

**Die Rolle der psychologischen Sicherheit für die
Belegschaft in Alten- und Pflegeheimen**
Schaffung - Maßnahmen - Wirkung auf das Pflegepersonal und
ihre Führungskräfte

Masterarbeit

am

Studiengang „Betriebswirtschaft & Wirtschaftspsychologie“

an der Ferdinand Porsche FernFH

Alexandra Graf, BSc

01293122

Begutachterin: Mag.^a Christine Priesner, MBA

Graz, Mai 2022

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht. Die vorliegende Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.

Alexandra Graf

22.05.2022

Unterschrift

Zusammenfassung

Aufgrund der demografischen Entwicklung steht der Bereich Altenpflege unter starkem Veränderungsdruck, wodurch neue Anforderungen und Belastungen für die Pflegekräfte entstehen. Damit diese Herausforderungen bewältigbar sind, kann der Aufbau psychologischer Sicherheit hilfreich sein. Daher legt die vorliegende Masterarbeit den Fokus auf die Rolle der psychologischen Sicherheit für die Belegschaft in Alten- und Pflegeheimen. Mithilfe von zwölf leitfadengebundenen Interviews mit Führungs- und Pflegekräften aus verschiedenen Einrichtungen konnten Maßnahmen bestimmt werden, die beim Aufbau psychologischer Sicherheit unterstützend wirken. Insbesondere der tagtägliche Austausch im Team und das Ansprechen von Fehlern nehmen einen hohen Stellenwert ein, um eine adäquate Versorgung der Bewohner:innen gewährleisten zu können. Hilfreich für die Schaffung von psychologischer Sicherheit sind positive Rückmeldungen im Alltag, gemeinsame Fehlerbehebungen und die gegenseitige Unterstützung bei schwierigen Tätigkeiten. Den Führungskräften kommt die Aufgabe zu, als positive Vorbilder zu fungieren, um den Mitarbeiter:innen die gewünschten Werte und Handlungsweisen zu vermitteln. Es wurde festgestellt, dass in Bezug auf das Kundtun der eigenen Meinung oder beim Äußern von Ideen vor Kolleg:innen und Führungskräften, insbesondere in Teambesprechungen, weiterhin eine große Hemmschwelle besteht und nach wie vor Statusunterschiede zwischen den Berufsgruppen vorhanden sind.

Schlüsselbegriffe: psychologische Sicherheit, Alten- und Pflegeheim, Pflegekräfte, Führungskräfte, positive Rückmeldung, Fehlerbehebung, Statusunterschiede

Abstract

Due to demographic developments, the field of geriatric care is transforming and creating new demands and stresses for nursing staff. To make these challenges manageable, the development of psychological safety can be helpful. Therefore, this master thesis focuses on the role of psychological safety for the workforce in retirement and nursing homes. With the help of twelve guided interviews with managers and nursing staff from various institutions, effects were identified which support the development of psychological safety. Especially, the daily exchange within the team and the reaction to errors are important for the adequate care for the residents. Positive feedback in everyday life, shared error removal and to support each other with difficult tasks are helpful in creating psychological safety. Managers have the task of acting as positive role models to convey the desired values and behaviors to employees. It was found that there is still an inhibition level to exchange opinions and ideas in front of colleagues and managers, especially in team meetings, and that there are still status differences between the professional groups.

Keywords: psychological safety, retirement and nursing home, nursing staff, managers, positive feedback, reaction to errors, status differences

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Problemstellung und Forschungsfragen.....	2
1.2	Zielsetzung und Aufbau der Arbeit	4
2	Theoretischer Hintergrund	5
2.1	Altenpflege.....	5
2.2	Alten- und Pflegewohnheime.....	8
2.2.1	Informationsaustausch.....	11
2.2.2	Pflegequalität.....	12
2.2.3	Fehler- und Lernkultur	14
2.2.4	Mögliche Problemfelder	15
2.3	Stationsorganisation	18
2.4	Psychologische Sicherheit.....	23
2.4.1	Psychologische Sicherheit im Gesundheitsbereich und in der Pflege.....	26
2.4.2	Maßnahmen für den Aufbau psychologischer Sicherheit	29
3	Methodisches Vorgehen	35
3.1	Erhebungsmethode und -instrument	35
3.2	Interviewleitfaden.....	36
3.3	Beschreibung des qualitativen Samplings.....	37
3.4	Durchführung der empirischen Untersuchung.....	39
3.5	Beschreibung des Auswertungs- und Analyseverfahrens	40
3.6	Gütekriterien der empirischen Untersuchung.....	42
4	Ergebnisse	44
4.1	Organisation	44
4.1.1	Dienstübergabe	44
4.1.2	Besprechungen.....	45
4.1.3	Dokumentation / Pflegeplanung.....	46
4.1.4	Zuständigkeitsbereiche / Aufgabenteilung.....	47

4.2	Arbeiten im Team	49
4.2.1	Zusammenarbeit.....	49
4.2.2	Kommunikation	51
4.2.3	Vertrauen	52
4.2.4	Kontakt zu anderen Berufsgruppen	53
4.2.5	Transparente und zeitnahe Mitteilung von Neuigkeiten	54
4.3	Psychologische Sicherheit.....	55
4.3.1	Fehlerkultur.....	55
4.3.2	Hilfestellung	61
4.3.3	Meinungsäußerung / Meinungsverschiedenheiten	62
4.3.4	Ängste.....	63
4.3.5	Individuelle Stärken und Talente nutzen und schätzen	64
4.3.6	Ideen äußern	65
4.3.7	Merkmale der Mitarbeiter:innen	66
4.3.8	Wirkung der Führungskräfte	67
4.3.9	Konkrete Maßnahmen	71
4.4	Fazit durch die Teilnehmer:innen	75
4.4.1	Positive Wirkung / Wahrnehmung	75
4.4.2	Negative Wahrnehmung / Verbesserungspotenzial	77
4.5	Vergleich zwischen Führungs- und Pflegekräfte	78
5	Diskussion	80
5.1	Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse.....	80
5.2	Beantwortung der Forschungsfragen	88
5.3	Implikationen für die Praxis	94
5.4	Stärken und Limitationen der Studie	95
5.5	Zukünftige weiterführende Forschung	96
	Literaturverzeichnis.....	98
	Abbildungsverzeichnis	104
	Tabellenverzeichnis.....	104
	Anhang	105

Abkürzungsverzeichnis

bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d. h.	das heißt
DGKP	diplomierter:r Gesundheits- und Krankenpfleger:in
etc.	et cetera
GuK	gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege
GUKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
lt.	laut
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
PA	Pflegeassistent:innen
uvm.	und viele(s) mehr
z. B.	zum Beispiel
Z.	Zeile

1 Einleitung

Aufgrund der demografischen Entwicklung wird es künftig im Gesundheits- und Sozialbereich zu neuen Herausforderungen kommen. Die Lebenserwartung steigt und daher ist mit einem Anstieg der Anzahl hochbetagter Menschen zu rechnen. Dadurch erhöht sich die Zahl der pflegebedürftigen Menschen und somit auch die Nachfrage nach einer qualifizierten Pflege und Betreuung (Rappold & Juraszovich, 2019, S. 3). Die zukünftige Versorgung älterer Menschen im ambulanten Bereich, zu Hause und in Alten- und Pflegeheimen wird stark zunehmen (Swoboda & Sieber, 2011, S. 923).

Als Folge der technischen, sozialen und demografischen Entwicklung steht der Bereich Altenpflege unter starkem Veränderungsdruck. Dadurch entstehen neue Anforderungen und Belastungen für die Pflegekräfte. Immer mehr Bewohner:innen werden von weniger Pflegepersonal betreut und die Belastungssituation wirkt sich negativ auf die Gesundheit sowie Leistungsfähigkeit der Pflegenden aus. Dabei kann mehr Wertschätzung für die Pflege und die Mitarbeitenden diese Situation etwas entschärfen (Hinding, 2016, S. 2). Darüber hinaus gibt es aufgrund neuer Kriterien immer mehr Spezialisierungen der Fachkräfte, was dazu führt, dass verschiedene Pflegekräfte notwendig sind, um eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patient:innen zu ermöglichen (Nembhard & Edmondson, 2006, S. 942f.).

Damit die Herausforderungen, die die vielschichtige Arbeitsumgebung im Gesundheitsbereich mit sich bringt, bewältigt werden können und eine qualitative Versorgung gewährleistet wird, gibt es unterschiedliche Maßnahmen. Eine davon ist die Schaffung eines Klimas der psychologischen Sicherheit. Die psychologische Sicherheit wird häufig mit verbessertem Teamlernen, Kreativität am Arbeitsplatz und Teamleistung in Verbindung gebracht (O'Donovan & McAuliffe, 2020, S. 1). Dabei haben frühere Forschungsarbeiten gezeigt, dass die Erhöhung der psychologischen Sicherheit in Gesundheitsteams förderlich ist, weil dadurch die Effektivität von Arbeitsgruppen gesteigert wird. Somit werden laufend Informationen in Teams ausgetauscht. Darüber hinaus wird Feedback eingeholt, um Hilfe gebeten und über Fehler gesprochen (Edmondson, 1999, S. 350). Das Personal traut sich, die Meinung zu äußern, was zu einer verbesserten Patient:innensicherheit führen kann. Es wird eine Kultur geschaffen, in welcher kontinuierlich Qualitätsverbesserungen vorgenommen werden und die Führung sich laufend an diese anpasst (Aranzamendez, James & Toms, 2015, S. 172f.). Darüber hinaus kann ein Arbeitsumfeld, in dem sich die Mitarbeiter:innen sicher fühlen, eine hochwertige Pflege gewährleisten, indem das Engagement des Personals gefördert wird. Zusätzlich sind

Mitarbeiter:innen zufriedener mit ihrer Arbeit, was zu einer verbesserten Bindung führt (Edmondson, 2019, S. 42f.).

Mithilfe des Aufbaus psychologischer Sicherheit kann Wertschätzung und Respekt in einem Team vermittelt werden. Dadurch wird auch eine gute Zusammenarbeit sowie Kooperation von einzelnen Berufsgruppen in der Altenpflege ermöglicht (Meyer-Kühling, Frankenberg & Schröder, 2015, S. 93). Eine sichere Umgebung fördert die Beseitigung unerwünschter Ereignisse, Unfälle oder Fehler, indem die Prozesse der Gesundheitsversorgung laufend evaluiert werden (Katz-Navon, Naveh & Stern, 2005, S. 1075). Zusätzlich ist ein psychologisch sicheres Umfeld geprägt von gegenseitigem Vertrauen, was wichtig für den Informationsaustausch innerhalb eines Teams ist und somit sich auch auf die Leistungsfähigkeit von Teams auswirken kann (Edmondson, 1999, S. 354). Das alles kann die Versorgung von Bewohner:innen positiv beeinflussen.

1.1 Problemstellung und Forschungsfragen

Es zeigt sich, dass sich die Anforderungen für das Gesundheitswesen, speziell für die Altenpflege, aufgrund der demografischen sowie technologischen Entwicklung ständig ändern. Die Zusammenarbeit im interdisziplinären Team spielt dabei eine wichtige Rolle, um einen regelmäßigen Austausch zu ermöglichen und eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patient:innen zu gewährleisten (Edmondson & Lei, 2014, S. 32f.). Das Fachwissen einzelner Personen muss integriert werden, wofür eine effektive Zusammenarbeit der einzelnen Fachkräfte notwendig ist. Dadurch können Entscheidungen und Behandlungen besser abgestimmt werden, was die Qualität der Versorgung steigert. Jedoch erhält die Arbeitsumgebung von Gesundheitsberufen dadurch mehr Komplexität und Dynamik (Nembhard & Edmondson, 2006, S. 942f.). Infolgedessen treten mehrere Problemfelder in diesem Bereich auf, die den Aufbau psychologischer Sicherheit und die Zusammenarbeit in einem Team hemmen können. Jedoch können sich hier gelungene zwischenmenschliche Beziehungen positiv auf das Gefühl wahrgenommener psychologischer Sicherheit auswirken. Dafür ist es wichtig, dass das Umfeld geprägt ist durch Vertrauen, Respekt und Wertschätzung (Kahn, 1990, S. 708f.). Besonders das Thema Vertrauen ist für die erfolgreiche Zusammenarbeit innerhalb eines Pflegeteams von Bedeutung, weil die einzelnen Aufgaben oftmals aufeinander abgestimmt sind und viele Personen gemeinsam auf ein Ziel hinarbeiten. Aufgrund des Personalmangels ist hier nicht immer viel Kontrolle möglich und somit ist es wichtig, dass die Pflegekräfte einander vertrauen. Der Führungsstil nimmt auch Einfluss darauf, ob Mitarbeiter:innen sich psychologisch sicher fühlen. Dabei ist es wichtig, dass Führungskräfte offen für Neues, verfügbar und ansprechbar sind sowie Verständnis zeigen und positiv bleiben. Zu guter

Letzt soll auch noch Offenheit im Team gefördert werden, um den Informationsaustausch zu erleichtern (Edmondson, 2019, S. 173f.).

Die bestehende Literatur schafft einen guten Überblick über die Herausforderungen und Möglichkeiten bei der Schaffung psychologischer Sicherheit. Jedoch wurden die bisherigen Untersuchungen im Gesundheitsbereich hauptsächlich in Krankenhäusern, speziell in den Abteilungen Chirurgie, Geburten- und Intensivstation sowie im Bereich der Krankenpflege durchgeführt. Damit neue Erkenntnisse in Erfahrung gebracht werden können, untersucht die folgende Arbeit die Rolle der psychologischen Sicherheit für die Belegschaft in Alten- sowie Pflegeheimen und welche Herausforderungen bei der Schaffung berücksichtigt werden müssen. Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass noch zusätzliche Forschung notwendig ist, um das vorhandene Verständnis zu erweitern und um herauszufinden, wie sich psychologische Sicherheit aufbaut, abnimmt oder sogar zerstört wird. Dazu müssen noch weitere Untersuchungen durchgeführt werden, um das Zusammenspiel einzelner Ebenen besser verstehen zu können. Aus diesen hier angeführten Forschungslücken ergeben sich die ersten beiden Forschungsfragen (Edmondson & Lei, 2014, S. 40f.):

1) Welche Rolle spielt die Schaffung psychologischer Sicherheit für die Belegschaft in Alten- und Pflegeheimen?

2) Welche Maßnahmen unterstützen den Aufbau und die Weiterentwicklung der psychologischen Sicherheit?

Vergangene Forschungen haben gezeigt, dass das Führungsverhalten sowohl positiv als auch negativ den Aufbau psychologischer Sicherheit beeinflussen kann. Darüber hinaus kann auch die Zusammenarbeit im Team die Wahrnehmung psychologischer Sicherheit fördern oder hemmen. Damit die Rolle der psychologischen Sicherheit für die Beschäftigten in Alten- und Pflegeheimen klar definiert werden kann, werden Pflege- und Führungskräfte befragt. Im Zuge der Interviews soll in Erfahrung gebracht werden, wie die befragten Personen die psychologische Sicherheit wahrnehmen und bewerten. Zusätzlich sollen förderliche Maßnahmen identifiziert werden. Die Erkenntnisse aus der Befragung der Führungspersonen werden mit denen der Pflegekräfte abgeglichen, um zu erfahren, wie das Sicherheitsgefühl aus unterschiedlichen Hierarchieebenen registriert wird. Daraus ergeben sich folgende Forschungsfragen:

3) Wie wird die psychologische Sicherheit von den einzelnen Pflegekräften wahrgenommen und bewertet?

4) Wie wird die psychologische Sicherheit von den Führungskräften in der Pflege wahrgenommen und bewertet?

1.2 Zielsetzung und Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Rolle der psychologischen Sicherheit für die Belegschaft in Alten- und Pflegeheimen und mit den Maßnahmen, die den Aufbau begünstigen aber auch verhindern können. Mithilfe einer qualitativen Studie wird überprüft, wie Pflege- als auch Führungskräfte die psychologische Sicherheit wahrnehmen und bewerten. Dabei soll in Erfahrung gebracht werden, ob die theoretischen Erkenntnisse auch in der Praxis wahrgenommen werden und ob es zusätzlich noch förderliche Maßnahmen gibt, die die Schaffung von psychologischer Sicherheit unterstützen. Schließlich soll festgestellt werden, welche positive Folgen daraus für die Mitarbeiter:innen sowie Bewohner:innen in Alten- und Pflegeheimen resultieren.

