dass sich ihr Umgang mit Dilemmasituationen schon verändert hat, aber nicht sonderlich stark.	"Also wenn ich den Vergleich nehme, (.) würde ich sagen, (.) eine Vier. Also- (..) Das es sehr viel ist, ist es definitiv nicht, also so- (.) deswegen sage ich eine <Nuance>, also deswegen bin ich eher bei der Vier. " (ln1214)
eher nein	Die Person sagt, dass sich ihr Umgang mit Dilemmasituationen eher nicht verändert hat, aber verneint die Veränderung nicht.	"Ich würde jetzt einfach mal sagen, (.) dass ich da gesehen habe, dass ich viele Sachen ja nicht so falsch mache. Würde ich einfach mal sagen so bei Drei und Vier, ne?" (no1415)
nein	Die Person sagt explizit, dass sich ihr Umgang mit Dilemmasituationen nicht verändert hat.	"I: Also „gar nichts“ hört sich immer so (MB spricht) komisch an. MB: [Ja Sie können ruhig ehrlich sein.] I Ja." (ux2124)
Unmittelbares Erleben	Gedankliche Reaktionen, Emotionen & körperliche Symptome, die der/die	

	Interviewee unmittelbar mit dem sich im Dilemma Befindens / des Ringens im Dilemma verbindet.	
Frustration	Die Person reagiert mit Frustration auf das Dilemma.	"Muss man die Sachen irgendwie bewältigen. Interessiert keinen. Muss laufen diese Reinigung und- ja. (..) Und die Lösung eigentlich findet man nicht. Immer stößt [[man]] gegen die Türe." (eh58)
Körperliche Symptome	Die Person beschreibt, dass sie körperliche Symptome durch das Dilemma an sich bemerkt. Hierzu zählen z.B. Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Herzasen, Übelkeit etc.	"[...] da geht der Blutdruck hoch, da geht der Puls hoch [...]" (wx2324)
Angst	Die Person beschreibt, dass sie Sorge oder Angst empfindet.	"Aber es ist wirklich eine ganz schwere Kiste, weil (.) dieses- diese Drohgebärde 'Dann komme ich halt morgen nicht', die steht halt immer im Raum, ne?" (sv1922)
Abwertung durch andere	Die Person beschreibt, dass sie sich durch andere abgewertet, nicht ausreichend gewertschätzt oder unfair behandelt fühlt.	"Aber- also es tut mir dann natürlich auch wieder weh, so wie dieses Walldorfschulengeschichte, dieser Seitenhieb." (mn1314)
(Diffuses) unangenehmes Gefühl	Die Person antwortet, es ginge ihr nicht gut/sie fühlt sich unwohl, kann aber keine differenziertere Beschreibung des unguuten Gefühls äußern.	"Ich gehöre zu den Menschen, wenn so ein Dilemma ist, also ich habe eine Situation, da habe ich keine Lösung, egal was ich nehme, irgendwie habe ich immer ein blödes Gefühl." (ad14)
Akzeptanz	Die Person schildert explizit oder implizit, dass sie das Dilemma akzeptiert. Das bedeutet, dass die Person keine unbewussten negativen Gefühle dabei hegt.	"Was es für mich verändert? Ich werde nie die Welt retten." (tv2022)
Resignation / Gleichgültigkeit	Die Person reagiert mit Resignation / Gleichgültigkeit auf das Dilemma. Das bedeutet, sie entscheidet sich zwar dafür an der Tatsache, dass das Dilemma da ist, nicht zu rütteln, ist jedoch emotional davon negativ beeinträchtigt. Person beschreibt, dass sie durch die Bewusstheit über Dilemmata und ihre Unlösbarkeit eine emotionale Enttäuschung erfahren hat. UND/ODER Person reagiert mit Gleichgültigkeit auf das Dilemma, ohne dass sie davon negativ beeinträchtigt ist.	<i>In dieser Unterkategorie ist keine Codierung vorhanden.</i>
Schlechtes Gewissen / Schuldgefühle / Mitleid	Die Person entwickelt durch das Dilemma anderen gegenüber ein schlechtes Gewissen oder Schuldgefühle. Diese Kategorie gilt auch, wenn die Person	"Also wie gesagt ich müsste mich mehr um das Personal eigentlich kümmern, habe aber so viele andere Aufgaben noch." (wz2326)

	äußert, dass sie Mitleid mit den vom Dilemma Betroffenen hat (unter der Bedingung, dass diejenigen, mit denen sie Mitleid hat, unter dem "nicht-entschiedenen" Dilemma leiden.)	
Ärger / Wut	Die Person reagiert mit Ärger / Wut auf das Dilemma.	"Und da wäre ich fast explodiert, ja?" (mn1314)
Traurigkeit	Die Person ist traurig über das Dilemma.	"MB: [...] und wie sind sie so, wenn man sie dann so trifft? I: Ja so abweisend. " (tv2022)
Verzweiflung	Die Person reagiert mit Verzweiflung auf das Dilemma.	"Also hier her zu kommen und versuche wieder heim zu gehen, ohne gegen Brückenpfeiler fahren zu wollen (lacht) ne?" (rt1820)
Selbstabwertung	Die Person wertet sich ab, weil sie beispielsweise das Im-Dilemma-stecken als Unvermögen ihrerseits interpretiert.	<i>In dieser Unterkategorie ist keine Codierung vorhanden.</i>
Ratlosigkeit / Ohnmacht	Die Person reagiert mit Ratlosigkeit/ Ohnmacht auf das Dilemma. Handlungsoptionen ergeben sich für sie nicht oder werden alle als nicht machbar erlebt.	"Weil alles andere ist (.) irgendwie zwecklos." (rt1820)
Belastung	Die Person berichtet ein Belastungsgefühl, das sich beispielsweise durch "sich unter Druck gesetzt fühlen" oder durch "sich selbst unter Druck setzten" ausgedrückt wird oder als ein "gestresst sein" beschrieben wird.	"Wenn es eher Richtung ein bisschen mehr Emotionalität geht, weil es wirklich ernstere Gespräche auch sind, die man da- dann ist es für mich schon ein sehr- (.) ist es schon eine Belastung." (wx2324)
Angenehme Gefühle / Zufriedenheit	Die Person äußert angenehme Gefühle als unmittelbares Erleben des im Dilemma Seins.	"Da brauche ich so drei bis fünf Minuten höchstens, bis ich dann- und dann auch zufrieden heimgehe." (de45)
Gelassenheit	Die Person schildert, dass sie in Dilemmasituationen gelassener ist.	"[...] bleibe ich in so Dilemmasituationen eigentlich wirklich gelassen." (oq1517)
Sonstiges		"Und das ist- und das ist tatsächlich stelle ich immer wieder fest, ich bin da wohl alleine." (sv1922)
Wirkmechanismen	Was bewirkt, dass es den Menschen hinterher anders geht als vorher?	
Einsicht Dilemmata Organimmanent	Die Person beschreibt, dass sie im Training verstanden hat, dass Dilemmata zur Organisation dazugehören und dass sie daran nichts ändern kann.	"[...] wo ich sage so 'Ich kann nichts für diese Systemfehler', ja?" (ln1214)
Einsicht der Unlösbarkeit / Unentscheidbarkeit	Die Person beschreibt, dass sie im Training verstanden hat, dass sie es im Dilemma mit Situationen zu tun hat, die unlösbar sind. So weiß sie, dass sie einen Preis zahlen wird, egal wie sie sich entscheidet. Sie beschreibt, dass sie weiß, dass	"Man kann- (.) manche Probleme kann man nicht lösen" (rt1820)

	die Entscheidung nicht mit einer "richtigen" Lösung beantwortet werden kann.	
Verständnis über Mechanismen	Die Person hat ein besseres Verständnis über eigene innere oder interaktionelle Prozesse (wie z.B. wie Schachmattsätze meines Chefs auf mich wirken / wie meine Handlungen sich auf Andere auswirken) gewonnen. z.B. über Gefühle: Die Person hat ein besseres Verständnis darüber gewonnen, wie es ihr emotional ergeht. z.B. über Prämissen: Die Person hat sich selbst im Training besser kennengelernt und versteht, welche Prämissen (biographisch & organisational) sie gefangen halten.	"Natürlich ist es meine Person. Ich mache mir das Leben natürlich auch schwerer. Ich habe meine Persönlichkeit und (.) neige dazu, zu bestimmten Verhaltensweisen oder so." (mn1314)
Raum für Reflexion	Die Person beschreibt, dass sie im Training einen Raum (örtlich und zeitlich) erlebt hat, der Reflexionsprozesse ermöglicht hat, um sich selbst / die eigene Situation besser zu verstehen	"Ja es hat mich sehr zum Nachdenken gebracht in vielen Bereichen." (eg57)
Die anderen als Modell	Die Person beschreibt, dass sie die Lösungswege/ die Trainingsbeiträge der anderen als Positiv- /oder Negativbeispiele nutzt.	"Und dann denke ich mir, vielleicht kann ich mir da auch ein Stück von abgucken, dass ich dann auch in diese Distanz irgendwie-" (oq1517)
Wahrnehmung der Ansprüche / Belastung	Die Person beschreibt, dass sie durch die Übungen im Training überhaupt erst wahrnehmen gelernt hat, was alles auf sie einprasselt; dass sie im Dilemma ist; wie belastet sie ist.	"Ja dass mir die Dilemmata bewusster sind. Also dass-dadurch hat sich mein Verhalten verändert." (ln1214)
Selbsterkenntnis Rolle: Führungskraft	Die Person ist sich bewusster darüber, als Führungskraft Entscheidungen fällen zu sollen, die unentscheidbar sind.	"Da gibt es natürlich Situationen, die Dilemmata, die man dann so hat, in so einer Position. Ich denke da kann man auch glaube ich nicht viel verändern." (su1921)
Selbst-wirksamkeit	Die Person beschreibt, dass sie durch das Training eine Überzeugung ausbilden oder stärken konnte, herausfordernde Dilemma-Situationen jetzt und in Zukunft mit Erfolg bewältigen zu können. Durch das Training, z.B. durch das dort vermittelte Wissen, woraus ein Dilemma besteht und dass es im Dilemma keine perfekte Lösung gibt bzw. durch die dort erlernte Fähigkeit den eigenen Standpunkt zu schärfen, oder Entscheidungen gut zu kommunizieren konnte die Person mehr Sicherheit in Entscheidungssituationen erlangen und so einen Glauben an ihre Selbstwirksamkeit	"Wir können noch ganz ganz viel leisten." (no1415)