Die Arbeit ist in fünf Kapitel gegliedert. Zu Beginn wird ein theoretischer Rahmen geschaffen, der die Basis für die Forschungsfragen bildet. Dabei wird zuerst der Begriff „Altenpflege“ definiert und näher auf die Organisation sowie Struktur von Alten- und Pflegeheimen eingegangen. Dabei werden die Themen Informationsaustausch, Pflegequalität und Fehler- sowie Lernkultur behandelt, um deren Bedeutung in diesem Bereich aufzuzeigen. Zusätzlich werden mögliche Problemfelder von Alten- und Pflegeheimen erläutert, welche durch den Aufbau von psychologischer Sicherheit reduziert werden können. Danach wird die Definition von psychologischer Sicherheit wiedergegeben und das Konstrukt näher beschrieben. Es wird verdeutlicht, warum besonders im Gesundheitsbereich der Aufbau dieses Konstrukts wichtig sein kann. Zu guter Letzt wird Bezug auf die einzelnen Maßnahmen genommen, die den Aufbau eines Klimas der psychologischen Sicherheit im Gesundheitsbereich sowie allgemein begünstigen.

Im dritten Kapitel wird die empirische Untersuchung und die Forschungsmethode beschrieben, mit deren Hilfe die Forschungsfragen beantwortet werden. Dabei wird näher auf die verwendete Erhebungsmethode, den Interviewleitfaden, das Untersuchungsumfeld, die Stichprobe und die Durchführung der Studie eingegangen. Schlussendlich wird in diesem Kapitel das Auswertungsverfahren veranschaulicht und die Gütekriterien der empirischen Untersuchung aufgezählt und erläutert.

Im nächsten Kapitel werden die Ergebnisse ausführlich dargestellt. Diese werden abschließend in Kapitel Fünf diskutiert und interpretiert. Dabei sollen die Forschungsfragen beantwortet werden, mögliche praktische Implikationen wiedergegeben und auf Limitationen der Arbeit eingegangen werden. Schlussendlich soll ein Ausblick auf weitere mögliche Forschungsarbeiten die Masterarbeit abrunden.

2 Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel soll ein grundlegendes Verständnis für die vorliegende Thematik geschaffen werden. Dafür wird zuerst der Bereich der Altenpflege behandelt und eine Definition von Altenpflege wiedergegeben. Danach werden die Organisation sowie Struktur von Alten- und Pflegeheimen beschrieben und auf einige wichtige Themengebiete in diesem Bereich näher eingegangen. Darüber hinaus werden auch die einzelnen vorhandenen Pflegeberufe in diesem Bereich aufgezählt und erklärt. Dadurch soll ersichtlich werden, in welchem Kontext und mit welcher Zielgruppe die empirische Forschung durchgeführt wird. Der Hauptteil des theoretischen Fundaments wird dem Konstrukt „Psychologische Sicherheit“, vor allem im Bereich des Gesundheitswesens, gewidmet. Dazu werden einige förderliche Maßnahmen, die zum Aufbau psychologischer Sicherheit im Gesundheitsbereich beitragen können, genannt und eine Verbindung zur Versorgung der Bewohner:innen in der Altenpflege hergestellt.

2.1 Altenpflege

Bei der Altenpflege handelt es sich um ein professionelles Berufsbild, welches sich mit der Betreuung und Pflege von senilen und hilfsbedürftigen Menschen in Institutionen und unterschiedlichen Organisationsformen befasst. Dabei gibt es unterschiedliche Versorgungsformen, welche meist von Altenpfleger:innen, diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger:innen, Pflegeassistent:innen oder Heimhelfer:innen ausgeübt werden. Das Ziel ist der Erhalt einer stabilen Lebensqualität und die notwendige Pflege zu erbringen, die der Betroffene nicht mehr selbst leisten kann (www.pflege.at, 02.04.2022).

Hierbei kann auch zwischen direkter und indirekter Pflege unterschieden werden. Bei der direkten Pflege handelt es sich um die sogenannte „Grundpflege“, die unmittelbar am Menschen erbracht wird. Währenddessen hilft die indirekte Pflege, die Pflegeaufgaben zu strukturieren und hat somit Einfluss auf die Pflegequalität. Dazu zählen das Pflegemanagement, die Organisation sowie Dokumentation der Pflege, die Praxisanleitung bzw. Praxisbegleitung der Mitarbeiter:innen und die Kooperation mit den anderen Berufsgruppen (Müller, 2011, S. 19f.).

Damit eine qualitativ hochwertige Betreuung und Pflege von hochbetagten und hilfsbedürftigen Menschen sichergestellt werden können, müssen die Pflegekräfte verschiedene Kompetenzen besitzen. Dabei hat sich gezeigt, dass das Kompetenzprofil der Altenpflege sehr vielschichtig sowie breit gefächert ist. Es beinhaltet fünf verschiedene Kompetenzfelder, die in Abbildung 1 dargestellt und in weiterer Folge näher beschrieben

werden. Die Sozialkompetenz zielt auf die Beziehung zwischen Pflegekraft und Pflegebedürftigen sowie deren Angehörige ab. Dabei steht primär die Beziehungsgestaltung im Vordergrund. Dafür ist es wichtig, dass das Pflegepersonal psychosoziale und personale Kompetenzen besitzen, um Gefühle der Pflegebedürftigen wahrnehmen sowie berücksichtigen und ihre eigenen Gefühle erkennen zu können. Darüber hinaus spielen Kommunikationskompetenzen eine wichtige Rolle. Zu der Vernetzungskompetenz zählen die Team- sowie Führungskompetenz und die Interessenvertretung. Die berufsspezifischen Kompetenzen beinhalten die fachlichen Kenntnisse, die zur Bewältigung konkreter Aufgaben und zur Ausführung gewisser Tätigkeiten benötigt werden. Dabei handelt es sich um die pflegerische und medizinische Fachkompetenz. Mithilfe der Organisationskompetenz wird verdeutlicht, dass es im pflegerischen Alltag auch wichtig ist, gewisse organisatorische Rahmenkompetenzen abrufen zu können. Darunter werden Kompetenzen in den Bereichen Ökonomie, EDV, Management und Recht verstanden. Das bedeutet, das Pflegepersonal muss wirtschaftlich und effizient mit den zeitlichen, finanziellen und personellen Ressourcen umgehen können und dabei gewisse rechtliche Grundkenntnisse besitzen. Abschließend wird mithilfe der methodischen Kompetenz ein flexibles und dynamisches Element in das Kompetenzprofil eingeführt. Dabei handelt es sich nicht um die Kenntnis von speziellen Methoden, sondern um die Fähigkeit, Kompetenzen aus den vier bisher genannten Hauptebenen flexibel verknüpfen und zur Anwendung bringen zu können (Blass, 2011, zitiert in Hinding, 2016, S. 9f.).

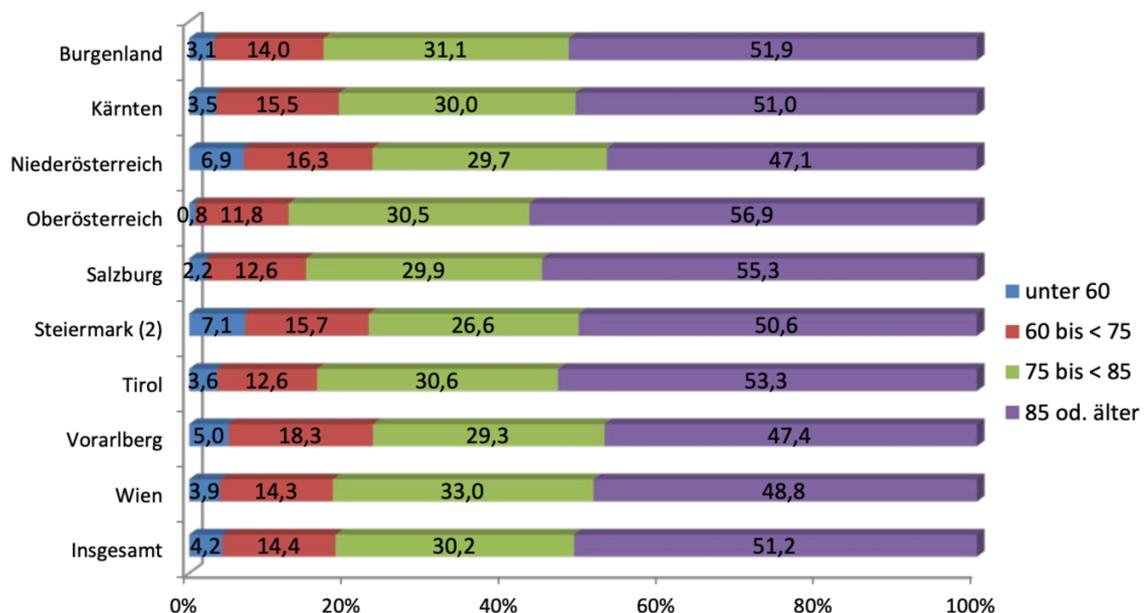
Abbildung 1: Kompetenzprofil Altenpflege



Quelle: Blass (2011, zitiert in Hinding, 2016, S. 10)

Aufgrund demografischer Veränderungen erhöht sich die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Österreich. Dadurch gewinnt die Altenpflege immer mehr an Bedeutung und der Bedarf an Betreuung steigt stetig weiter. Allein im Jahr 2020 wurden insgesamt 151.582 ältere Personen durch mobile Dienste zu Hause betreut. 2.199 Menschen nahmen mehrstündige Alltagsbegleitungen und Entlastungsdienste im häuslichen Umfeld in Anspruch und 95.263 Menschen wurden in stationären Einrichtungen (Pflegeheime, Pflegewohnhäuser etc.) untergebracht. Im Jahr 2014 lag die Zahl der betreuten Personen in stationären Einrichtungen bei 73.840. Das zeigt eine Steigerung von ca. 30 % zwischen den Jahren 2014 und 2020 und demonstriert die wachsende Zahl an pflegebedürftigem Menschen. 6.968 ältere Menschen erhielten eine Kurzzeitpflege im stationären Bereich im Jahr 2020, und teilstationäre Tagesbetreuung (Tagestätten, Tageszentren) wurden von 7.695 Personen in Anspruch genommen. In den stationären Einrichtungen waren 36.558 Betreuungs- und Pflegepersonen Vollzeit tätig und in den mobilen Diensten lag der Personalstand bei 12.806 Personen. Es zeigt sich, dass aufgrund der steigenden Zahlen eine Aufstockung des Personals in den kommenden Jahren notwendig sein wird, um eine qualifizierte Betreuung gewährleisten zu können (www.statistik.at, 02.04.2022).

Abbildung 2: Prozentanteile der durch stationäre Dienste betreuten/gepflegten Personen nach Altersgruppen Ende 2020



Quelle: www.statistik.at, Pflegedienstleistungsstatistik (Abruf am 02.04.2022)

Abbildung 2 stellt die Verteilung der durch stationäre Dienste betreuten/gepflegten Personen nach Altersgruppen gegen Ende des Jahres 2020 dar. Dabei zeigt sich, dass es sich beim Großteil der gepflegten Personen, mit über 50 %, um über 85-jährige Menschen handelt. Danach folgen die 75- bis 85-Jährigen mit knapp 30 % und die unter 75-jährigen Personen machen nur ca. 18 % der betreuten Personen aus. Anhand dieser Abbildung ist ersichtlich, dass die Lebenserwartung in Österreich und daher auch die Zahl der pflegebedürftigen Personen hoch ist (www.statistik.at, 02.04.2022).

Da sich die Umweltbedingungen laufend ändern, ist es auch notwendig, dass sich die professionelle Pflege verändert und sich an diese neuen Gegebenheiten anpasst. Nur so kann eine nachhaltige Pflege gewährleistet werden. Dabei spielt Interdisziplinarität, eine Kooperation zwischen einzelnen Berufsgruppen und eine neue Partnerschaft zwischen Angehörigen, Freiwilligen, Beschäftigten sowie älteren Menschen eine entscheidende Rolle (Kämmer, 2015, S. 18).

Stationäre Einrichtungen sind eine Möglichkeit der Betreuungsform von älteren Menschen, wozu Alten- und Pflegewohnheimen zählen. In weiterer Folge werden die Ablauf- sowie Aufbauorganisation und die Struktur von diesen beschrieben, um ein Gesamtbild der Arbeitssituation in diesem Bereich vermitteln zu können. Um die einzelnen Berufsbilder der Altenpflege besser verstehen zu können, erfolgt zusätzlich ein Exkurs in die Arten der Pflegeberufe. Dazu wird auf die unterschiedlichen Arbeitstätigkeiten Bezug genommen und die einzelnen Bezeichnungen erklärt.

2.2 Alten- und Pflegewohnheime

Im Laufe der Jahre hat sich das Gesundheitswesen stetig verbessert, was dazu führt, dass die Menschen immer älter werden. Dadurch entstand für Personen, die nicht mehr selbstständig ihr Leben führen können, ein Bedarf nach Alten- und Pflegewohnheimen. Die älteren Menschen, die in Alten- und Pflegewohnheimen betreut werden, werden oftmals als Bewohner:innen bezeichnet, da sie in den Einrichtungen wohnen und leben. Einige Pflegekräfte bezeichnen sie auch noch als Klient:innen, Pflegebedürftige oder Patient:innen. In dieser Arbeit werden sie in weiterer Folge als Bewohner:innen oder Pflegebedürftige definiert.

In Alten- und Pflegewohnheimen werden hilfs- und pflegebedürftige Personen stationär sowie über lange Zeiträume betreut und gepflegt. Dabei deckt der Bereich der stationären Betreuung eine umfassende Bandbreite an unterschiedlichen Angebotsformen ab. Das Leistungsangebot passt sich an die verschiedenen Bedürfnisse an und kann vom Wohnangebot für noch mobile Personen bis hin zu Versorgung pflegebedürftiger und

chronisch kranker Personen alles beinhalten (Winkler, Pochobradsky, Rottenhofer & Riess, 2006, S. 17).

Dabei benötigen ältere pflegebedürftige Menschen Hilfestellungen über 365 Tage im Jahr mit oftmals bis zu 24 Stunden am Tag. Alten- und Pflegewohnheime wurden für den Zweck geschaffen, diese Hilfe zu ermöglichen. Dazu werden die dort arbeitenden Menschen in einer Gruppe zusammengeführt, wodurch sie die Aufgaben gemeinsam bewältigen können. Im Unterschied dazu stehen die einzelnen Pflegekräfte, die allein im zu Hause der Pflegebedürftigen die notwendigen Hilfestellungen erbringen müssen. Damit ein Empfinden der Gruppenzugehörigkeit innerhalb eines Teams entsteht, muss das „Wir-Gefühl“ geschaffen werden (Jurgschat-Geer, 2015, S. 14f.).

Je nach individuellem Hilfebedarf werden ältere pflegebedürftige Menschen einer Pflegestufe zugeordnet. Dabei spielen die Art, Häufigkeit und der zeitliche Umfang der Pflege eine entscheidende Rolle. Es kann zwischen vollständiger Übernahme, Unterstützung, teilweise Übernahme, Beaufsichtigung und Anleitung unterschieden werden. Bei der vollständigen Übernahme erfolgt die gesamte Verrichtung seitens des Pflegepersonals und die Pflegebedürftigen leisten keinen Beitrag. Dieser Fall tritt jedoch selten auf. Meistens besitzen die Bewohner:innen die Fähigkeit, einen Teil der Pflege selbst zu erledigen oder dabei mitzuhelfen, was auch als Unterstützung bezeichnet wird. Bei der teilweisen Übernahme wird die Verrichtung anteilig zwischen den Bewohner:innen und dem Pflegepersonal aufgeteilt. Diese Aufteilung erfolgt individuell und angepasst an die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen. Dabei kann es vorkommen, dass nur bei einem Teil der Pflege Unterstützung geboten werden muss und der Rest allein von den Bewohner:innen erledigt werden kann. Wenn die Sicherheit einer Verrichtung nicht gegeben ist und somit eine Selbstgefährdung entstehen kann, erfolgt die Beaufsichtigung. Diese kann je nach Bedarf variieren. Dabei kann es von einer Erledigungskontrolle bis zum ständigen Dableiben alles beinhalten. Unter Anleitung werden die Motivation, Anregung und Lenkung zu einer gewissen Tätigkeit bzw. Handlung verstanden. Das kann z. B. bei Pflegebedürftigen vorkommen, deren motorische Fähigkeiten noch teilweise oder vollständig erhalten sind, jedoch die kognitiven Fähigkeiten nicht mehr dazu ausreichen, sinnvolle Handlungsabläufe selbst zu steuern (Kämmer, 2015, S. 163f.).

Damit eine gute Wohn- sowie Arbeitsatmosphäre geschaffen wird, gehört die Organisation in Alten und Pflegewohnheimen klar geregelt. Dafür muss eine Struktur geschaffen sowie gemeinsame Ziele festgelegt werden, die auch die Zusammenarbeit bestimmen und der Informationsaustausch muss klar reguliert werden. Mithilfe einer gut

entwickelten sowie transparenten Aufbau- und Ablauforganisation kann die Qualität zunehmend gesichert werden (Müller, 2011, S. 32ff.).

Durch die Aufbauorganisation wird festgelegt, welche Aufgaben den Mitarbeiter:innen zugeordnet sind und in welchem Verhältnis die Mitarbeiter:innen zueinanderstehen. Dabei werden zuerst die einzelnen Gesamtaufgaben in möglichst kleine Teilaufgaben zerlegt und zu einem passenden Aufgabenpaket zusammengefasst. Dieses wird dann einem Arbeitsplatz bzw. einer Stelle zugeordnet. Die einzelnen Befugnisse werden klar definiert und oftmals in Stellenbeschreibungen festgehalten (Frodl, 2011, S. 95ff.). Die Ablauforganisation bestimmt, wie und wo die Aufgaben ausgeübt werden. Dazu wird die Aufgabenzerlegung aus der Aufbauorganisation verwendet und in zeitlich sowie räumlich richtige Reihenfolge gebracht. Als Hilfsmittel für die Darstellung können hier Arbeitsablaufpläne und -diagramme erstellt werden (Frodl, 2011, S. 100).

An der Versorgung von Bewohner:innen sind tagtäglich verschiedene Berufsgruppen und Personen beteiligt. Damit die Versorgungsqualität trotzdem gewährleistet wird, ist eine gute Zusammenarbeit von Pflegenden und Ärzt:innen notwendig (Meyer-Kühling et al., 2015, S. 70f.). Dabei spielt Kommunikation eine große Rolle, um die optimale Versorgung der Bewohner:innen zu ermöglichen. Das wird als integrierte Versorgung bezeichnet. Dabei steht im Vordergrund, dass die Versorgung interdisziplinär gestaltet wird, um eine bedarfsgerechte Zusammenarbeit aller Berufsgruppen fördern zu können. Hierbei kann sich die Integration der Versorgung über verschiedene Bereiche erstrecken (Bolz, 2015, S. 25).

Damit das Personal effektiv eingesetzt wird, bedarf es einer guten Planung. Vor allem, weil die Bewohner:innen von Alten- und Pflegeheimen rund um die Uhr betreut und gepflegt werden, ist eine gute Strukturierung der Arbeitszeiten notwendig. Dafür werden Tag- und Nachtdienste mit spezifischen Anforderungen festgelegt, weil die Pflege situative Unterschiede am Tag und in der Nacht aufweist (Müller, 2011, S. 256f.). Um das Pflegepersonal vor Überlastung schützen zu können, wird die Versorgung von Pflegebedürftigen in Schichten eingeteilt. Dafür wird ein Dienst- und Einsatzplan erstellt, der die Arbeitszeiten sowie die Aufgaben während der Schicht für alle Beschäftigten festlegt. Dadurch erfahren die Mitarbeiter:innen, wann ihre Dienste beginnen, enden und mit wem sie gemeinsam arbeiten (Müller, 2011, S. 37).

In weiterer Folge wird auf die Themen Informationsaustausch, Pflegequalität, Fehler- und Lernkultur näher eingegangen, um die Bedeutung dieser Bereiche für die Erbringung einer qualitativ hochwertigen Pflege hervorzuheben. Darüber hinaus werden einige

Problemfelder behandelt, um die Bedeutung von psychologischer Sicherheit in Alten- und Pflegeheimen darstellen zu können.

2.2.1 Informationsaustausch

Aufgrund der arbeitsteiligen Leistungserbringung in der Pflege ist es wichtig, dass die Beteiligten sich laufend austauschen. Somit sind die Mitarbeiter:innen immer auf dem neuesten Stand, wodurch eine qualitativ hochwertige Versorgung der Bewohner:innen ermöglicht werden kann. Dafür sind vor allem die Pflegedokumentation, die Dienstübergabe und die Dienstbesprechung von Bedeutung. Die Kommunikation zwischen den einzelnen Mitarbeiter:innen und Fachrichtungen spielt eine wichtige Rolle, um einen aktiven Austausch zu ermöglichen (Müller, 2011, S. 417).

Eine enge Kooperation und gute Koordination der medizinischen Versorgung über verschiedene Fachrichtungen, Berufsgruppen und Sektoren hinweg kann für eine optimale Versorgungsqualität sorgen. Eine bedarfsgerechte Zusammenarbeit sowie eine integrierte Versorgung können hierbei förderlich sein. Vor allem, wenn Bewohner:innen von Krankenhäusern in Alten- und Pflegeheimen verlegt werden, besteht ein erhöhter Abstimmungsbedarf. Dadurch gewinnt der verstärkte Informationsaustausch immer mehr an Bedeutung und es spielt eine entscheidende Rolle, dass alle relevanten Berufsgruppen, Institutionen und Personen miteingebunden werden und sich austauschen (Bolz, 2015, S. 25f.).

Damit der Informationsaustausch zwischen Ärzt:innen und dem Pflegepersonal konstruktiv ist, müssen Ansprechpartner:innen unter den Pflegekräften festgelegt werden, die den Kontakt zu den Ärzt:innen herstellen und direkt halten. Dadurch wird der Informationsweg vereinheitlicht und die notwendigen Rahmenbedingungen für einen gezielten Austausch geschaffen. Dieser Kontakt sollte auf Augenhöhe stattfinden, wofür Kooperation und Wertschätzung auf beiden Seiten vorhanden sein müssen. Für einen positiven Informationsaustausch ist es auch förderlich, dass die Ärzt:innen gut erreichbar und verfügbar sind, wenn Bedarf besteht. Aufgrund der intensiven Zusammenarbeit in Form eines strukturierten, regelmäßigen Austausches können gegenseitige Erwartungshaltungen abgeklärt und in weiterer Folge berücksichtigt werden. Dabei können gemeinsam organisierte Fallbesprechungen hilfreich sein, um sich über bestimmte Bewohner:innen persönlich austauschen zu können. Hierbei können die nächsten Schritte gemeinsam festgelegt werden, sodass Ärzt:innen und das Pflegepersonal ein gemeinsames Ziel verfolgen (Meyer-Kühling et al., 2015, S. 71ff.).

Bei der Pflegedokumentation handelt es sich um die Abbildung des Pflegeprozesses. Das bedeutet, die Dokumentation betrifft die Aufzeichnung aller für die Pflege relevanten Informationen. Dabei wird über Pflegeplanung, Versorgung und Behandlung alles dokumentiert und es stellt somit einen Teil der Pflegeadministration dar. Daraus können Notwendigkeiten sowie Aufgabenstellungen abgeleitet werden. Zusätzlich haben Mitarbeiter:innen die Möglichkeit, jederzeit nachzulesen, um nichts Wichtiges zu vergessen oder zu übersehen. Hierbei sollte das Augenmerk auf die Bewohner:innen gelegt werden und alles so ausführlich, wie möglich, notiert werden. Darüber hinaus sollte die Option bestehen, bei den Kolleg:innen nachfragen zu können, falls etwas unklar erscheint. Diese Dokumentation kann schlussendlich auch als Nachweis verwendet werden, um Haftungsansprüche auszuschließen. Sie liefert Informationen für alle Beteiligten und stellt somit den Informationsfluss sicher. Dadurch kann die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den Mitarbeiter:innen und den einzelnen Arbeitsschichten sowie Berufsgruppen verbessert werden (Müller, 2011, S. 280ff.).

Die Dienstübergaben in Alten- und Pflegeheimen sind wichtig und stellen entscheidende Nahtstellen zwischen den Mitarbeiter:innen der einzelnen Schichten dar. Sie sind oftmals im Dienstplan verankert und Teil der Ablauforganisation. In den meisten Einrichtungen fallen Dienstübergaben in der Regel dreimal täglich an, in manchen auch nur zweimal. Dabei sind die Beschäftigten selbst dafür verantwortlich, sich die notwendigen Informationen zu beschaffen und Rückfragen zu stellen, falls etwas unklar ist. Dafür ist es wichtig, dass das Tagesgeschehen umfassend sowie korrekt dokumentiert wird und Auffälligkeiten für die Folgeschicht in einem Übergabeprotokoll vermerkt werden (Müller, 2011, S. 418). Zusätzlich zu den Dienstübergaben sind auch Dienstbesprechungen notwendig, um schichtübergreifende Informationen weitergeben und um spezielle Sachverhalte ausdiskutieren zu können. Dabei kann es sich um die allgemeine Zusammenarbeit, Pflegequalität, Pflegemanagement oder Arbeitsorganisation handeln. Bei speziellen Dienstbesprechungen können auch außergewöhnliche Fälle behandelt werden. Dafür muss ein Termin vereinbart und den Mitarbeiter:innen rechtzeitig mitgeteilt werden, um etwaige Störfaktoren bereits im Vorfeld zu beseitigen (Müller, 2011, S. 422).

2.2.2 Pflegequalität

Mit der zunehmenden Anzahl pflegebedürftiger Menschen steigt auch das Interesse an der Qualität der Pflege in der Öffentlichkeit und in Fachkreisen. Die Anforderungen an das Pflegepersonal erhöhen sich und die Erwartungen der Bewohner:innen steigen. Damit die Pflegequalität sichergestellt werden kann, gibt es einige Standards, die von Fachexpert:innen entwickelt wurden. Diese Standards sollen in den Einrichtungen

umgesetzt werden, was oftmals eine Herausforderung darstellt (Bolz, 2015, S. 20f.). Ziel dieser Pflegestandards ist, ein einheitliches und anerkanntes Qualitätsniveau sicherzustellen und dafür zu sorgen, dass Fehler vermieden werden. Darüber hinaus liefern sie Orientierung und Sicherheit bei Bewohner:innen und Mitarbeiter:innen, indem pflegerisches Handeln nachvollziehbar dokumentiert wird, was auch als rechtliche Absicherung herangezogen werden kann. Dabei muss darauf geachtet werden, dass Mitarbeiter:innen diese Pflegestandards einhalten, ohne die Individualität der Bewohner:innen und deren Bedürfnisse zu übersehen (Bolz, 2015, S. 42f.).

Im Mittelpunkt einer guten Pflegequalität steht die Weiterbildung bzw. -entwicklung der Mitarbeiter:innen. Die persönlichen und fachlichen Qualifikationen dieser müssen laufend evaluiert und weiterentwickelt werden, um somit immer auf dem neuesten Stand zu sein. Aufgrund der dynamischen Umweltbedingungen hat sich gezeigt, dass ein laufendes Lernen für Leben und Beruf notwendig ist. Dabei ist die Teilnahme an Seminaren, Lehrgängen, Kongressen und Vorträgen erforderlich, um aktuelles und zukunftsweises Wissen und Können zu erwerben. Dabei kann zwischen Erhaltungs-, Erweiterungs- und Anpassungsweiterbildung unterschieden werden (Frodl, 2011, S. 134).

Damit nicht nur die Pflegequalität, sondern auch die Lebensqualität gewährleistet wird, sollte mindestens ein:e Mitarbeiter:in für die Bewohner:innen anwesend sowie ansprechbar sein. Bei den Aktivitäten dominiert nicht mehr die Pflege, sondern der Schwerpunkt liegt auf unterstützenden Maßnahmen zur selbstständigen Lebensgestaltung. Das bedeutet, es werden auch sinnhafte und sinnstiftende Tätigkeiten gefördert, die den Tagesablauf für die Bewohner:innen strukturieren. Dafür sind Mitarbeitende notwendig, die präsent sind und ihre Arbeit auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen ausrichten (Müller, 2011, S. 230f.).

Der Aufbau und die Arbeit muss genau geplant und organisiert werden, sodass die Mitarbeiter:innen in Alten- und Pflegeheimen ihre Verantwortungen und Aufgaben überhaupt wahrnehmen können. Dabei übernimmt die Wohnbereichs- bzw. Stationsleitung oftmals Managementaufgaben. Sie schaffen Rahmenbedingungen für die Lebenszufriedenheit der Bewohner:innen, fördern sowie beraten die Mitarbeiter:innen und leiten diese auch an. Die Pflegefachkräfte, diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger:innen und die Altenfachbetreuer:innen sind verantwortlich für die Steuerung des Pflegeprozesses. Dabei planen und dokumentieren sie die Pflege und gewährleisten eine Qualitätssicherung. Darüber hinaus leiten sie die Pflege- sowie Heimhilfen an und beaufsichtigen diese beim Ausführen der Tätigkeiten. Die Pflege- sowie Heimhilfen unterstützen im Alltag und erbringen die im Pflegeplan festgelegten Aufgaben (Müller, 2011, S. 235).

Abschließend sind Alten- und Pflegeheimen dazu verpflichtet, die Qualität ihrer Pflegeleistungen zu gewährleisten. Dafür muss die Pflegequalität laufend evaluiert sowie weiterentwickelt und Maßnahmen zur Sicherung durchgeführt werden. Es soll sichergestellt werden, dass den Bewohner:innen eine bestmögliche, risikoarme und adäquate Pflege zukommt. Dabei wirken klar definierte Abläufe, die Einführung eines Fehlermanagements und eine effektive Kommunikation unterstützend, um Fehler schnell beseitigen zu können (Müller, 2011, S. 509). Es ist wichtig, dass Mitarbeiter:innen keine Angst gegenüber Ärzt:innen, Vorgesetzten oder Teammitgliedern haben und sich trauen nachzufragen, falls sie Informationen nicht verstanden haben (Bolz, 2015, S. 161). Dafür kann der Aufbau einer Fehler- sowie Lernkultur förderlich sein, die im nächsten Unterkapitel beschrieben wird.

2.2.3 Fehler- und Lernkultur

Damit ein Risikomanagement erfolgreich ist und die Qualität der Pflege laufend verbessert sowie evaluiert werden kann, sollte ein Fehlermanagement eingeführt werden. Hierbei ist es wichtig, dass Fehler nicht als Katastrophe, sondern als Chance betrachtet werden. Jeder Fehler beinhaltet die Möglichkeit, daraus zu lernen und die eigene Leistung zu verbessern. Dafür gehören Fehler zeitnah bearbeitet und regelmäßig ausgewertet. Dabei konnten Fehler quantitativ analysiert und Lern- sowie Verbesserungspotenziale bestimmt werden (Müller, 2011, S. 534ff.).

Ziel eines effektiven Fehlermanagements ist es, die Fehler zu reduzieren oder von vornherein zu vermeiden. Damit ein Fehlermanagement hilfreich sein kann, muss eine Fehlerkultur in die Einrichtung eingeführt werden. Diese Kultur wird geprägt durch Vertrauen, offene Kommunikationsstrukturen und veränderten Einstellungen gegenüber Fehlern. Dadurch fühlen sich Mitarbeiter:innen verpflichtet, Fehler zu melden und haben keine Angst oder Sorgen vor möglichen negativen Folgen (Müller, 2011, S. 534ff.).

Dafür soll eine Einstellung vermittelt werden, dass Fehler nicht schädlich oder ein Ausdruck der Unfähigkeit sind, sondern eine Möglichkeit darstellen, daraus zukunfts- und erfolgsorientierte Verhaltensweisen ableiten zu können. Aufgrund der integrierten Versorgung in der Altenpflege sind Fehler häufig nicht auf einzelne Personen zurückzuführen. Die Ursachen liegen meist in den strukturellen Bedingungen oder in der mangelnden Organisation und Kommunikation. Oftmals werden Fehler vertuscht aus Angst vor einem Ansehensverlust oder vor disziplinarischen Konsequenzen. Damit Fehler geäußert werden, muss eine konstruktive Fehlerkultur eingeführt werden. Dadurch werden Fehler und Beinahe-Fehler offen kommuniziert und somit ist Lernen aus Fehlern möglich. Das Ziel sollte sein, die Fehler in Zukunft zu reduzieren bzw. zu vermeiden und keine:n

Schuldige:n zu suchen (Bolz, 2015, S. 134ff.). Der Aufbau psychologischer Sicherheit kann förderlich sein, um eine effektive Fehlerkultur herbeizuführen. Der Aufbau dieses Konstrukts wird in Kapitel 2.4 behandelt.