	<p>entwickeln. Dies kann sich für die Trainingsteilnehmer im Arbeitsalltag zum Beispiel so auswirken, dass sie sich selbst z.B. als kompetenter/ souveräner/ produktiver erleben. Haltung: „Ich bin überzeugt, dass ich Dilemma-Situationen erfolgreich bewältigen kann.“</p>	
Validierung	<p>Die Person berichtet, dass sie sich im Training/ vom Trainerteam / den anderen TN verstanden fühlt,/ "mir wird attestiert", dass das System "Krankenhaus" politisch und ökonomisch ungerecht ist; dass sie in Situationen ist, die unlösbar sind</p>	<p>"Ich würde sagen ich (.) bin eigentlich (..) mit meinen- sage ich mal Einstellungen oder mit meinem Wissen bestätigt worden." (xa241)</p>
Wertschätzung / Selbstachtung	<p>Die Person berichtet, dass sie sich im Trainingsprozess durch andere wie z.B. die TrainerInnen oder andere TN (z.B. in der Art wie miteinander umgegangen wird, wie sie bisher handelt) akzeptiert/ wertgeschätzt fühlt UND/ODER Die Person beschreibt, dass sie sich durch den Trainingsprozess selbst weniger abwertet (z.B. in ihrer Unfähigkeit, eine gute Lösung zu finden)</p>	<p>"Ich war ja eine von Reinigung. Das war mir (.) selbst total fremd oder mit irgendwelchem Doktor so sprechen so direkt." (eh58)</p>
Vergleich mit den anderen	<p>Die Person beschreibt, dass sie im Abgleich mit den anderen zu einer neuen Bewertung (besser oder schlechter) der eigenen Situation / Position gekommen ist: ihr geht es z. B. nicht alleine so geht, sondern die anderen leiden unter ähnlichen Situationen/ Oder auch: die Person beschreibt, dass sie es ihr besser geht im Vergleich zu den anderen.</p>	<p>"Aber inzwischen weiß ich oder sage ich mir, dieses Dilemma hat jede Station. Die haben es wahrscheinlich noch mehr." (uw2123)</p>
Perspektivübernahme	<p>Die Person beschreibt, dass sie im Austausch mit den anderen die Gründe der anderen (Abteilungen, Professionen, KollegInnen) gelernt hat nachzuvollziehen: jeder hat einen guten Grund, ich kann mich in den anderen hineinversetzen.</p>	<p>"Naja da gab es zum Beispiel so Dilemmasituationen, die man ja gar nicht so kennt. Was für Probleme die Ärzte oder die Pflegekräfte haben. " (vw2223)</p>
Solidarisierungsempfinden	<p>Die Person beschreibt, dass sie gemerkt hat "wir sitzen alle in einem Boot" (= Das Dilemma ist unser gemeinsamer Feind, nicht das Gegenüber ist der Feind). So berichtet Sie, dass auch im Klinikalltag nun Kooperation leichter möglich ist. (Mit anderen Trainingsteilnehmenden, mit anderen MitarbeiterInnen etc.)</p>	<p>"Man ist nicht alleine. Also auch wieder so eine Art Solidarität." (wx2324)</p>

	Die Person beschreibt, dass sie nun mit denjenigen, die sie im Training kennengelernt hat "einen schnelleren Draht" hat oder weiß, wie es ihr geht und deshalb versucht für sie mitzudenken.	
Empowerment	Die Person fühlt sich dazu ermutigt und durch neue Handlungskompetenzen darin gestärkt, sich aktiv mit ihren Kräften und Kompetenzen für ihre Angelegenheiten einzusetzen, sich gegen unlösbare Aufträge zu wehren und selbstbestimmt zu handeln, um ihre eigenen Interessen und/oder Unabhängigkeit zu vertreten. Haltung: „Ich fühle mich befähigt und ermächtigt, meine Interessen eigenverantwortlich und autonom zu vertreten.“	"Und da kann ich mich jetzt halt auch ganz klar positionieren und sagen eben, (.) dass ich es so, wie es jetzt eben läuft, definitiv nicht weitermachen (.) werde." (il912)
Als hilfreich Empfundenes	Was war es genau, was im Training passiert ist, das hilfreich für Sie war?	
Als weniger hilfreich Empfundenes	Die Person beschreibt, dass das Trainingssetting (z.B. gemischte Berufsgruppen), der Interaktionsprozess innerhalb der Seminargruppe (z.B. Erfahrungsaustausch, Offenbarung), die Rahmenbedingungen usw. weniger hilfreich war/ zu Konflikten geführt hat. CAVE: ggf. mit Kategorien in Hemmnissen (insb. Rahmenbedingungen des Trainings) kategorisieren.	"Wie gesagt, diese v- (.) ja (.) gewaltfreie Kommunikation (.) ist absolut nichts für mich. Das ist- dauert mir zu lange." (vy2225)
Weiterer Trainingsbedarf	Die Person beschreibt, dass ihr spezifische Skills (z.B. zu meiner getroffenen Entscheidung stehen und sie vertreten) auch nach dem Training noch schwer fallen und/oder formuliert noch mehr Trainingsbedarf/andere Trainingsinhalte. CAVE: auch unter Hemmnis kodieren.	"Wie kann man damit umgehen? Das wäre für mich noch so eine Frage gewesen." (jk1011)
Setting	Die Person beschreibt, dass das Trainingssetting (z.B. gemischte Berufsgruppen), die Rahmenbedingungen hilfreich war.	"Ich denke (.) das war auch ganz gut in dem Training, dass von jeder Berufsgruppe Partner vertreten waren." (vx2224)
Gruppeninteraktion	Die Person beschreibt, dass der Interaktionsprozess innerhalb der Seminargruppe (z.B. Erfahrungsaustausch,	"Ob es jetzt darum ging, ein Problem zu lösen und der andere hat dich auf die- hat dir auf die Sprünge geholfen? Ja oder (.)