Eine weitere Notwendigkeit für Alten- und Pflegewohnheime ist die Einführung einer Lernkultur. Dafür müssen Pflegekräfte, Neuerungen in der Pflege laufend überprüfen und das eigene Verhalten sowie die Umweltbedingungen evaluieren. Mithilfe einer Fehlerkultur kann ein Lernbedarf aufgedeckt werden, der durch den Aufbau notwendiger Kompetenzen reduziert werden kann. Damit die Pflege qualitativ erfolgt, sollten kontinuierliche Fortbildungen geboten werden, um die notwendigen fachlichen Kompetenzen zu erwerben. Lebenslanges Lernen soll gefördert werden, sodass eine professionelle Pflege dauerhaft erfolgen kann, die die notwendigen Standards einhält. Dadurch richtet sich die Pflege auch am Wohl der Bewohner:innen aus und berücksichtigt hier aktuelle Änderungen oder neue Bedürfnisse (Bolz, 2015, S. 137f.).

Zusätzlich zu den fachlichen Anforderungen an das Pflegepersonal gibt es eine Vielzahl Erwartungen seitens der Bewohner:innen. Diese können sich je nach Art der Pflegebedürftigen oder der Einrichtung unterscheiden. Dabei spielt zwar die fachliche Kompetenz eine wichtige Rolle, ist aber häufig nicht vorrangig. Viele Bewohner:innen wollen, dass ihre Selbstbestimmung, Privatsphäre und Entscheidungsfreiheit trotz Betreuung aufrecht erhalten bleiben. Darüber hinaus bevorzugen sie persönliche Zuwendung durch die Pflegeperson sowie eine vertrauensvolle, wertschätzende Beziehung zu dieser. Eine entscheidende Rolle spielt auch, ob die Pflegekräfte gut erreichbar sind und ausreichend Zeit zur Verfügung haben. Schlussendlich stellt die personelle Kontinuität bzw. ein geringer Personalwechsel noch eine wichtige Erwartung seitens der Bewohner:innen dar. Dabei hat sich gezeigt, dass diese Erwartungen oft über die Inhalte einer traditionellen Pflege hinaus gehen (Bolz, 2015, S. 21f.).

2.2.4 Mögliche Problemfelder

In Alten- und Pflegewohnheimen können verschiedene Problemfelder auftreten, die sich negativ auf die qualitative Versorgung von Bewohner:innen sowie auf die Zusammenarbeit der Pflegekräfte auswirken können. Dabei wurden bereits einige mögliche Bereiche erwähnt, die Problemfelder darstellen können. Im Zuge des Informationsaustausches zwischen den Beschäftigten können Probleme entstehen oder die gelebte Fehler- und Lernkultur kann Defizite aufweisen. Beide Bereiche sind wichtig für eine effiziente Pflege.

Ein weiteres mögliches Problemfeld sind soziale Ängste sowie Leistungs- und Versagensängste. Bei den sozialen Ängsten handelt es sich um folgende Ängste: Angst vor

Vorgesetzten, die Angst vor Arbeitskolleg:innen, die Angst vor unterstellten Mitarbeiter:innen, die Angst vor offener Meinungsäußerung und die Präsentationsangst. Dabei haben die Mitarbeiter:innen Angst davor, dass sie sich blamieren, zurückgewiesen oder nicht anerkannt werden. Es hat sich gezeigt, dass eine steigende Interaktionsdichte innerhalb einer Organisation das Auftreten von sozialen Ängsten steigern kann (Witkowski, 2021, S. 207).

Auch Edmondson (2019, S. 26) hat bereits erkannt, dass sich die Mitarbeitenden am Arbeitsplatz einem zwischenmenschlichen Risiko ausgesetzt fühlen. Häufig unterlassen sie das Äußern von Meinungen oder das Einreichen von Vorschlägen, um von den Führungskräften sowie anderen Mitarbeitenden nicht als inkompetent oder unwissend betrachtet zu werden. Darüber hinaus möchten viele nicht negativ auffallen, indem sie Fragen stellen, neue Ideen präsentieren oder Fehler zugeben (Edmondson, 2019, S. 26; Witkowski, 2021, S. 208). Das kann dazu führen, dass Mitarbeitende nicht nur unangenehme Nachrichten verheimlichen, sondern auch Ideen oder Verbesserungen nicht teilen (Edmondson, 2019, S. 58ff.; Witkowski, 2021, S. 209). Hierbei ist es wichtig, eine positive und systematische Fehlerkultur einzuführen. Die Führungskräfte sollen vermitteln, dass es in Ordnung ist, Fehler zu machen. Dafür muss eine offene Kommunikation gefördert, Informationen transparent sowie rechtzeitig verbreitet und ein vertrauensvolles Verhältnis geschaffen werden (Witkowski, 2021, S. 209). Dabei spielt der Aufbau von psychologischer Sicherheit eine entscheidende Rolle, um dieses Problemfeld in Alten- und Pflegeheimen zu beseitigen. Die Theorie dazu wird in Kapitel 2.4. näher behandelt.

Es ist in Alten- sowie Pflegeheimen wichtig, dass Fehler offen kommuniziert werden, damit diese schnell behoben werden können und somit für das Wohl der Bewohner:innen gesorgt wird. Eine mögliche Fehlerquelle stellt dabei auch die Sicherheit der Arzneimitteltherapie dar. Darunter wird die optimale Organisation eines fehlerfreien Medikationsprozesses für die Bewohner:innen verstanden. Das beinhaltet jedoch ein gewisses Maß an Risiko und stellt somit ein mögliches Problemfeld dar. Oftmals sind hier viele Berufsgruppen beteiligt und viele Schnittstellen können zu Sicherheitslücken führen. Dadurch kann es zu Fehlmedikationen kommen. Es ist wichtig, dass diese im Vorfeld bereits vermieden oder frühzeitig erkannt werden, um Gegenmaßnahmen einleiten zu können. Bei den Medikationsfehlern in der Altenpflege handelt es sich meistens um vermeidbare Schädigungen der Bewohner:innen. Dazu zählt die Ausgabe eines nicht verordneten Arzneimittels, die Abweichung bei der Dosierung, die Unterlassung eines bereits verordneten Medikaments als auch die Nichtaufklärung der Bewohner:innen (Jaehde, Kloft & Radziwill, 2017, S. 169ff.).

Es kann verschiedene Gründe für das Auftreten von Medikationsfehlern geben. Dabei kann es sich einerseits um systembedingte Ursachen handeln oder um personenbedingte. Das bedeutet, dass entweder das System gewisse Schwächen aufweist, wie zum Beispiel eine schlechte Organisation von Handlungsabläufen oder eine Pflegeperson vergisst zum Beispiel, ein Medikament zu verabreichen. Wichtig ist es, passend und adäquat auf den Fehler zu reagieren und diesen offen anzusprechen. Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass das Schaffen von Systemen und Strukturen zu einer niedrigeren Fehlerquote führen kann (Jaehde et al., 2017, S. 174). Auch der Aufbau von psychologischer Sicherheit kann unterstützend wirken und Offenheit bei der Ansprache von Medikationsfehlern sowie einen konstruktiven Umgang mit diesen ermöglichen. Es ist wichtig, dass die Bereitschaft gegeben ist, um aus Fehlern zu lernen. Dafür muss eine Arbeitsatmosphäre geschaffen werden, in der die Pflegekräfte Fehler und Beinahe-Fehler melden können, ohne sich fürchten zu müssen. Nur dann kann eine Fehler- und Lernkultur effektiv sein, wo die psychologische Sicherheit und allgemein eine Sicherheitskultur eine wichtige Rolle spielt (Jaehde et al., 2017, S. 174).

Ein weiteres Problemfeld stellt die hohe Beanspruchung im Umgang mit den Bewohner:innen dar. Unterschiedliche Krankheitsbilder, Konfrontation mit Sterbefällen oder auch die körperlichen Beanspruchungen führen zu unterschiedlichen Belastungen für die Pflegekräfte. Auch verschiedene Führungsstile sowie ständig wechselnde Anweisungen können belastend für das Pflegepersonal sein. Ungelöste Konflikte innerhalb eines Teams zerstören das Arbeitsklima und führen zu einer zusätzlichen Belastung im Alltag. Dadurch sind Pflegekräfte einem erhöhten Stressniveau ausgesetzt, was zu erhöhten Fehlzeiten sowie zu einer geringen Arbeitszufriedenheit führen kann. Hier kann ein eingespieltes Team entlastend sowie förderlich wirken. Dabei sollte dieses Team geprägt sein durch Wertschätzung, gegenseitiger Unterstützung und einer offenen Kommunikation (Maier, 2011, S. 223). Das sind auch Kennzeichen der psychologischen Sicherheit. Der Aufbau dieser ermöglicht den Mitarbeiter:innen, dass sie sich trauen, nach Hilfe zu fragen. Somit senken die Pflegekräfte ihre eigenen Belastungen und können dadurch die Pflege erbringen, ohne sich selbst zu schaden.

In der Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen können auch Probleme auftreten, die durch den Aufbau psychologischer Sicherheit reduziert werden. Im Gesundheitswesen nimmt die Anzahl der Spezialisierungen der Fachkräfte immer weiter zu. Es treffen immer mehr Fachgebiete aufeinander, was den Austausch komplexer sowie dynamischer werden lässt. Damit eine hochwertige Versorgung der Bewohner:innen möglich ist, müssen Pflegekräfte ihr Wissen und ihre Bemühungen vereinen. Darüber hinaus ist es notwendig, dass alle Berufsgruppen zusammenarbeiten, Probleme teilen und

gemeinsam Lösungen suchen. Dafür sind ein kollektives Entscheidungsfinden, eine offene Kommunikation und gegenseitiger Respekt entscheidend. Wenn dem Austausch diese Bedingungen zugrunde liegen, kann die Qualität stark verbessert werden. Ansonsten erhöht sich die Fehlerquote und Menschenleben können auf dem Spiel stehen. Hier hat sich gezeigt, dass die Schaffung psychologischer Sicherheit das Lernen in einem interdisziplinären Team erweitert. Dadurch kann das Engagement von Teams erhöht und die Pflegequalität verbessert werden, was den Bewohner:innen zugutekommt (Nembhard & Edmondson, 2006, S. 942ff.).

Das nächste Kapitel beschreibt die Stationsorganisation und gibt einen Überblick über Pflegeberufe in den Einrichtungen.

2.3 Stationsorganisation

Es wurde festgestellt, dass die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen weiter zunimmt, während das Pflegepersonal immer knapper wird und die Einrichtungen oft zusätzlich noch mit personalen Ausfällen zu kämpfen haben. Das führt zu einer steigenden Arbeitsbelastung, wodurch die Relevanz für gute Arbeitsbedingungen in der Pflege steigt. Dafür sind eine klare Arbeitsgestaltung sowie eine effiziente Stationsorganisation notwendig. Für eine gute Stationsorganisation ist es wichtig, dass eine klare Struktur gegeben ist. Dazu muss der Pflegeprozess sowie das Pflegesystem festgelegt werden, die Zuständigkeitsbereiche genau definiert und der Informationsfluss zwischen den Berufsgruppen gewährleistet werden. Ein fairer Dienstplan spielt hierbei eine wichtige Rolle und der Umgang mit den Bewohner:innen und untereinander im Team gehört vereinbart. Schlussendlich ist es wichtig, die Zusammenarbeit mit anderen Diensten zu organisieren und den Tag eine grobe Struktur zu geben (Stab & Hacker, 2016, S. 4f.).

Laut dem Interview mit Frau Mag. Steiner im Magazin ProCare führen unklare Strukturen zu erhöhtem Stress und zu einer erhöhten Unsicherheit beim Pflegepersonal. Bereits auf der Stationsebene ist es wichtig, verschiedene Berufsgruppen richtig einzuteilen und Tagespläne sowie Übergaben konkret festzulegen, um den Informationstransfer sicher zu stellen. Mithilfe klarer Strukturen und Stellenbeschreibungen kann das Stresslevel reduziert und die Arbeit erleichtert werden. Dabei ist es wichtig, dass viel kommuniziert wird und Entscheidungen transparent sind. Je besser Mitarbeiter:innen beim Entscheidungsprozess informiert werden, desto besser können sie diese umsetzen und sich damit identifizieren. Auch innere Stressoren müssen festgestellt und reduziert werden. Viele Menschen im Pflegeberuf streben danach, fehlerfrei zu arbeiten oder trauen sich etwas nicht zu. Das kann zu zusätzlicher Angst und Panik führen, weswegen es wichtig

ist, dagegen zu wirken, indem Menschen als wertvoll betrachtet werden, auch wenn sie nicht perfekt sind und Fehler im Alltag machen (Springer Vienna, 2019, S. 44ff.).

Eine weitere Herausforderung in Alten- und Pflegeheimen stellen die Vielzahl an Begrifflichkeiten zur Beschreibung unterschiedlicher Aufgabenbereiche und Tätigkeiten der Mitarbeitenden dar. In weiterer Folge werden die einzelnen Pflegeberufe erläutert, wodurch ersichtlich werden soll, mit welcher Stichprobe die empirische Untersuchung durchgeführt wurde und wie die Organisation eines Alten- und Pflegeheims erfolgen kann.

Allgemein kann festgehalten werden, dass in Österreich die Pflegeberufe zu den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen gezählt werden und die Regelung somit auf Bundesebene vom jeweils zuständigen Ministerium erfolgt. Das bedeutet, die Grundlage für diese Berufe sind die Landesgesetze der Bundesländer. Je nach Ausbildung erhalten die einzelnen Berufsgruppen Pflegekompetenzen in abgestuftem Ausmaß und zusätzliche Befugnisse (Winkler et al., 2006, S. 9).

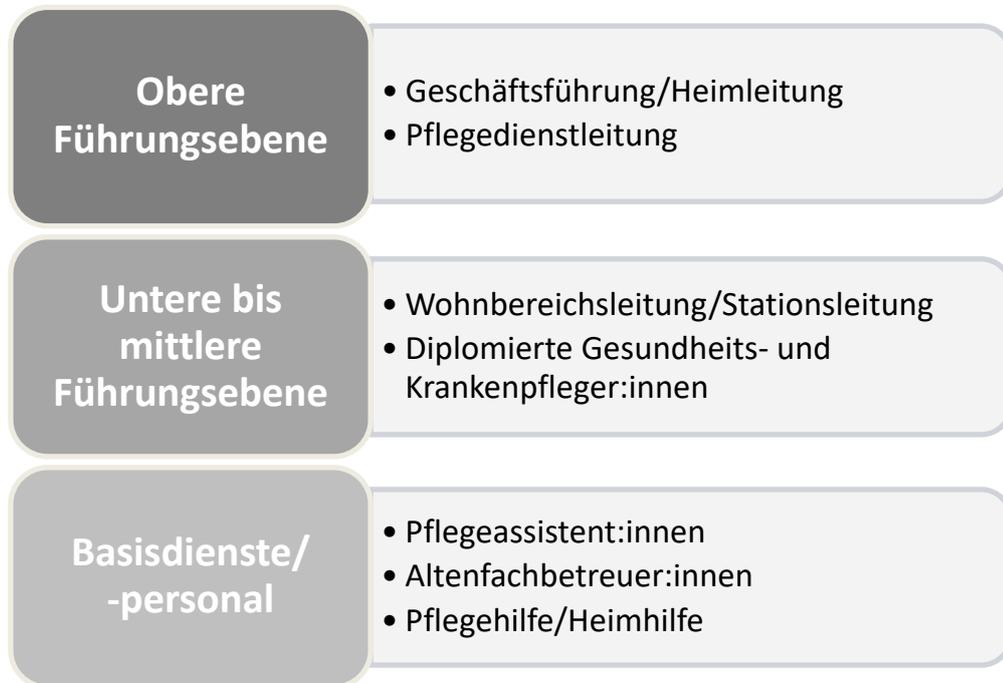
Folgende Berufsgruppen arbeiten in Alten- und Pflegeheimen zusammen, um eine qualitative Versorgung der Bewohner:innen gewährleisten zu können:

- Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen
- Pflegeassistent:innen und Pflegehilfen
- Fach-Sozialbetreuer:innen mit dem Schwerpunkt Altenarbeit / Altenfachbetreuer:innen
- Heimhelfer:innen

Abbildung 3 zeigt eine Möglichkeit, wie die Organisation in einem Alten- und Pflegeheim erfolgen kann. Dabei stellen die Geschäftsführung bzw. Heimleitung und die Pflegedienstleitung die obere Führungsebene dar. Die untere bis mittlere Führungsebene wird von der Wohnbereichs- bzw. Stationsleitung besetzt. Dabei zählen noch die diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger:innen zu dieser Führungsebene. Die Wohnbereichs- bzw. Stationsleitung kann von unterschiedlichen Berufsgruppen, wie zum Beispiel diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen, Ärzt:innen, Altenfachbetreuer:innen, eingenommen werden. Dabei spielt Ausbildung und langjährige Erfahrung eine entscheidende Rolle. Abschließend handelt es sich bei den Altenfachbetreuer:innen und der Pflege- bzw. Heimhilfe um das Basispersonal, das im Alltag bei diversen Tätigkeiten unterstützt (Winkler et al., 2006, S. 3). Dabei sollte noch betont werden, dass die Organisation in den einzelnen Einrichtungen unterschiedlich gestaltet

werden kann, je nach Bedarf, Größe sowie Art der Einrichtung. Dadurch kann die Hierarchie variieren und sich voneinander unterscheiden.