	Offenbarung) hilfreich für sie war.	andere Ansichten vom anderen zu erfahren?" (xz2426)
Didaktik / Methodik	Person beschreibt, dass besonders die Art und Weise, wie Inhalte vermittelt wurden (Diskussionen im Plenum, Kleingruppenübungen, Partnerübungen, Demonstrationen und Beispiele), hilfreich war	"Ja diese Rollenspiele da ganz am Anfang da was wir gemacht haben. Mit der Verwaltung, Klinikleiter, Putzfrau und die- das Rollenspiel, das fand ich gut." (wz2326)
Inhalte	Person beschreibt, dass vor allem bestimmte Inhalte des Trainings (Auftragskarussell, Input zur Funktionalen Differenzierung usw.) hilfreich für sie waren.	"[...] das mit den Schnittstellen fand ich ganz wichtig [...]" (de45)
Sonstiges		"Also ich muss auch wirklich sagen, für mich war es spannend, diese unterschiedlichen Standorte, ne?" (mn1314)
Auswirkung Organisation / Umwelt	Was hat das Training für Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Person, das organisationale Miteinander (Zusammenarbeit) und die Möglichkeiten innerhalb der Organisation für z.B. Innovation?	
Multiplikation	Die Person beschreibt sich selbst oder andere Teilnehmende als Multiplikatoren der Trainingsinhalte innerhalb der Organisation.	"Ja und das ist irgendwie vielleicht so im übertragenen Sinne dann auch- (.) wirkt das vielleicht auch auf die anderen." (oq1517)
Wertschätzung	Die Person beschreibt, dass sie durch ihr verändertes Verhalten initiiert durch das Training mehr Wertschätzung erhält oder sich selbst wertschätzender verhält - im Sinne positiver Nebenwirkung des Trainings.	"Also von meinen Mitarbeitern her ist es eher so, dass ich öfter mal gesagt bekomme, sie bewundern mich, weil ich immer so ruhig bleibe." (qr1718)
Verständnis / Kommunikation bei Zusammenarbeit	Person beschreibt positive Auswirkungen des Dilemma-Kompetenz Trainings auf die Zusammenarbeit im Team, z.B. respektvollerer Umgang mit Mitarbeitenden/KollegInnen; mehr Geduld mit anderen usw. durch besseres Verstehen des Anderen / verbesserte Kommunikation mit Anderen	"Das liegt daran, dass wir viel miteinander reden." (vw2223)
Entscheidungsfähigkeit und -tempo	Die Person beschreibt, dass es nun leichter fällt, Entscheidungen zu fällen UND/ODER Die Person beschreibt, dass es nun möglich ist, schneller/spontaner zu entscheiden und damit die Dinge schneller voran gehen. / es nicht so viel rum diskutiert wird.	"Aber ich würde sagen, dass ich jetzt schon schneller anrufe." (bd24)
Patientenkontakt	Person beschreibt, dass sich das Training und ihre erlernten Strategien positiv/negativ auf den	"Ich gucke mir das an und letztendlich ist die entscheidende Frage immer 'War der Patient

	Kontakt mit PatientInnen auswirkt	gefährdet zu dem Zeitpunkt?" (su1921)
Innovation	Die Person berichtet, dass sie durch einen geschulteren Umgang mit Dilemmasituationen (z.B. Offenlegung von Widersprüchlichkeit; bewussteres Grenzen ziehen; offener Umgang mit Preisen; bewusstes Abwählen von Prämissen) insgesamt für die Organisation, in der Zusammenarbeit mit der Chefin, den Mitarbeitenden mehr/weniger Innovation möglich ist.	"Da habe ich jetzt in dem Rahmen (..) Personalvereinbarungen getroffen. Wen darf ich zu Hause anrufen, ja? Weil das ist ja so, das ist ja nicht gewünscht vom Betriebsrat, in der Freizeit die Mitarbeiter zu belästigen. Und wir regeln das mittlerweile jetzt über eine Whatsapp-Gruppe." (su1921)
Berechenbarkeit	Die Person berichtet, dass sie durch einen geschulteren Umgang mit Dilemmasituationen (z.B. Offenlegung von Widersprüchlichkeit; bewussteres Grenzen ziehen) insgesamt für die Organisation, die Chefin, die Mitarbeitenden berechenbarer ist.	"Und so- ich verstehe Sie jetzt so, es könnte in die Richtung helfen, dass man weiß, woran man ist und sich auch der Grenzen (.) mehr bewusst ist?" (wx2324)
Loyalität / Commitment	Die Person berichtet, dass sie durch einen geschulteren Umgang mit Dilemmasituationen (z.B. Offenlegung von Widersprüchlichkeit; bewussteres Grenzen ziehen) insgesamt der Organisation, der Chefin, den Mitarbeitenden gegenüber loyaler ist und sie sich insgesamt wieder mehr mit der Organisation, den Mitarbeitenden gegenüber verpflichtet fühlt.	"Ich habe das damals immer schon ein bisschen anders gesehen. Weil im Endeffekt tragen wir die Verantwortung für das ganze (.) hier." (il912)
Sonstiges		"Vielleicht einfach an der Art, dass ich ruhiger an ein Problem rangehe. Weniger emotional." (vx2224)
Negative Nebenwirkungen	Was hat das Training ggf. für Auswirkungen (für die Person selbst und in Interaktion mit Anderen) erzielt, die negativ zu bewerten sind?	
Enttäuschung	Person beschreibt, dass sie durch die Bewusstheit über Dilemmata und ihre Unauflösbarkeit eine emotionale Enttäuschung erfahren hat.	"Aber das muss ich ja enttäuschenderweise sagen, das war mir eigentlich vorher schon klar, es wird keine Lösung geben." (sv1922)
Erhöhte Belastung durch Bewusstwerdung	Die Person beschreibt, dass sie nun verstanden hat, wieviele Ansprüche / Belastungen auf ihr/den anderen lasten. Sie beschreibt dies nicht als hilfreiche Einsicht, die ihr neue Handlungsmöglichkeiten gibt, sondern, eine Einsicht, die sie deprimierter zurücklässt.	"Und dass im Rahmen des Trainings dann- sind einem wieder die Dilemma bewusst geworden und man hat sich überlegt 'Was kann ich anders machen?' Und das hat mich, muss ich sagen, in der ersten Phase schon belastet." (ln1214)