Abbildung 3: Organisation von Alten- und Pflegeheimen



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an ÖBIG (zitiert in Winkler et al., 2006, S. 3)

Die Heimleitung in Alten- und Pflegeheimen ist zuständig für die Bereiche Pflege, Hauswirtschaft, Verwaltung und Haustechnik. Dabei ist sie einerseits verantwortlich für die Schaffung aller notwendigen Ressourcen für eine qualifizierte Pflege und andererseits für die Koordination der Gesamtaufgaben der Einrichtung. Sie befasst sich mit den Angelegenheiten in den Bereichen Management, Struktur- und Ablauforganisation sowie Finanzen. Die Heimleitung führt die Einrichtung mitsamt allen Mitarbeiter:innen und vertritt diese auch nach außen. Schlussendlich ist sie noch beteiligt an der Erstellung, Anpassung und Umsetzung des Heimkonzeptes sowie -leitbildes und schafft ein einheitliches Zielkonzept (www.pqsg.de, 16.01.2022).

Damit die einzelnen Berufsgruppen auf ein gemeinsames Ziel hinarbeiten, ist es notwendig, dass das Management die Steuerung und Planung der Organisation übernimmt. In Alten- und Pflegeheimen gibt es dafür die Pflegedienstleitung. Diese übernimmt die Leitung des Pflegedienstes für die gesamte Einrichtung und führt das Pflegepersonal. Sie sorgt dafür, dass Mitarbeitende ihre Potenziale entfalten können und positive Entwicklungserfahrungen machen. Darüber hinaus steuert die Pflegedienstleitung den

Pflegebereich sowie die Pflegeprozesse und kontrolliert somit deren effektive Umsetzung. Oftmals ist sie auch für die wirtschaftliche Steuerung des Pflegebereichs zuständig und stellt die notwendigen Ressourcen im Personalbereich, aber auch in der Logistik, bereit. Zusätzlich schafft sie die notwendigen Rahmenbedingungen für eine qualitativ hochwertige Pflege und sorgt für optimale organisationale Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiter:innen. Die Pflegedienstleitung unterstützt bei der Entwicklung und Umsetzung von neuen Konzepten, um immer auf dem aktuellen Stand zu sein. Abschließend trägt sie die Verantwortung für Kommunikation sowie Kooperation und fördert somit den Austausch zwischen dem Pflegepersonal untereinander und zu den begleitenden Angehörigen (Kämmer, 2015, S. 188f.).

Die Stations- bzw. Wohnbereichsleitung übernimmt die pflegerische Leitung einer Station oder einem Wohnbereich in den Alten- und Pflegewohnheimen. Dabei sorgt sie für eine fachgerechte und patient:innengerechte Pflege, indem sie einen organisatorischen Rahmen schafft und bei der Personal- und Einsatzplanung für die Station bzw. den Wohnbereich unterstützt. Darüber hinaus ist sie für eine adäquate Führung der Mitarbeiter:innen in ihrem Bereich zuständig und achtet auf eine effektive Zusammenarbeit aller Beschäftigten (Frodl, 2018, S. 494).

Personen, die zur Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (GuK) berechtigt sind, führen die Berufsbezeichnung „diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen“. Diese übernehmen in Alten- und Pflegewohnheimen die Aufgaben, den Pflegebedarf festzustellen und darauf aufbauend die gesamte Pflege zu planen sowie zu organisieren. Sie beraten die Pflegebedürftige und ihre Angehörigen und führen medizinische Behandlungen nach Absprache mit den Ärzt:innen durch. Darüber hinaus unterstützen sie die Bewohner:innen bei der Nahrungsaufnahme sowie Körperpflege und begleiten bei Bedarf die Sterbenden. Schlussendlich sind sie oftmals für die Koordination mit anderen Berufsgruppen, wie z. B. Ärzt:innen und Therapeut:innen zuständig. Nach Weiterbildungen oder nach mehrjähriger Erfahrung können diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen Leitungsaufgaben in Pflegeeinrichtungen übernehmen (Frodl, 2018, S. 198ff.).

Die Berufsgruppen Pflegehilfen sowie Pflegeassistent:innen wurden als Unterstützung für andere Gesundheitsberufe, besonders für die Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, geschaffen (Winkler et al., 2006, S. 9). Dabei wirken sie bei allen Tätigkeiten rund um die Betreuung pflegebedürftiger Menschen mit und verfügen über fachliche sowie methodische Kompetenzen. Sie unterliegen der Anweisung und Anleitung der diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger:innen und

werden von diesen oft eingeteilt (Frodl, 2018, S. 203f.). Im Alltag erbringen sie Leistungen im Bereich Ordnung, Sauberkeit sowie Hygiene und bereiten die Pflegeleistungen vor und nach. Darüber hinaus begleiten und unterstützen sie die Bewohner:innen bei der Pflege und leisten Hilfestellung beim Essen und Trinken (Kämmer, 2013, S. 57).

Eine weitere Berufsgruppe sind die Fach-Sozialbetreuer:innen, auch Altenfachbetreuer:innen genannt, mit dem Schwerpunkt in der Altenarbeit. Diese begleiten, unterstützen und betreuen ältere Menschen, die aufgrund von Alter, Behinderung oder einer anderen schwierigen Lebenslage in ihrer Lebensgestaltung Hilfe benötigen. Diese Unterstützung erfolgt entweder einzeln oder in Gruppen und wird auf die Bedürfnisse der älteren Menschen abgestimmt. Dabei können sie auf ein umfangreiches Wissen um die vielfältigen Aspekte eines Lebens mit Benachteiligung zurückgreifen und daher ein breites Spektrum an Möglichkeiten der Begleitung, Unterstützung und Hilfe anbieten. Darüber hinaus sind sie berechtigt, bei der Basisversorgung und bei der Einnahme und Anwendung von Arzneimitteln zu unterstützen. Fach-Sozialbetreuer:innen sind nicht nur stark konzentriert auf den Bereich Pflege, sondern bündeln noch weitere wichtige Kompetenzen, die für eine umfassende, lebensweltorientierte Begleitung in den unmittelbaren Lebensbereich der betroffenen Menschen notwendig sind (§ 7 & § 8 StSBBG). Altenfachbetreuer:innen sind beispielsweise in Alten- und Pflegeheimen, bei der ambulanten Altenpflege und Betreuungsdiensten oder in geriatrischen und gerontopsychiatrischen Abteilungen von Krankenhäusern tätig und unterstützen die Pflegefachkräfte bei ihren Tätigkeiten (Frodl, 2018, S. 48).

Abschließend gibt es die Berufsgruppe der Heimhelfer:innen bzw. Heimhilfe. Diese unterstützen betreuungsbedürftige Menschen aller Altersstufen, die durch Alter, gesundheitliche Beeinträchtigung oder soziale Umstände nicht in der Lage sind, sich selbst zu versorgen, bei der Haushaltsführung und den Aktivitäten des täglichen Lebens. Die Tätigkeiten der Basisversorgung dürfen ausschließlich unter Anleitung und Aufsicht von Angehörigen der Gesundheitsberufe durchgeführt werden (§ 11 StSBBG).

Im nächsten Kapitel wird eine theoretische Grundlage für den Bereich „Psychologische Sicherheit“ geschaffen. Der Aufbau von psychologischer Sicherheit kann in Alten- und Pflegeheimen unterstützend wirken, indem eine konstruktive Fehler- sowie Lernkultur geschaffen und der Informationsaustausch zwischen den einzelnen Berufsgruppen gefördert wird. Es wird ein Klima geschaffen, in welchem Mitarbeitende sich trauen, Fehler anzusprechen, Ideen zu äußern und um Hilfe zu bitten, wenn sie allein nicht mehr weiterkommen.

2.4 Psychologische Sicherheit

Im kommenden Absatz wird zuerst erklärt, wann das Konstrukt „Psychologische Sicherheit“ entdeckt wurde und wer bei der Entwicklung dieses Konzepts eine wichtige Rolle gespielt hat. Danach wird erläutert, was unter psychologischer Sicherheit verstanden wird und welche Vor- und Nachteile damit verbunden sind. Im darauffolgenden Unterkapitel wird noch auf die Bedeutung von psychologischer Sicherheit in Gesundheitsberufen, vor allem in der Altenpflege, hingewiesen und ein Zusammenhang zur Versorgung der Bewohner:innen hergestellt. Abschließend werden förderliche Maßnahmen beschrieben, die zum Aufbau psychologischer Sicherheit beitragen können.

Der Begriff „Psychologische Sicherheit“ wurde von Schein & Bennis (1967, S. 44f.) in ihrem Werk über Organisationsentwicklung verwendet und in das Dreiphasenmodell der Veränderung, welches Kurt Lewin formulierte, eingebettet. Damit Veränderungen zu dem verstärkten Wunsch zu lernen führt und nicht zu einer erhöhten Angst, muss eine Umgebung geschaffen werden, in welcher psychologische Sicherheit vorherrscht. Dafür ist es wichtig, ein Umfeld herbeizuführen, in welchem Menschen Fehler machen können, ohne bestraft oder beschuldigt zu werden. Darüber hinaus soll eine Haltung vermittelt werden, die Experimentierfreude begünstigt und Menschen dazu ermutigt, Neues zu versuchen. Vor allem innerhalb einer Gruppe spielt es eine große Rolle, ein Gefühl der Unterstützung sowie Stärke zu bewirken, von welcher die Mitglieder profitieren können. Dabei ist es lt. Schein (1999, S. 167f.) auch wichtig, dass Mitarbeiter:innen das Gefühl haben, lernen zu können, ohne sich selbst dabei zu verlieren. Damit sie sich für neue Informationen öffnen können, benötigen sie Unterstützung und psychologische Sicherheit. Ihnen soll das Gefühl vermittelt werden, dass ihre Kreativität und Rolleninnovation belohnt und nicht beschnitten werden.

Kahn (1990, S. 708f.) beschrieb in seinen Studien zum Thema „Persönliches Engagement am Arbeitsplatz“ psychologische Sicherheit als das Empfinden eines Gefühls, sich selbst zeigen und einsetzen zu können, ohne dabei Angst vor negativen Folgen für das Selbstbild, den Status oder die Karriere zu haben. Persönliches Engagement bezieht sich dabei auf die Nutzung des Selbst der Organisationsmitglieder für ihre Arbeitsrolle. Dabei sollen zwischenmenschliche Beziehungen die psychologische Sicherheit fördern, wenn sie unterstützend und vertrauensvoll sind. Psychologische Sicherheit wird dabei von Kahn (1990, S. 708f.) hauptsächlich auf der Individualebene betrachtet.

Neben Schein & Bennis sowie Kahn hat Amy Edmondson (2019, S. 8f.) den Begriff psychologische Sicherheit in ihrem Konzept aufgegriffen und geprägt. Nach Edmondson handelt es sich bei psychologischer Sicherheit um die Schaffung eines Arbeitsumfelds,

in welchem Mitarbeiter:innen bereit sind, zwischenmenschliche Risiken einzugehen. Somit entsteht eine Umgebung, in welcher sich Menschen wohlfühlen, wenn sie sich ausdrücken und wo sie sie selbst sein können. Dabei haben die Mitarbeiter:innen keine Angst vor Peinlichkeit oder Vergeltung, wenn sie ihre Bedenken äußern oder Fehler mitteilen. Die Beschäftigten haben die Gewissheit, dass sie ihre Meinung sagen können, ohne gedemütigt, ignoriert oder beschuldigt zu werden. Darüber hinaus können sie um Hilfe bitten, wenn sie sich unsicher fühlen. Es herrscht Respekt und Vertrauen in einer Arbeitsgruppe bzw. in einem Team vor und durch das Gefühl der Wertschätzung und der Offenheit werden Ideen für Innovationen gefunden sowie ausgetauscht.

Besonders in der heutigen Zeit ist die Schaffung psychologischer Sicherheit wichtig, weil es ein menschliches Bedürfnis darstellt, sich bei der Arbeit sicher zu fühlen, um in einer dynamischen, sich schnell veränderten Welt wachsen, lernen, mitwirken und somit effektiv arbeiten zu können (Edmondson & Lei, 2014, S. 41). Jedoch handelt es sich bei psychologischer Sicherheit nicht um ein Persönlichkeitsmerkmal, sondern vielmehr um ein Merkmal des Arbeitsplatzes. Dafür ist es notwendig, dass Führungskräfte sowie Mitarbeiter:innen gemeinsam ein kooperatives Arbeitsumfeld mit förderlichen Bedingungen schaffen. Das kann mithilfe von Zielen geschehen, die gemeinsam versucht werden zu erreichen (Edmondson, 2019, S. 13).

Damit sich das Konstrukt psychologische Sicherheit auf die Gruppenebene bezieht, ist es notwendig, dass die Mitglieder sich als Team charakterisieren und das von allen einzelnen Mitgliedern ähnlich wahrgenommen wird. Dabei kann im Team das Lernverhalten verbessert werden, indem Fehler angesprochen werden und somit Änderungen vorgenommen werden können. Dadurch können sich die Teamleistung und die Teameffizienz steigern (Edmondson, 1999, S. 354f.). Somit wird nicht nur der Austausch innerhalb eines Teams gefördert, sondern auch die Teamleistung gesteigert, indem die notwendigen Fähigkeiten zur offenen Kommunikation durch Experimentieren, Diskussion und gemeinsamer Entscheidungsfindung vermittelt werden. Außerdem unterstützt ein psychologisch sicheres Umfeld divergentes Denken, Kreativität und Risikobereitschaft, was Voraussetzungen für exploratives Lernen sind. Darüber hinaus führt es zu einer verbesserten Problemlösungseffektivität und einem erhöhten Verbesserungsverhalten (Edmondson & Lei, 2014, S. 32f.).

Die Angst davor, zwischenmenschliche Risiken einzugehen, führt häufig zu schlechten Entscheidungen, unvollständigen Ausführungen in der Arbeit oder einem lernhemmenden Verhalten und dadurch auch zu Misserfolgen bzw. Fehlern. Eine psychologisch unsichere Umgebung schränkt die Kreativität ein und verhindert das Entstehen von

Innovationen. Eine effektive Führung sowie das Schaffen eines Umfeldes, in welchem psychologische Sicherheit herrscht, kann vorbeugend wirken (Edmondson, 2012, S. 128) Denn psychologische Sicherheit ermöglicht es, dass unangenehme Gespräche geführt werden, ohne Fehler zu verheimlichen. Den meisten Menschen ist es am Arbeitsplatz wichtig, Schwächen zu verbergen, um ein gutes Image aufrechtzuerhalten. In einem psychologisch sicheren Umfeld wird eine abweichende Meinung oder ein Fehler toleriert und begrüßt, weil damit ein Problem frühzeitig erkannt wird und gemeinsam eine Lösung gefunden werden kann. Die Menschen sind bereit zu scheitern und lernen daraus. Dabei unterstützt die gegenseitige Anerkennung an einem Arbeitsplatz beim Aufbau psychologischer Sicherheit, währenddessen Schweigen die Teamarbeit hemmen kann (Edmondson, 2012, 129f.).

Mitarbeiter:innen werden ermutigt, sich zu äußern und erhalten durch gemeinsame Gespräche und durch den Austausch miteinander mehr Klarheit. Darüber hinaus werden produktive Konflikte unterstützt und somit Diskussionen angeregt, aus welchen neue Ideen entstehen können. Mithilfe psychologischer Sicherheit werden Hindernisse bei der Verfolgung von Leistungszielen verringert und die Verantwortlichkeit einzelner Mitarbeiter:innen aber auch des gesamten Teams erhöht (Edmondson, 2012, S. 136).