Abwertung anderer TeilnehmerInnen	Die Person beschreibt, dass sie schon manchmal gedacht hat, wie inkompetent, sensibel, etc. andere Trainingsteilnehmende sind. Die Person beschreibt, dass es durch oder innerhalb des Trainings zu Konflikten mit anderen Trainingsteilnehmenden gekommen ist.	"Verwaltungsmenschen sind speziell, sage ich jetzt, ja? Weil die sind ja (..) ich würde sagen die wissen ihre Belastungsgrenze, ja? (.) Die ist viel niedriger angesetzt als unsere, ja?" (vy2225)
Ent-solidarisierung	Die Person beschreibt, dass sie nun radikaler auf sich achtet. Die Person beschreibt dies in einer Weise, die darauf hindeuten lässt, dass sie sich weniger im positiven Sinne abgrenzt, als dass sie stärker schaut, dass sie "gut wegkommt".	"Und mittlerweile sage ich, (.) „Du musst jemand anderen fragen. Ich kann dir nicht helfen. Also ich würde dir gerne helfen aber ich- einerseits soll ich dir nicht mehr helfen und zum anderen (.) will ich es auch nicht mehr. Also es ist nicht alles mehr mein Problem.“ Und, ja, ich glaube das ist schon (.) für die Mitarbeiter nicht immer das, was sie sich gewünscht hätten." (rt1820)
Resignation / Gleichgültigkeit	Die Person beschreibt, dass sie nun noch mehr verstanden hat, dass das System unfair ist, dass es in dem System nichts zu gewinnen gibt, dass in dem System Widersprüche angelegt sind, die sie nicht lösen kann. Die Person beschreibt, dass diese Erkenntnis bei ihr dazu führt, dass sie sich zurückzieht und ihr alles "egal" ist.	"Ich hänge mich nicht mehr rein. Also ich (.) gebe es ganz offen und ehrlich zu. Ich- bei den meisten Sachen sage ich mittlerweile, dass es mich eigentlich nicht interessiert. Also weil es mich einfach- weil ich weiß, dass es zwar wahrscheinlich sehr falsch ist, was passiert. Aber dass es die Verantwort- für die Vorgesetzten nicht interessiert. Also weshalb sollte es dann mich interessieren?" (rt1820)
Sonstiges		"[...] so ein kleines Team in dem ich dann in so einer Teamarbeit war, dass die sich so ein bisschen verbündet haben und dann aber- also nicht gegen mich sondern generell über die Klinikleitung und den Geschäftsführer hergezogen haben [...]" (st1920)
Vermutung über andere	Diese Kategorie wird kodiert, wenn die Person Vermutungen äußert über andere bezüglich: Hemmnisse, Nützlichkeit/Hilfreiches im Training, nicht Teilnahme etc. Diese Kategorie ist mit den jeweiligen Kategorien (Hemmnisse, Nützlichkeit / Hilfreiches im Training etc.) gemeinsam zu kodieren.	"Ich habe immer das Gefühl gehabt, Viele nehmen auch viele Entscheidungen zu persönlich." (wx2324)
Hemmnisse	Was erklärt uns, wenn die Personen nicht (so sehr) vom Training profitieren konnten?	

Zu wenig Übung	Die Person beschreibt, dass ihr spezifische Skills (z.B. zu meiner getroffenen Entscheidung stehen und sie vertreten) auch nach dem Training noch schwerfallen und/oder formuliert noch mehr Trainingsbedarf. CAVE: auch unter "Weiterer Trainingsbedarf" kodieren.	"[...] es hat sich ein bisschen was getan im Kopf, aber noch nicht wirklich verinnerlicht so." (mn1314)
Gefahr durch Abwertung	Die Person berichtet, dass sie sich im Training von den anderen nicht wertgeschätzt gefühlt hat / dass sich das Gefühl der Abwertung / gering Schätzung, dass sie auch im Alltag gegenüber Personen oder Berufsgruppen hat, auch im Training erlebt hat.	"Auch wenn einer vorangeht und sagt „Ich mache das jetzt anders.“ (..) Ich glaube der wird eher belacht, belächelt. (.) Ausgelacht. (.) Schwierig." (sv1922)
Misstrauen	Die Person berichtet, dass sie weniger preisgegeben hat, oder dass sie bei anderen wahrgenommen hat, dass die weniger preisgegeben haben, weil das Vertrauen in der Gruppe nicht da war. Wenn bei geringer Offenbarungsbereitschaft nicht angegeben wird, warum dies der Fall ist, ist dieser Kategorie zu wählen.	"Das ist ja eine gängige Praxis, ne? Diffamierungen, die finden immer wieder statt." (no1415)
Verständnis	Die Person beschreibt, dass sie Verständnisprobleme / Sprachbarrieren hatte. Diese Kategorie wird auch (in Kombination mit der Oberkategorie "Vermutungen über andere") dann vergeben, wenn die Person die Vermutung über andere Personen äußert, die sich auf diese Unterkategorie beziehen.	"Also ich fand an sich nur schwierig dieses (.) Nachvollziehen. Dieses (.) so in kleinen Zerhackstückeln, weil man ja einfach von da bis da und dann sind da innendrin noch fünf andere Schritte, über die- ja?" (vy2225)
nicht anschlussfähig	Die Person beschreibt, dass sie sich von den Inhalten nicht abgeholt gefühlt hat, weil ihre Lebensrelatität anders ist (z.B. Beispiele unpassend, Überdramatisieren der Situation, Situation der eigenen Berufsgruppe nicht repräsentiert, zu unkonkret oder psycho/unrational) Diese Kategorie wird auch (in Kombination mit der Oberkategorie "Vermutungen über andere") dann vergeben, wenn die Person die Vermutung über andere Personen äußert, die sich auf diese Unterkategorie beziehen.	"Das, was ich halt traurig fand, dass sehr vieles mit der Medizin zu tun hatte. Also mit Pflege und Ärzten, (.) wo wir, die ja eine Dienstleistung erbringen, wie die Technik oder die Küche [...]" (vw2223)
Vermeidung	Die Person beschreibt, dass sie inhaltlich nicht/s (viel) mitnehmen konnte oder keine Lust / Energie hatte sich mit den	"[...] ich habe ja damals schon nicht wirklich ein Problem gehabt und glaube, dass ich selbst über (.) genug

	<p>Themen zu beschäftigen. Der Eindruck entsteht, dass die Person Dilemmata / Widersprüchlichkeit leugnet. Diese Kategorie wird auch (in Kombination mit der Oberkategorie "Vermutungen über andere") dann vergeben, wenn die Person die Vermutung über andere Personen äußert, die sich auf diese Unterkategorie beziehen.</p>	<p>Mechanismen verfüge, (.) meine Probleme ja so zu lösen, dass ich nicht krank werde dabei." (no1415)</p>
keine Unterstützung für Teilnahme	<p>Die Person berichtet, dass sie von anderen (z.B. Vorgesetzten, Mitarbeitenden) stärker unterstützt hätte werden müssen, um am Training (öfter) teilnehmen zu können/ sich nicht abzumelden. Diese Kategorie wird auch (in Kombination mit der Oberkategorie "Vermutungen über andere") dann vergeben, wenn die Person die Vermutung über andere Personen äußert, die sich auf diese Unterkategorie beziehen.</p>	<p>"Ich glaube schon, dass das dazu beigetragen hätte, dass es mehr Akzeptanz gefunden hätte. Dass man auch versucht hätte, (.) Leute ganz aus der Sache rauszuholen. Dass man sagt 'Okay, ihr habt für diesen Zeitraum (.) diverse Ersatzpartner, die sich dann um eure Probleme kümmern', ne?" (no1415)</p>
keine Zeit - privat bedingt	<p>Die Person berichtet, dass sie keine Zeit für die Trainingsteilnahme, die Hausaufgaben oder dafür, die gelernten Inhalte in den Alltag zu übertragen hatte. Die Begründung lag darin, dass sie privat zu wichtige Verpflichtungen / Belastungen hatte. Hier zählen nicht solche Fälle rein, wenn die Person sagt, sie hätte die Hausaufgaben zu Hause machen müssen und dort wollte sie lieber mit den Kindern spielen. Hier zählen etwa solche Fälle hinein, wenn jemand sagt, dass er oder sie die Kinder schon um 15 Uhr abholen muss und das Training in diese Zeit fällt. Diese Kategorie wird auch (in Kombination mit der Oberkategorie "Vermutungen über andere") dann vergeben, wenn die Person die Vermutung über andere Personen äußert, die sich auf diese Unterkategorie beziehen.</p>	<p>"Und den ersten Termin konnte ich ja nicht wahrnehmen, weil ich ja da Urlaub gehabt habe." (tv2022)</p>

keine Zeit - klinikbedingt	Die Person berichtet, dass sie keine Zeit für die Trainingsteilnahme, die Hausaufgaben oder dafür, die gelernten Inhalte in den Alltag zu übertragen hatte. Die Begründung lag darin, dass sie beruflich permanent unter Zeitknappheit leidet. Hier zählen auch solche Fälle rein, wenn die Person sagt, sie hätte die Hausaufgaben zu Hause machen müssen und dort wollte sie lieber mit den Kindern spielen. Diese Kategorie wird auch (in Kombination mit der Oberkategorie "Vermutungen über andere") dann vergeben, wenn die Person die Vermutung über andere Personen äußert, die sich auf diese Unterkategorie beziehen.	"Zweimal war es dienstliche Gründe. Dass ich einfach nicht von Station gekommen bin." (su1921)
organisationale Hemmnisse bei Umsetzung	Die Person beschreibt, dass sie das Gelernte in der Organisation nicht umsetzen kann, weil z.B. das Vertrauen in die MitarbeiterInnen fehlt / Unterstützung durch Vorgesetzte etc. Diese Kategorie wird auch (in Kombination mit der Oberkategorie "Vermutungen über andere") dann vergeben, wenn die Person die Vermutung über andere Personen äußert, die sich auf diese Unterkategorie beziehen.	"[...] das kann man eigentlich nur leben oder anwenden, wenn eine Abteilung, sage ich jetzt mal, ordnungsgemäß funktioniert. Und dann- (.) aber das war halt- also ich habe ja hier weniger Probleme mit Mitarbeitern, sondern mehr Probleme mit dem Organisatorischen." (vw2223)
Rahmen- bedingungen des Trainings	Person beschreibt, dass die Rahmenbedingungen des Trainings (z.B. räumliche Nähe zum Arbeitsplatz; Dauer oder Dosis; Struktur des Seminars) die Teilnahme negativ beeinflusst habe. Hier werden auch solche Aspekte kategorisiert, wenn die Person sagt, dass sie es explizit besser gefunden hätte, wenn die Gruppenzusammensetzung anders gewesen wäre.	"Wären wir vielleicht jetzt eine Gruppe gewesen mit nur GUK, also sprich vielleicht auch nur Schwestern, hätte ich mich vielleicht mehr öffnen können oder hätte vielleicht auch mehr dazu beigetragen." (uw2123)
Sonstiges		"Ich fand es eher so ein bisschen über- insgesamt so ein bisschen überladen." (mn1314)
Dilemma- konstruktion	Wie konstruiert die Person Dilemmata mental für sich?	
nicht eindeutig	Die Person äußert explizit, dass sie a) indifferent zu den beiden Konstruktionsoptionen steht oder b) keine Aussage dazu treffen kann.	"Ich würde jetzt sagen, es hält sich die Waage." (vx2224)