Durch die Erleichterung des Informationsaustausches und der Mitsprache der Mitarbeiter:innen können Ergebnisse in den Bereichen Lernen, Leistung, Innovation und Kreativität positiv beeinflusst werden. Jedoch besteht die Möglichkeit, dass zu viel psychologischer Sicherheit innerhalb eines Teams zu nachteiligen Ergebnissen führen kann (Newman, Donohue & Eva, 2017, S. 531f.). In weiterer Folge werden einige Nachteile genannt.

Es hat sich gezeigt, dass psychologische Sicherheit durch ein Klima der Initiative ergänzt werden muss, damit ein Team innovativ sein kann. Erst dann besteht die Möglichkeit, dass Teams ihr volles Potenzial entfalten können (Baer & Frese, 2003, S. 61). Zusätzlich kann das Klima der psychologischen Sicherheit unethisches Verhalten begünstigen, indem es ermöglicht, unethische Möglichkeiten als potenzielle Optionen anzusprechen. Hier entsteht die Gefahr, dass andere Teammitglieder diese Ideen unterstützen, wenn das Arbeitsumfeld psychologisch sicher ist (Pearsall & Ellis, 2011, S. 406f.).

Darüber hinaus konnte Langfred (2004, S. 391) in Studien feststellen, dass ein hohes Maß an Vertrauen unter bestimmten Umständen schädlich sein kann. Vor allem in autonomen Teams kann zu viel Vertrauen zu einer geringen Teamleistung führen, weil die Überwachung in diesen geringer ist. Dabei wird davon ausgegangen, dass psychologische Sicherheit in Organisationen, die eine hohe Autonomie vorweisen, auch einen

negativen Einfluss auf das Lernen und auf die Leistung von Teams haben kann (Newman et al., 2017, S. 532).

Eine weitere Studie hat gezeigt, dass bei individualistischen Gruppen ein psychologisch sicheres Arbeitsumfeld durch die Verringerung der Arbeitsmotivation zur Reduzierung von risikofreudigem Verhalten, Lernverhalten und Kreativität führen kann. Gruppenkollektivismus verstärkt zwar die positive Wirkung von psychologischer Sicherheit, jedoch führt Gruppenindividualismus zu einer negativen Wirkung, weil die Gruppenmitglieder wenig Interesse am Gruppenerfolg zeigen (Deng, Huang, Lam & Leung, 2019, S. 1136f.).

Im nächsten Unterkapitel wird darauf eingegangen, warum der Aufbau psychologischer Sicherheit in Gesundheitsberufen, speziell in der Pflege, zu einem verbesserten Arbeitsklima und somit auch zu einer besseren Versorgung der Bewohner:innen führen kann.

2.4.1 Psychologische Sicherheit im Gesundheitsbereich und in der Pflege

Im Gesundheitsbereich und in der Pflege steht die Sicherheit von den Bewohner:innen, aber auch von den Mitarbeiter:innen, an erster Stelle. Dabei handelt es sich im Allgemeinen um die Vermeidung, Vorbeugung und Verbesserung von unerwünschten Ergebnissen oder Verletzungen, die sich aus den Prozessen der Gesundheitsversorgung ergeben. Dazu zählen auch Fehler und Unfälle, die durch medizinische Maßnahmen verursacht werden, Ereignisse, die aus dem Versagen von Geräten resultieren, das Versagen, eine geplante Maßnahme wie beabsichtigt durchzuführen oder die Anwendung eines falschen Plans zur Erreichung eines Ziels. Damit die Sicherheit gewährleistet wird, haben Organisationen Sicherheitsregeln, -vorschriften und Pflegestandards eingeführt. Jedoch haben Studien gezeigt, dass auch informelle Aspekte des Arbeitsumfelds, wie zum Beispiel die Sicherheitskultur, sich auf die Sicherheit auswirken kann (Katz-Navon, Naveh & Stern, 2005, S. 1075). Es wird immer deutlicher, dass medizinische Fehler auf ein systemisches Problem zurückzuführen sind und daher auch eine systemische Lösung erfordern. Dabei kann die Entwicklung einer „Sicherheitskultur“ eine mögliche Strategie darstellen, um die Sicherheit der Bewohner:innen zu verbessern. Eine Sicherheitskultur schafft gemeinsame Werte, Einstellungen und Verhaltensmuster und legt die Aufmerksamkeit somit auf die Minimierung von Schäden an Bewohner:innen, die sich aus dem Prozess der Leistungserbringung ergeben können. Sie beruht auf der kontinuierlichen Erfassung, Analyse und Verbreitung von Informationen über Fehler sowie auf der proaktiven Überprüfung der Organisation selbst (Vogus & Sutcliffe, 2007, S. 46).

Besonders im Gesundheitsbereich spielt die Schaffung psychologischer Sicherheit eine wichtige Rolle, weil viele verschiedene Fachkräfte in einem hochkomplexen und dynamischen Arbeitsumfeld tätig sind. Damit eine gegenseitige Koordinierung der Maßnahmen in Echtzeit ermöglicht wird, muss Offenheit, Transparenz und eine freie Informationsweitergabe gefördert werden. Das stellt in Gesundheitsberufen eine besondere Herausforderung dar, weil die vielen verschiedenen Fachrichtungen, die hier vorzufinden sind, Unterschiede in Bezug auf Status, Ausbildung, Sprache und Normen mit sich bringen. Dabei können in interdisziplinären Teams Teamleiter:innen oder Führungspersonen unterstützend wirken, indem sie dem Team dabei helfen, eine gemeinsame Bedeutung für die Situation zu schaffen (Edmondson, 2003, S. 1422). Das wird im Unterkapitel 2.4.2 Maßnahmen für den Aufbau psychologischer Sicherheit noch näher beleuchtet.

Der Einsatz von Teams im Gesundheitswesen hat erheblich zugenommen und ist zu einem entscheidenden Bestandteil der Art und Weise geworden, wie Pflege erbracht wird. Damit eine qualitativ hochwertige Versorgung gewährleistet werden kann, arbeiten unterschiedliche Fachkräfte zusammen, wofür eine effektive Teamarbeit von Vorteil ist. Jedoch hemmen die Angst vor Peinlichkeit oder die Störung der Hierarchie den Austausch und erschweren den häufigen Wechsel zwischen den Pflegekräften aufgrund Schichtwechseln, Verlegungen der Bewohner:innen und Terminzwängen. Dabei ist es wichtig, dem entgegenzuwirken, um die Pflegebedürftigen richtig versorgen zu können (Valentine, Nembhard & Edmondson, 2015, S. e16).

Aufgrund der Berufsnormen hat sich jedoch gezeigt, dass es besonders in diesem Bereich schwer ist, um Hilfe zu bitten. Vor allem in der Medizin gibt es lt. der Literatur nach wie vor eine fest verankerte Statushierarchie, die es schwerer macht, voneinander zu lernen und sich auszutauschen. Dieser Status bezieht sich auf das Maß an Ansehen, Respekt und Einfluss, das einer Person aufgrund bestimmter Merkmale, wie zum Beispiel Alter, Bildung, Geschlecht, Position uvm., entgegengebracht wird. Oftmals erhalten Personen mit hohem Status gegenüber Personen mit niedrigerem Status einige Vorteile und so kann ein Gefühl der Überlegenheit bzw. Unterlegenheit erzeugt werden. Es hat sich gezeigt, dass organisatorische Innovationen und Verbesserungen darunter leiden, wenn die Meinungen von Beschäftigten mit niedrigerem Status ignoriert werden (Nembhard & Edmondson, 2006, S. 945). Die Ergebnisse der Studien deuten darauf hin, dass der berufliche Status im Gesundheitswesen Einfluss darauf hat, wie einfach oder angemessen es ist, sich zu äußern, um Ideen vorzubringen, Bedenken anzusprechen oder Fragen zu stellen. Jedoch hat sich gezeigt, dass die Auswirkungen der Statusunterschiede überwunden werden können, was die uneingeschränkte Teilnahme aller Mitarbeiter:innen erleichtert (Nembhard & Edmondson, 2006, S. 964).

Diese „kontraproduktiven hierarchischen Kommunikationsmuster“, die sich aus diesen Statusunterschieden ergeben, können für medizinische Fehler verantwortlich sein. In der Gesellschaft hat sich der Glaube entwickelt, dass Ärzt:innen, aber auch andere Berufsgruppen im Gesundheitsbereich, autonom handeln müssen und daher ist deren Image gefährdet, wenn diese um Hilfe bitten. Diese Berufskultur stellt ein Hindernis für die Bildung im Gesundheitswesen dar und viele Beschäftigten haben Angst davor, dass Schwachstellen aufgedeckt werden können. Diese Bedrohungen können abgemildert werden, wenn das Arbeitsumfeld psychologisch sicher ist und Führungskräfte aktiv daran sich beteiligen, Statusunterschiede abzumildern. Dadurch besteht die Möglichkeit aus Fehlern zu lernen, wovon auch die Bewohner:innen profitieren (Edmondson, Higgins, Singer & Weiner, 2016, S. 68ff.).

Die zwischenmenschliche Dynamiken, die vor allem im Gesundheitsbereich auftreten, können auch die Teamarbeit erheblich beeinträchtigen und sich somit negativ auf die Versorgung der Bewohner:innen auswirken. Dabei hat sich gezeigt, dass ein unfreundliches Verhalten keine Seltenheit ist. Häufig werden Andeutungen gemacht, dass Kolleg:innen lästig oder inkompetent sind, was negative Auswirkungen auf die Kooperationsbereitschaft und auf den Informationsaustausch hat. Laut Rosenbaum (2019, S. 786ff.) ist es oftmals eine Gratwanderung zwischen der Notwendigkeit Hilfe zu suchen und dem Risiko, inkompetent zu erscheinen. Vor allem Ärzt:innen legen Wert darauf, ein gutes Ansehen zu haben sowie kompetent zu wirken und gehen weniger zwischenmenschliche Risiken ein. Auf der Makroebene hat sich gezeigt, dass in der Medizin die Inanspruchnahme von Hilfe zwar befürwortet wird, die Abschätzung des zwischenmenschlichen Risikos jedoch auf der Mikroebene erfolgt, weswegen es schwierig ist, die psychologische Sicherheit zu erforschen (Rosenbaum, 2019, S. 786ff.).

Studien haben gezeigt, dass der Aufbau psychologischer Sicherheit im Gesundheitsbereich und in der Pflege förderlich sein kann, indem Mitarbeiter:innen berufliche Verantwortung übernehmen. Dadurch besteht die Möglichkeit, eine qualitativ hochwertige Betreuung der Bewohner:innen zu gewährleisten und eine Sicherheitskultur wird aufgebaut. Darüber hinaus wird ein vertrauensvolles Klima geschaffen, in welchem die Pflegekräfte sich kontinuierlich verbessern und motiviert sind, ihre Kenntnisse laufend zu erweitern. Zusätzlich wird noch eine unterstützende Umgebung entwickelt, in welcher das Personal Bedenken und Sorgen ansprechen und gemeinsam beheben können (O'donovan & McAuliffe, 2020, S. 3ff.).

Wenn Pflegekräfte sich am Arbeitsort psychologisch sicher fühlen, trauen sie sich, Ideen mitzuteilen, aber auch Fehler anzusprechen. Dadurch können neue Ideen zur Lösung

von Problemen gefunden sowie entwickelt werden und somit auch ein neuer Einblick bzw. eine neue Perspektive geschaffen werden. Das Personal glaubt, dass die Vorteile die möglichen negativen Folgen übersteigen und haben Vertrauen in das Umfeld und dessen Reaktionen. Das Pflegepersonal identifiziert sich mit dem Gesundheitsteam und das Selbstwertgefühl der Individuen wird gesteigert. Das führt zu mehr Engagement und zu einer besseren Arbeitszufriedenheit, was sich schlussendlich positiv auf die Bindung der Mitarbeiter:innen und auf die Versorgung der Pflegebedürftigen auswirkt (Pfeifer & Vessey, 2019, S. 33ff.).

Auch in der Altenpflege geben Pflegekräfte Behandlungsfehler eher zu, wenn sie sich psychologisch sicher fühlen. Dafür ist es notwendig, dass die Pflegedienstleitung klare Signale sendet, Wertschätzung vermittelt und die Sorge um die Sicherheit echt ist. In einem psychologisch sicheren Umfeld befolgen Pflegekräfte die Sicherheitsprotokolle im tagtäglichen Betrieb und haben keine Angst davor, Behandlungsfehler zu melden (Leroy et al., 2012, S. 1278).

Es ist notwendig, Misserfolge zu verstehen und aus ihnen zu lernen, um Krisen oder Unfälle in Zukunft vermeiden und so den Schutz der Bewohner:innen sicherstellen zu können. Dabei ist es wichtig, menschliche Fehler schnell zu erkennen und zu korrigieren, bevor Pflegebedürftige zu Schaden kommen. Wenn in Teams ein Klima der Offenheit vorzufinden ist, in welchem Fehler besprochen werden, können Arbeitsabläufe laufend verbessert werden, was von großer Bedeutung ist (Edmondson, 2004, S. ii3ff.).

Aktuelle Studien konnten auch feststellen, dass der Aufbau psychologischer Sicherheit zur Verringerung von psychischen Belastungen führen kann, vor allem während traumatischer Erlebnisse. Die derzeitige COVID-19-Pandemie stellt so ein Ereignis dar und kann durch das Gefühl der Einsamkeit zum Auftreten von Depressionen führen (Zhao, Ahmed & Faraz, 2020, S. 2). Dabei können integrative Führungskräfte dafür sorgen, dass ein offeneres und psychologisch sicheres Umfeld geschaffen wird, welches dazu beitragen kann, dass die Vitalität von Mitarbeiter:innen erhalten bleibt und psychische Belastungen verringert werden (Zhao et al., 2020, S. 8).

2.4.2 Maßnahmen für den Aufbau psychologischer Sicherheit

Es gibt viele verschiedenen Maßnahmen, um eine Umgebung zu schaffen, in welcher sich Mitarbeiter:innen psychologisch sicher fühlen. Dieses Kapitel beinhaltet einen Auszug aus den möglichen Methoden.

Bereits Kahn (1990, S. 708) zeigte in seiner Studie, dass zwischenmenschliche Beziehungen, sofern sie vertrauensvoll und unterstützend sind, zum Aufbau psychologischer

Sicherheit beitragen können. Damit solche Beziehungen entstehen können, ist es wichtig, dass Vertrauen und gegenseitiger Respekt unter Teammitgliedern vorherrschen, so dass sich die Menschen wohl fühlen (Edmondson, 1999, S. 354).

Laut Schein (2004, S. 332f.) gibt es für die Schaffung von psychologischer Sicherheit, vor allem in Veränderungsprozessen, acht Schritte, die durchgeführt werden müssen:

1. Beim ersten Schritt soll eine überzeugende positive Vision gestaltet werden. Die Mitarbeiter:innen sollten die Bedeutsamkeit dieser Vision erkennen und vor allem akzeptieren.
2. Als nächsten Schritt sollten die Beschäftigten für die erforderlichen Arbeitsweisen wichtige Kenntnisse und Fähigkeiten erlernen. Dafür können Schulungen oder Weiterbildungen angeboten werden.
3. Darüber hinaus ist es wichtig, dass die Lernenden das Gefühl haben, dass sie ihren eigenen Schulungsprozess, ihre eigene Praxis bzw. Lernmethode steuern können und somit in den Lernprozess eingebunden werden.
4. Gemeinsame Schulungen in Gruppen und Teams ermöglichen, dass neue Normen und Annahmen gemeinsam erarbeitet werden.
5. Damit Mitarbeiter:innen keine Angst vor Fehlern haben, können Übungsfelder eingeführt werden. In diesen besitzen die Beschäftigten die Möglichkeit, Neues dazu zu lernen und auszuprobieren, ohne die Organisation zu stören. Hierbei ist es förderlich, wenn zusätzliches Coaching erfolgt und die Beschäftigten laufend Feedback zu ihren Leistungen erhalten.
6. Außerdem ist es wichtig, dass Mitarbeiter:innen positive Vorbilder haben. Dadurch können sie sich besser vorstellen, wie Arbeitsweisen und die gewünschten Kenntnisse umgesetzt werden sollen, bevor sie es selbst tun. Sie sollten in der Lage sein, dass gewünschte Verhalten und die gewünschten Einstellungen bei anderen zu sehen, mit denen sie sich identifizieren können.
7. Damit Probleme behandelt und ausdiskutiert werden können, ist die Einführung von Selbsthilfegruppen nützlich. Dort können Beschäftigte über ihre Frustrationen, Sorgen und Schwierigkeiten mit ihren Kolleg:innen sprechen, sich gegenseitig unterstützen und gemeinsam Lösungen finden.
8. Schließlich kann die Einführung eines Belohnungs- und Disziplinierungssystem sowie von Organisationsstrukturen förderlich sein. Dabei sollen gemeinsam verfolgte Ziele definiert und abweichendes Verhalten reguliert werden. Dadurch wissen die Beschäftigten, wo der gemeinsame Weg hinführen soll und welches Verhalten dafür benötigt wird (Schein, 2004, S. 332f.).