sozial-emotionale Verstrickung	Person beschreibt, inwiefern sie Dilemmata eher als soziale Verstrickung erlebt, d.h. inwieweit der Aspekt des es-nicht-allem-rechtmachen-Könnens und des anderen-enttäuschen-Müssens für sie schwerer wiegt bzw. die Botschaft "Du kannst es nicht allen rechtmachen" immer noch schwer zu akzeptieren	"Ja- also es stimmt genau. Also da muss ich sagen es ist volle Zehn. Man kann es wirklich nicht allen recht machen." (wx2324)
logisch-rationale Distanzierung	Person beschreibt, inwieweit sie Dilemmata eher als rationales Problem erlebt, d.h. inwieweit der Aspekt, dass sich verschiedene Optionen im Dilemmata logisch ausschließen, für sie schwerer wiegt.	"Dieses Unmögliche, eine Lösung zu finden, das ist eigentlich- (..) da stimme ich- das stimmt." (tv2022)
Dilemma-bewertung	Wie werden Dilemmata tendenziell bewertet?	
nicht eindeutig	Die Person äußert explizit, dass sie a) indifferent zu den beiden Konstruktionsoptionen steht oder b) keine Aussage dazu treffen kann.	"Aber ich glaube das ist ausgewogen. Das ist das, was ich gesagt- was ich vorhin schon gesagt habe, es kann eine Chance sein, (.) ab- und es kann auch eine Belastung sein, ja? Das ist- ich glaube das ist ziemlich ausgewogen." (ab12)
Belastung	Person beschreibt, inwieweit sie Dilemmata tendenziell eher als belastend empfindet	"An sich ist ein Dilemma immer eine Belastung meiner Meinung nach. Also von daher würde ich jetzt auch Acht weiter sagen." (il912)
Herausforderung	Person beschreibt, inwieweit sie Dilemmata tendenziell eher als Herausforderung empfindet	"Ich würde sagen vor einem Jahr hätte ich es wahrscheinlich mehr als Belastung gesehen aber heute sehe ich es eigentlich eher als Herausforderung." (st1920)
Gender-bewusstsein	Was berichtet die Person auf die Frage, inwieweit Gender Entscheidungsprozesse im Dilemma beeinflusst?	
Gender ist relevant	Person beschreibt die Art und Weise a) Dilemmata mental zu konstruieren b) Dilemmata zu bewerten/empfinden c) Entscheidungen zu treffen als abhängig von dem Geschlecht ("Geschlecht spielt dabei eine Rolle")	"Ja. Weil Männer da wirklich ganz anders ticken. Das ist einfach so. Auch eben im Arbeitsleben." (df46)
Gender ist irrelevant	Person beschreibt die Art und Weise a) Dilemmata mental zu konstruieren b) Dilemmata zu bewerten/empfinden c) Entscheidungen zu treffen als unabhängig von dem Geschlecht ("Geschlecht spielt dabei keine Rolle")	"Also ich habe, (.) was das Geschlecht angeht, glaube ich, das sind (.) Sachen, die kann man dem Geschlecht nicht zuordnen." (no1415)

Gendertypisch	Person beschreibt ihre eigene Art und Weise a) Dilemmata mental zu konstruieren b) Dilemmata zu bewerten/empfinden als typisch für ihr Geschlecht.	"Haja, (.) was das angeht bin ich schon im Großen und Ganzen eine Frau und gehe eher weiblich damit um." (df46)
Genderuntypisch	Person beschreibt ihre eigene Art und Weise a) Dilemmata mental zu konstruieren b) Dilemmata zu bewerten/empfinden als un-typisch für ihr Geschlecht.	"Aber ich denke, da gehöre ich dann eher zur Männerwelt (lacht)" (qr1718)
Gender-hypothese	Wie positioniert sich die Person zu der angebotenen Hypothese bezüglich weiblicher/männlicher Herangehensweisen / Bewertungen / Umgangsweise zu Dilemmata?	
ja: Zustimmung	Die Person stimmt der Hypothese zu.	"Trifft eher zu, ja. Man versucht einfach rationaler ranzugehen. Für und Wider abzuwägen. (.) Und so die emotionale Seite lässt man erstmal draußen vor." (eg57)
nein: Zustimmung	Die Person stimmt der Hypothese nicht zu.	"[...] ne, (..) würde ich jetzt nicht sagen, dass das (.) Frauen (.) mehr betrifft wie Männer." (il912)
ja: Selbstbild	Die Person stimmt der Hypothese in Bezug auf sich selbst zu.	"Ich glaube schon ein bisschen dieser mathematische Gedanke aber mit [[der]] Variable „Was löst es in meinem Umfeld aus?“ (lacht) (.) Also bei mir zumindest." (ln1214)
nein: Selbstbild	Die Person stimmt der Hypothese in Bezug auf sich selbst nicht zu.	"I: Ja. Ich verärgere mit Sicherheit <gerne> mal jemanden. MB: Aber fällt Ihnen das eher schwerer als Männern? I: (5) Nö, fällt mir eigentlich gar nicht mal so schwer. (lacht) " (df46)
Professions-spezifisches	Was berichtet die Person auf die Frage, inwieweit Profession Entscheidungsprozesse im Dilemma beeinflusst?	
Profession ist relevant	Person beschreibt die Art und Weise a) Dilemmata mental zu konstruieren b) Dilemmata zu bewerten/empfinden c) Entscheidungen zu treffen als abhängig von der Berufsgruppe ("Berufszugehörigkeit spielt dabei eine Rolle").	"Und deswegen denke ich, dass die Berufsgruppe Pflege eher als Verwaltung und Ärzte da auch (..) eher zu neigt, einfach sich immer für alle anderen auch verantwortlich zu fühlen." (mn1314)

Profession ist irrelevant	<p>Person beschreibt die Art und Weise</p> <p>a) Dilemmata mental zu konstruieren</p> <p>b) Dilemmata zu bewerten/empfinden</p> <p>c) Entscheidungen zu treffen als unabhängig von der Berufsgruppe ("Berufszugehörigkeit spielt dabei keine Rolle").</p>	"Ich glaube man kann es nicht auf einzelne Berufs- oder pro Berufsgruppe sagen. Sondern ich glaube das ist wirklich eine individuelle Persönlichkeitsfrage." (st1920)
professions-typisch	<p>Person beschreibt ihre eigene Art und Weise</p> <p>a) Dilemmata mental zu konstruieren</p> <p>b) Dilemmata zu bewerten/empfinden als typisch für ihre Berufsgruppe.</p>	"Weil gerade in dem- in der Pflege haben wir ja quasi dieses soziale Gen. Und das macht uns ja besonders angreifbar." (ad14)
professions-untypisch	<p>Person beschreibt ihre eigene Art und Weise</p> <p>a) Dilemmata mental zu konstruieren</p> <p>b) Dilemmata zu bewerten/empfinden als un-typisch für ihre Berufsgruppe.</p>	"Ich komme ja ursprünglich aus der Pflege. Ich habe ja eine andere Denkweise [...]" (jk1011)
Rest	<i>In dieser Kategorie wurden Inhalte codiert, die sich keiner anderen Kategorie adäquat zuordnen ließen, private statt berufliche Dilemmasituationen beschrieben oder Verneinungen darstellten.</i>	"Negative Nebenwirkungen? Ne." (xz2426)

LEBENS LAUF

Personalien

Name: Meike Arend
Geburtsdatum: 17.06.1995
Geburtsort: Berlin
Staatsangehörigkeit: Deutsch
Familienstand: Ledig
Adresse: Dionys-Mellert-Str. 8, 76437 Rastatt
Telefon: 01522/9692466
E-Mail: mail@meikearend.com

Schulischer Werdegang

2001 – 2005 Hubäcker Grundschule, Hockenheim
2005 – 2010 Johann-Sebastian-Bach-Gymnasium, Mannheim
2010 – 2011 Burlingame High School, Burlingame, USA
2011 – 2014 Johann-Sebastian-Bach-Gymnasium, Mannheim
Juni 2014 Allgemeine Hochschulreife, Note 1,0

Aus- und Weiterbildungen

02/2013 – 03/2013 Ausbildung zur Erste-Hilfe-Ausbilderin
01/2016 – 05/2016 Ausbildung zur Rettungssanitäterin

Universitärer Werdegang

WS 2014 Beginn des Studiums der Humanmedizin an der
Universität Heidelberg
September 2016 Erster Abschnitt der ärztlichen Prüfung (Physikum)
Oktober 2019 Zweiter Abschnitt der ärztlichen Prüfung

Ehrenamt

2016 – 2017 Tutorin Notfallinitiative Heidelberg
2012 – 2018 Ehrenamtliche Tätigkeit im Rettungsdienst und
Bevölkerungsschutz

DANKSAGUNG

Ich möchte mich ganz herzlich bei einigen Personen bedanken, ohne die diese Arbeit in dieser Form nie zustande gekommen wäre. Allen voran geht ein riesiges Dankeschön an meinen Doktorvater, Prof. Dr. rer. soc. Jochen Schweizer-Rothers für die Unterstützung und Betreuung von der ersten Minute der Arbeit bis zur letzten. Er hatte immer ein offenes Ohr und war erreichbar für jegliche Fragen. Seine konstruktiven Rückmeldungen und guten Ratschläge waren ungemein wertvoll und seine menschliche und wertschätzende Art hat die Zusammenarbeit sehr leicht und angenehm gemacht.

Ein Projekt dieser Art kann nur im Team funktionieren. Daher möchte ich an dieser Stelle den Projektleiterinnen M. Sc. Psych. Marieke Born und M. Sc. Psych. Antonia Drews danken. Für die Aufnahme in das Team, die vielen bereichernden Treffen, die trotz zum Teil später Abendstunden immer produktiv waren und den unermüdlichen Ehrgeiz, den sie von Anfang bis Ende in das Projekt gesteckt haben.

Ein großer Dank gebührt zudem meiner Mitqualifikantin Marlen Pfisterer. Wir waren ein Team im Team, sind gemeinsam durch Dick und Dünn gegangen, haben immer unsere gute Laune bewahrt und uns auch in zahlreichen zusätzlichen Treffen gegenseitig unterstützt.

Auch die Qualifikantinnen der ersten Projektphase möchte ich dankend hervorheben. Sie waren immer für Fragen erreichbar und haben mir an vielen Stellen mit Infos zur Anfangsphase des Projekts weitergeholfen. Mein besonderer Dank gilt Leonie Birke, die neben der Zugehörigkeit zum Team auch eine sehr gute Freundin für mich ist. Außerdem Jennifer Greiving und Christina Hiltz-Ward.

Neben dem Projektteam habe ich auch im privaten Umfeld ein unglaubliches Maß an Unterstützung erhalten. Ich möchte von ganzem Herzen Dominik Birkner danken, der von Anfang an an meine Arbeit geglaubt hat und mich unterstützt hat, wo er nur konnte. Ich wäre ohne ihn nicht der Mensch, der ich heute bin. Dafür bin ich unendlich dankbar.

Abschließend danke ich meiner Familie, Sabine Arend-Spies, Martin Spies, Thomas Arend, Anneliese Zitzlaff, Mathis Arend und dem ganzen Rest der Familie, die mir immer wieder neue Motivation und Ratschläge gaben, mit hilfreichen Korrekturen nach Abschluss des Schreibens halfen, mir mit Rat und Tat bei der Arbeit und auch im Leben zur Seite stehen und auf die ich mich immer verlassen kann.

Ich danke all diesen Menschen und allen Menschen, die mich darüber hinaus in meinem Leben und bei der Arbeit begleitet haben, von ganzem Herzen.

EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG
(EIGENSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG)

1. Bei der eingereichten Dissertation zu dem Thema „Dilemmawahrnehmung von nichtärztlichen Führungskräften im Krankenhaus – Veränderungen nach einem Dilemmakompetenztraining“ handelt es sich um meine eigenständig erbrachte Leistung.
2. Ich habe nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich keiner unzulässigen Hilfe Dritter bedient. Insbesondere habe ich wörtlich oder sinngemäß aus anderen Werken übernommene Inhalte als solche kenntlich gemacht.
3. Die Arbeit oder Teile davon habe ich bislang nicht an einer Hochschule des In- oder Auslands als Bestandteil einer Prüfungs- oder Qualifikationsleistung vorgelegt.
4. Die Richtigkeit der vorstehenden Erklärungen bestätige ich.
5. Die Bedeutung der eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unrichtigen oder unvollständigen eidesstattlichen Versicherung sind mir bekannt. Ich versichere an Eides statt, dass ich nach bestem Wissen die reine Wahrheit erklärt und nichts verschwiegen habe.

Ort und Datum

Unterschrift