Vor allem in Organisationen des Gesundheitswesens ist es für die Qualität der Pflege wichtig, dass die Teams lernfähig sind, um Fehler zu reduzieren und die Effizienz der Dienstleistungen zu verbessern. Dabei wird Teamlernen als ein Prozess verstanden, in welchem ein Team Maßnahmen ergreift, Feedback erhält und darüber nachdenkt. Schlussendlich sollen Änderungen vorgenommen werden, um sich anzupassen oder die eigene Leistung zu verbessern. Dafür ist es wichtig, dass ein Team eine gemeinsame Wahrnehmung im Sinne der Integration von Wissen, Erfahrungen und Perspektiven besitzt. Darüber hinaus ist ein sozialer Kontext erforderlich, der die Bereitschaft fördert, sich an diesen wissensbildenden Praktiken zu beteiligen. Es hat sich gezeigt, dass Führung im Gesundheitswesen ein wichtiges Merkmal ist, um das Teamlernen fördern zu können (Ortega, Van den Bossche, Sánchez-Manzanares, Rico & Gil, 2013, S. 123).

Teamführung spielt vor allem in Arbeitsteams eine wichtige Rolle, weil sie gemeinsame soziale und kognitive Bedingungen schaffen kann. Diese fördern, erleichtern und halten ein optimales Maß an Innovation und kollektivem Lernen aufrecht. Dabei ist veränderungsorientierte Führung von Bedeutung. Diese legt den Fokus auf die Leitung wichtiger innovativer Verbesserungen und konzentriert sich auf die Anpassung an externe Veränderungen. Dabei müssen Teamleiter:innen ein Klima der Offenheit fördern, das die Bereitschaft der Mitarbeiter:innen in einem Team zum Lernverhalten begünstigt. Dafür müssen Bedenken hinsichtlich Macht- und Statusunterschiede minimiert und Ziele klar formuliert werden. Bei einer veränderungsorientierten Führung werden Risiken eingegangen. Das kann dazu beitragen, dass sich Mitglieder des Gesundheitsteams sicher, einbezogen und unterstützt fühlen. Dadurch wird auf Veränderungen mit Zuversicht und Enthusiasmus reagiert (Ortega et al., 2013, S. 123f.).

Nembhard und Edmondson (2006, S. 948ff.) haben festgestellt, dass Teammitglieder genau auf das Verhalten von Führungskräften achten und diese oftmals als Vorbilder betrachten. Somit können diese durch ihre Haltung und Einstellung dafür sorgen, dass sich Mitarbeiter:innen psychologisch sicher fühlen. Dabei ist es wichtig, dass Führungskräfte direkte Aufforderung für das Sprechen der Mitarbeiter:innen schaffen. Das bezeichnen sie als Inklusivität von Führungskräften. Dafür sind Einladung zum Austausch und Wertschätzung erforderlich, um eine positive Wirkung erzielen zu können. Mithilfe einer integrativen Haltung unterstützen Führungskräfte das psychologisch sichere Umfeld, in dem sich alle Mitarbeiter:innen zu einem Team zugehörig fühlen. Dabei spielt der Status der Person oder die Position in der Hierarchie keine Rolle.

Nach Edmondson, Bohmer & Pisano (2001, S. 132) ist es noch erforderlich, dass Teammitglieder aktiv um ihren Beitrag gebeten werden und Führungskräfte als

„Fehlbarkeitsmodell“ dienen sollen, indem sie Fehler und Irrtümer zugeben. Das vermittelt den Mitarbeiter:innen das Gefühl, dass es in Ordnung ist, Fehler zuzugeben. Dabei brauchen sie keine Angst vor Beschuldigungen oder Bestrafungen zu haben.

Laut dem Interview von Edmondson in OrganisationsEntwicklung (2018, S 19) können Führungskräfte die psychologische Sicherheit in einem Team stärken, indem sie folgende drei Punkte erfüllen:

1. Zuerst müssen die Rahmenbedingungen geschaffen werden, indem der Arbeitsauftrag festgelegt wird. Dabei ist es wichtig, klare Argumente zu definieren, warum die Meinung von allen Beschäftigten gefragt ist und warum diese sich einbringen sollen. Sie müssen sich für den Aufbau einer psychologisch sicheren Umgebung interessieren und die damit verbundenen Arbeitsmerkmale einführen.
2. Als nächsten Punkt müssen sie proaktiv zur Beteiligung einladen, indem sie gute Fragen stellen und Interesse an den Antworten zeigen.
3. Abschließend soll Wertschätzung vermittelt werden, besonders wenn schlechte Neuigkeiten, Bedenken oder Fragen mitgeteilt werden. Es ist wichtig, immer positiv zu bleiben.

Das bedeutet, Führungskräfte können somit bei der Schaffung eines förderlichen Klimas, in welchem Mitarbeiter:innen aus Fehlern lernen und ihr Wissen austauschen, einen wichtigen Beitrag leisten. Für den Aufbau eines solchen Klimas ist es wichtig, dass die Führung gekennzeichnet ist durch Offenheit, Verfügbarkeit, Ansprechbarkeit und Verständnis. Sie sollten produktiv auf Risiken reagieren, indem sie Wertschätzung ausdrücken, Versagen abbauen und Verstöße gegen das Klima sanktionieren (Edmondson, 2019, S. 173f.). Dabei kann es förderlich sein, dass Führungskräfte nachfragen, um mehr über ein Thema oder eine Person herauszufinden. Das zeigt Interesse an den Antworten und die Mitarbeiter:innen sind eher bereit, ihre Ansichten und Erfahrungen zu teilen (Edmondson, 2019, S. 170f.).

Hierzu passt das Modell KAARMA, welches von Rose & Steger (2017, S. 42) entwickelt wurde und für folgende Punkte steht:

- Klarheit liefern, indem Ziele verdeutlicht werden
- Authentizität in der Führungsrolle
- Aktualisierung, indem Mitarbeiter:innen nach ihren Stärken eingesetzt werden
- Respekt vermitteln
- Mehrheit schaffen
- Autonomie ermöglichen

Eine weitere Maßnahme für den Aufbau von psychologischer Sicherheit ist die Einführung einer Feedbackkultur. Dabei sollte darauf Wert gelegt werden, dass das Feedback konstruktiv ist und sich nicht auf die Person, sondern auf das Projekt bezieht. Es sollten Verbesserungsvorschläge geäußert werden. Damit ein Feedback angenommen werden kann, sollte die andere Person nicht zu defensiv sein. Abschließend soll darauf geachtet werden, dass das Feedback wohlwollend ist und Respekt sowie Wertschätzung vermittelt werden (Edmondson, 2019, S. 105f.). Die Mitarbeiter:innen sollen das Gefühl haben, dass ihr Feedback willkommen und erwünscht ist. Dabei soll eine unterstützende sowie positive Sprache verwendet werden (Pfeifer & Vessey, 2019, S. 34ff.).

Die empfundenen zwischenmenschlichen Risiken sollen gesenkt werden, sodass Gelegenheiten zum Dialog gefördert werden. Das kann mithilfe von offenen Teamsitzungen, täglichen Stationsvisiten, Besprechungen im Team oder regelmäßigen Besuchen in den einzelnen Abteilungen geschehen. Dadurch werden die Offenheit und somit auch der Austausch unter den Mitarbeiter:innen und Führungskräften gefördert. Dabei ist es wichtig, dass im Arbeitsumfeld die Werte Kollegialität, Höflichkeit und Verantwortlichkeit gelebt werden. Die Transparenz sollte verstärkt werden, indem das Personal regelmäßig über organisatorische Neuigkeiten sowie Neuerungen informiert wird und Sicherheitsvorfälle gemeinsam besprochen werden. Mithilfe einer transparenten sowie offenen Kultur können Probleme sowie Fehler in Teamsituationen angesprochen und gemeinsam gelöst werden. Dabei spielt die Kompetenz Selbstreflexion eine entscheidende Rolle, die durch die tagtägliche schriftliche Dokumentation in Alten- und Pflegeheimen gefördert wird (Pfeifer & Vessey, 2019, S. 35).

Damit das Pflegepersonal die organisatorischen Standards sowie Pflegeleitlinien der Einrichtungen effektiv umsetzen kann und diese wirksam sind, müssen diese ihnen nähergebracht werden. Dabei kann es hilfreich sein, wenn das Pflegepersonal die Möglichkeit besitzt, bei der Entwicklung dieser Standards, wie zum Beispiel der Ressourcenerhaltung bei den Bewohner:innen oder die einheitliche Durchführung der Pflege, beizutragen. Somit kann sichergestellt werden, dass die Mitarbeiter:innen sich psychologisch in der Lage fühlen, die einzelnen Standards anzuwenden. Eine mögliche Maßnahme ist, dass die Definition der Standards als gemeinsamer Prozess mit den Beschäftigten betrachtet wird und dabei eine wertschätzende Debatte gefördert wird. Außerdem können so die Kommunikationsfähigkeiten verbessert werden (Pfeifer & Vessey, 2019, S. 37).

Ein weiteres Lernelement kann das Einführen von Rollenspielen sein, die als Problemlösungsstrategie für schwierige Situationen herangezogen werden können. Dabei können effektive Strategien für den Umgang mit belasteten Situationen oder Fehlverhalten

erlernt werden. Der Aufbau psychologischer Sicherheit kann auch gefördert werden, indem erfahrene Mitarbeiter:innen mit Berufsanfänger:innen zusammenarbeiten und ihr Wissen teilen. In diesem Kontext kann es hilfreich sein, wenn in Teambesprechungen oder in der Praxis erfahrene Mitarbeiter:innen häufig Fragen stellen und somit zeigen, dass es in Ordnung ist, nicht alles zu wissen. Das senkt die wahrgenommenen Barrieren und zeigt, dass auch Fachkräfte mit viel Erfahrung laufend dazu lernen und hin und wieder Hilfe benötigen (Pfeifer & Vessey, 2019, S. 35ff.).

Es soll eine Kultur geschaffen werden, in der „Speaking Up“ vorherrscht, anstelle von Schweigen. Dabei handelt es sich um das absichtliche Äußern einer Idee, einer persönlichen Meinung und das Nachfragen bei Zweifeln. Es dient nicht nur der Prävention und schnellen Behebung von Fehlern, sondern ermöglicht ein effektives Zusammenarbeiten in einem hochkomplexen Arbeitsumfeld. Darüber hinaus ist es ein zentrales Element des organisationalen Lernens, weil dadurch oft neue Ideen entstehen und Probleme schneller erkannt und behoben werden. Denn erst wenn Teammitglieder einander vertrauen, trauen sie sich ihr individuelles Wissen und Können in die Zusammenarbeit einzubringen, wodurch eine gegenseitige Förderung entsteht und Gruppenmitglieder voneinander lernen können (Kolbe & Grande, 2016, S. 300f.).

Das Implementieren von gewissen Strukturen, wie z.B. Fokusgruppen, Sitzungen oder Workshops, kann unterstützend beim Aufbau psychologischer Sicherheit wirken. Diese Strukturen ermöglichen den Austausch in einem geschützten Rahmen und fördern somit den Erhalt von wichtigen Inputs der Mitarbeiter:innen (Edmondson, 2019, S. 173). Vor allem Konferenzen und Besprechungen schaffen Gelegenheiten, um Bildungsangebote zur Verbesserung der Kommunikation und der Fähigkeiten gemeinsam zu besprechen. Zusätzlich können Mitarbeiter:innen rückmelden, ob die notwendigen Ressourcen vorhanden sind. In einem psychologisch sicheren Umfeld werden die Beschäftigten in Konferenzen dazu ermutigt, sich zu beteiligen, sodass gemeinsam die Arbeitsabläufe verbessert werden (Pfeifer & Vessey, 2019, S. 36).

Im Anschluss an dieses Kapitel werden die Darstellung sowie die Beschreibung der durchgeführten empirischen Forschung behandelt. Die Studie baut dabei auf diesem theoretischen Vorverständnis auf, überprüft dessen Richtigkeit und versucht, neue Maßnahmen zu entdecken.

3 Methodisches Vorgehen

Damit die zu Beginn festgelegten Forschungsfragen beantwortet werden können, wurde neben einer umfassenden Literaturrecherche eine empirische Untersuchung durchgeführt, die in diesem Kapitel beschrieben wird. Dabei wird auf das Forschungsinstrument eingegangen, das Studiendesign angeführt und die Samplingsstrategie näher beleuchtet. Zusätzlich wird erklärt, warum diese Samplingsstrategie verwendet wurde und wie die Umsetzung erfolgte. Danach folgen Informationen über die Analysemethode und über die Art, wie die Daten zugänglich gemacht sowie ausgewertet wurden. Abschließend werden die Gütekriterien der empirischen Untersuchung behandelt.

3.1 Erhebungsmethode und -instrument

Aufgrund der offenen Forschungsfragen, die nicht mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortbar sind, und dem noch relativ unbekanntem Forschungsbereich wurde ein qualitatives Untersuchungsdesign verwendet. Damit sollen die subjektive Wahrnehmungen von den Teilnehmer:innen in Erfahrung gebracht, neue Theorien erkundet und noch unbekannte Maßnahmen bzw. Methoden, die zum Aufbau psychologischer Sicherheit beitragen, entdeckt werden (Döring & Bortz, 2016, S. 185). Mithilfe der qualitativen Methode soll möglichst offen, subjektive Erlebnisse, Handlungen und Einstellungen der Befragten ermittelt werden, um die Forschungsfragen beantworten zu können (Misoch, 2019, S. 66).

Dabei wurde die Beantwortung der Forschungsfragen mithilfe der qualitativen Methode der Befragung in Form von halbstrukturierten Leitfadenterviews angestrebt. Es handelt sich hierbei um eine Primäranalyse, deren Ziel es ist, bisher noch nicht erfasste Daten zu erheben. Kennzeichnend für Leitfadenterviews ist, dass die Fragen offen gestellt werden, um den befragten Personen Raum für offene Antworten und den Ausdruck von Gefühlen zu geben. Dadurch kann neues Wissen generiert werden. Durch den Einsatz eines Leitfadens wird die Vergleichbarkeit der Daten erhöht und das Interview erhält Struktur sowie einen roten Faden (Mayer, 2013, S. 37). Da es sich um eine einmalige Momentaufnahme in Form von Zustands- oder Prozessbeschreibungen handelt, kann es noch als Querschnittsdesign bezeichnet werden (Baur & Blasius, 2014, S. 269).

Nach reichlichen theoretischen Vorüberlegungen und Recherchen über mögliche Fragen zur Überprüfung der psychologischen Sicherheit wurde ein Konzept entwickelt, das als Grundlage für die Entwicklung des Leitfadens diente. Dieser Leitfaden orientierte sich schlussendlich an den Forschungsfragen sowie an den theoretischen Recherchen und grenzte dadurch das Themengebiet bereits im Vorfeld etwas ein. Damit eine Analyse der

Daten möglich ist, wurden die Problemstellungen größtenteils vorab in Kategorien bzw. Dimensionen eingeteilt (Mayer, 2013, S. 43). Die Qualität der Befragung konnte mithilfe einer methodologischen Triangulation überprüft werden. Dafür wurden unterschiedliche Zugänge kombiniert und verschiedene Frageformen verwendet (Baur & Blasius, 2014, S. 418).

Vor dem Beginn der Interviews wurde ein Pretest durchgeführt. Dabei wurde die Verständlichkeit der Fragen überprüft und darauf geachtet, ob das Gerät einwandfrei funktioniert und die Tonqualität passend ist. Des Weiteren soll bereits ein Gefühl für die Atmosphäre während eines Interviews geschaffen und die Reihenfolge der Fragen konkretisiert werden. Die gesamte Befragungsdauer wurde reflektiert und Fragen identifiziert, die mehr Zeit zum Beantworten beanspruchen. Danach wurden Änderungen vorgenommen, unverständliche Formulierungen korrigiert und ein paar Fragen ergänzt bzw. abgeändert (Baur & Blasius, 2014, S. 302f.).

3.2 Interviewleitfaden

Es wurden zwei verschiedene Interviewleitfäden mit fünf verschiedenen Themenschwerpunkten erstellt. Dabei richtet sich der eine Leitfaden an die Führungskräfte und der andere an die Pflegekräfte, um Unterschiede zwischen den beiden feststellen zu können. Die grobe Gliederung ist jedoch bei beiden Leitfäden gleich:

1. Einleitung
2. Sozio-demografische und einleitende Fragen
3. Fragen zur Organisation
4. Psychologische Sicherheit für Pflegekräfte / Führungspersonen
5. Abschließende Fragen

Beim ersten Themenblock wurde versucht, die Gesprächsteilnehmer:innen zum Thema hinzuführen und das Interview einzuleiten. Dabei wurde die eigene Rolle noch einmal erklärt und eine angenehme Atmosphäre geschaffen. Dieser Themenschwerpunkt wurde nicht zur Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen.

Danach folgten Fragen hinsichtlich Alter, Aufgabengebiet und Ausbildung der befragten Person sowie über die Größe des Teams und des Alten- und Pflegewohnheims. Zusätzlich wurden die Gesprächsteilnehmer:innen aufgefordert, die unterschiedlichen Ausbildungsarten, die im Team zusammenarbeiten, aufzuzählen. Dadurch sollen einerseits die demografischen Fragen abgedeckt werden, aber auch die Hemmschwelle der Gesprächspartner:innen überwunden werden.

Der Fokus des Gesprächs lag auf dem dritten und vierten Themenblock. Hierbei sollen die befragten Personen näher darauf eingehen, wie die Kommunikation erfolgt speziell bei der Dienstübergabe und ob es zusätzliche Möglichkeiten zum Austausch gibt. Falls ja, wurde dabei noch näher befragt, wer diesen Austausch leitet und wer daran teilnimmt. Als Nächstes wurden einige Fragen aus dem PsySafety Check von Fischer und Hüttermann (2020) eingebaut. Damit soll erkannt werden, wie die psychologische Sicherheit der befragten Person innerhalb des Teams wahrgenommen und bewertet wird. Dabei wurden verschiedene Fragen den Pflegekräften und Führungspersonen gestellt, um hier auch Unterschiede in der Wahrnehmung feststellen zu können. Je nach Gesprächsverlauf kam es hier vor, dass noch weitere Subfragen eingebaut wurden, um die interviewte Person zum Erzählen anzuregen und das Gespräch am Laufen zu halten.

Abschließend wurden die befragten Personen dazu aufgefordert, nachzudenken, was sie als positiv wahrnehmen und ob noch ein Verbesserungspotential besteht. Diese Frage soll dafür sorgen, dass das Interview abgerundet wird und eventuell noch neue Aspekte aufgedeckt werden. Im Anhang A befindet sich der gesamte Interviewleitfaden.

3.3 Beschreibung des qualitativen Samplings

Im Fall dieser Forschung besteht die Grundgesamtheit der Stichprobe aus allen erwerbstätigen Personen in stationären Alten- und Pflegeheimen in ganz Österreich. Damit die Forschungsfragen beantwortet werden können, wurden sowohl Pflegekräfte als auch Führungspersonen aus den Einrichtungen herausgefiltert und befragt. Dadurch konnte die Wahrnehmung unterschiedlicher Hierarchieebenen in Erfahrung gebracht werden. Zusätzlich wurde versucht, das Personal aus verschiedenen Einrichtungen heranzuziehen, um somit einen Vergleich zwischen den Einrichtungen schaffen zu können. Das bedeutet, es erfolgte eine Vorab-Festlegung der Stichprobe nach diesen Kriterien, damit die Untersuchung die gewünschten Kenntnisse ermittelt (Flick, 1999, S. 79, zitiert in Mayer, 2013, S. 39). Bei den Führungspersonen handelt es sich um Personen aus der Heimleitung, Pflegedienstleitung oder Wohnbereichsleitung. In die Kategorie Pflegekräfte fallen diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen, Pflegeassistent:innen, Altenfachbetreuer:innen und Pflege- sowie Heimhilfen.

Insgesamt wurden zwölf Personen aus neun verschiedenen Alten- und Pflegeheimen befragt. Dabei repräsentieren drei Personen die Führungskräfte und neun weitere Personen die Pflegekräfte. Damit diese in weiterer Folge voneinander unterschieden werden können, werden die Führungskräfte mit dem Kürzel „FK“ bezeichnet und die Pflegekräfte mit „PK“. Eine der befragten Pflegekräfte befand sich zuerst in einer

Leitungsfunktion und wechselte dann in die Pflege. Dadurch konnten Teile aus diesem Interview auch für die Befragung der Forschungsfrage, die sich auf die Führungskräfte bezieht, herangezogen werden.

Das Alter der Interviewpartner:innen lag zwischen 29 und 58 Jahren. Tabelle 1 zeigt eine Zusammenfassung der demografischen Eckdaten der befragten Personen. Es wurden unterschiedliche Berufsgruppen und Aufgabenbereiche ausgewählt, um möglichst vielfältige Antworten und Blickwinkel zu erhalten, sodass die Forschungsfragen anschließend umfassender beantwortet werden können. Jedoch erfolgt keine Unterscheidung der interviewten Personen nach Geschlecht in dieser Arbeit, weil der Pflegeberuf nach wie vor sehr frauendominant ist und somit keine ausgewogene Aufteilung erreicht werden konnte.

Tabelle 1: Übersicht über das Sampling

Interviewnummer	Position	Alter	Größe Team
I1 / PK1	Heimhilfe	33 Jahre	ca. 30 Personen
I2 / PK2	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin	29 Jahre	ca. 20 Personen
I3 / PK3	Pflegeassistentin	58 Jahre	ca. 13 Personen
I4 / PK4	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin	33 Jahre	ca. 15 Personen
I5 / FK1	Heimleitung	55 Jahre	80-85 Personen
I6 / PK5	Pflegeassistentin	50 Jahre	ca. 30 Personen
I7 / PK6	Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger	49 Jahre	80-85 Personen
I8 / FK2	Wohnbereichsleitung	55 Jahre	4-5 Personen
I9 / PK7	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin	31 Jahre	ca. 35 Personen
I10 / PK8	Pflegeassistentin	41 Jahre	7 Personen
I11 / PK9	Heimhilfe	38 Jahre	ca. 20 Personen
I12 / FK3	Wohnbereichsleitung	35 Jahre	ca. 25 Personen

Quelle: eigene Darstellung

3.4 Durchführung der empirischen Untersuchung

Damit mit der Durchführung gestartet werden konnte, wurde zuerst mithilfe von Rechercharbeiten eine theoretische Basis geschaffen. Anhand dieser wurden die beiden Leitfäden für die Interviews erstellt und die Stichprobe definiert. Danach wurden mögliche Interviewpartner:innen gesucht und kontaktiert. Sobald die Gesprächsbereitschaft gegeben war, wurden die Teilnehmer:innen genauer über das Projekt informiert und es wurde ein konkreter Termin für die Durchführung vereinbart.

Aufgrund der derzeitigen Pandemie wurden fünf Interviews persönlich durchgeführt und sieben über Microsoft Teams. Es wurde versucht, einen Ausgleich zwischen den beiden Varianten zu schaffen, um repräsentative Daten erheben zu können und um eine Vergleichbarkeit der Interviews gewährleisten zu können. Es war aufgrund der derzeitigen Situation schwierig, in dieser Branche Interviewpartner:innen zu finden, die freiwillig an einem einstündigen Interview teilnahmen. Im Vorfeld wurde bereits die Anonymitätswahrung zugesichert und die Erlaubnis eingeholt, das Gespräch aufzeichnen zu dürfen. Auch im Laufe des Interviews wurde auf die Anonymität hingewiesen, um möglichst offene und ehrliche Antworten zu erhalten. Viele Interviews konnten bereits innerhalb weniger Tage angesetzt werden, jedoch musste eines mehrmals verschoben werden.

Die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum von Anfang Januar bis Anfang Februar 2022 und die Interviews dauerten zwischen 25 und 75 Minuten. Der Großteil der Interviews wurde per Du durchgeführt, was eine angenehme und lockere Atmosphäre schaffte. Nur wenige Gesprächspartner:innen bestanden darauf, sich während des Interviews zu setzen. Die unterschiedliche Gesprächsdauer ergibt sich daraus, dass es einerseits Unterschiede hinsichtlich der Gesprächigkeit der interviewten Personen gab, andererseits auch in der Erfahrung beim Führen eines Interviews. Im Laufe der Interviews konnte an Sicherheit gewonnen werden und somit entwickelte sich auch die Gesprächsführung zum Positiven. Es hat sich gezeigt, dass bei den weiteren Interviews mehr auf die Gesprächspartner:innen eingegangen wurde, statt starr dem Leitfaden zu folgen. Dadurch wurden zusätzliche Fragen gestellt, die zum Gespräch gepasst haben.

Im nächsten Kapitel wird näher auf die Durchführung der Transkription und Analyse der erhobenen Daten eingegangen. Dafür bildet die bereits in den vorherigen Kapiteln beschriebene Datenerhebung die Basis und die folgende Auswertung stellt einen bedeutenden Bestandteil des gesamten Forschungsprozesses dar. Sie ermöglicht eine Verarbeitung der Informationen und somit die Beantwortung der Forschungsfragen.

3.5 Beschreibung des Auswertungs- und Analyseverfahrens

Damit die Auswertung der Daten reibungslos erfolgen kann, wurden die Interviews im ersten Schritt transkribiert und sichergestellt. Die Transkription erfolgte mithilfe der Transkriptionssoftware MAXQDA. Die Transkriptionsregeln wurden von Kuckartz, Dresing, Rädiker und Stefer (2007) übernommen. Dabei wurde wörtlich transkribiert, Dialekte teilweise geglättet und längere Pausen gekennzeichnet. Zudem wurden Lautäußerungen festgehalten sowie zustimmende bzw. bestätigende Lautäußerungen notiert, wenn sie den Redefluss unterbrochen haben oder einen inhaltlichen Beitrag geleistet haben. Abschließend wurden alle Angaben, die Rückschlüsse auf die befragte Person geben könnten, anonymisiert. Somit werden die befragten Personen durch das Kürzel „B“ und einer fortlaufenden Nummer und die Interviewführerin durch das Kürzel „I“ gekennzeichnet (Kuckartz et al., 2007, zitiert in Kuckartz, 2010, S. 43f.).

Die Auswertung erfolgte mithilfe der Themenanalyse von Froschauer und Lueger (2020, S. 101f.). Der Vorteil dieser Methode ist es, in mehreren Schritten einen Überblick über die angesprochenen Themen in den Interviews zu erhalten und diese zu Kernaussagen zu verdichten. Dadurch können deren Kontext erkundet, die Meinung von Interviewpartner:innen eingefangen und Unterschiede in den angesprochenen Themen erkannt werden (Froschauer & Lueger, 2020, S. 182). Ein Nachteil der Themenanalyse liegt darin, dass sie weitgehend auf der Ebene des manifesten Inhalts agiert. Das heißt, es wird nicht analysiert, wie der Text und das Wissen entstanden ist und welchen Einfluss das auf den Gesprächsinhalt hatte. Darüber hinaus erreicht die Themenanalyse insgesamt nur eine geringere analytische Tiefe (Froschauer & Lueger, 2020, S. 113f.).

Im Zentrum der Auswertung steht der zur Interpretation vorliegende Text, in diesem Fall die Transkription der Interviews. Dabei kann die Auswertung auf zwei verschiedene Arten erfolgen: sowohl als Textreduktionsverfahren als auch als Codierverfahren. Beim Textreduktionsverfahren steht die Zusammenfassung der zentralen Themen im Vordergrund, um einen guten Überblick zu erhalten. Währenddessen erlaubt das Codierverfahren, eine Analyse von Themenstrukturen und deren Zusammenhänge zu erkennen (Froschauer & Lueger, 2003, S. 158ff.).

Basierend auf den angesprochenen Themen in den Interviews, dem Interviewleitfaden und den Forschungsfragen wurden im ersten Schritt folgende Themenblöcke festgelegt: Organisation, Arbeiten im Team, Psychologische Sicherheit und Fazit. Danach wurden die Transkripte gezielt nach diesen Themen durchleuchtet, entsprechende Textstellen identifiziert und wichtige Kernaussagen festgehalten. Zusätzlich wurde eine Unterscheidung getroffen, ob es sich bei der Person um eine Führungs- oder Pflegekraft handelt.

Im nächsten Schritt wurden die zusammengehörigen Textstellen zu einem bestimmten Thema identifiziert und zusammengefasst. Damit die Themen vergleichbar sind, wurden Gemeinsamkeiten und Unterschiede herausgefiltert und angeführt (Froschauer & Lueger, 2020, S. 182ff.).

Danach wurde auf die Abfolge bzw. Reihenfolge der Themen geachtet und diese in Hinblick auf ihre Relevanz im Gesprächszusammenhang analysiert und die Interpretation zusammengeführt. Dabei spielte die Betrachtung der Forschungsfragen eine entscheidende Rolle und es wurde versucht, einen Gesamtzusammenhang festzustellen, um diese in Anschluss beantworten zu können (Froschauer & Lueger, 2020, S. 185). Die Textreduktionsanalyse wurde in weiterer Folge mit einer Codierung ergänzt, um tiefer in die Argumentation gehen zu können. Dafür wurden innerhalb der Themenblöcke eine Codierung vorgenommen und weitere Sub-Kategorien gebildet. Danach erfolgte eine Zuordnung von Aussagen zu den passenden Kategorien (Froschauer & Lueger, 2003, S. 163). Schlussendlich ist das die Basis für die Präsentation der Ergebnisse sowie die Interpretation dieser und für die Beantwortung der Forschungsfragen.

Tabelle 2 illustriert das Kategoriensystem, welches sich auch noch im Anhang B befindet.

Tabelle 2: Kategoriensystem

Themenblöcke	Kategorien	Sub-Kategorien
Organisation	Dienstübergabe	
	Besprechungen	
	Doku / Pflegeplanung	
	Zuständigkeitsbereiche / Aufgabenteilung	
Arbeiten im Team	Zusammenarbeit	
	Kommunikation	
	Vertrauen	
	Kontakt zu anderen Berufsgruppen	
	Transparente und zeitnahe Mitteilung von Neuigkeiten	

Psychologische Sicherheit	Fehlerkultur	Reaktion auf Fehler
		Lernmöglichkeit
	Hilfestellung	
	Meinungsäußerung / Meinungsverschiedenheiten	
	Ängste	
	Stärken / Talente nutzen	
	Ideen äußern	
	Merkmale Mitarbeiter:innen	
	Wirkung der Führungskraft	Erreichbarkeit
		Unterstützung
		positives Klima schaffen
		Mitarbeitendengespräch
	Konkrete Maßnahmen	Feedback
		Übungsfelder / Fallbeispiele
		Fortbildungen / Weiterbildungen
		Möglichkeit Wünsche und Sorgen anzubringen
Fazit	Positive Wirkung / Wahrnehmung	
	Negative Wahrnehmung / Verbesserungspotential	

Quelle: eigene Darstellung

3.6 Gütekriterien der empirischen Untersuchung

In der Sozialforschung ist es wichtig, dass der Qualitätssicherung eine vorrangige Stellung eingeräumt wird. Dabei hat sich gezeigt, dass qualitative Studien sich nicht mit quantitativ orientierten Gütekriterien, wie Validität, Reliabilität und Objektivität, bewerten lassen (Kuckartz, Grunenberg & Dresing, 2007, S. 177).

Steinke (1999) definierte sieben Kernkriterien zur Bewertung qualitativer Forschung. Diese können wie eine Checkliste angewandt werden, sollten dabei jedoch nicht mechanisch abgearbeitet, sondern an die Untersuchung angepasst werden (Steinke, 1999, zitiert in Döring & Bortz, 2016, S. 112ff.).

Bei den sieben Kernkriterien handelt es sich um:

1. Intersubjektive Nachvollziehbarkeit: Dokumentation des Forschungsprozesses, Interpretation in Gruppen und Anwendung eines kodifizierten Verfahrens
2. Indikation: Begründung der ausgewählten Methode, der Datenerhebung sowie Auswertung, der Transkriptionsregeln und der Samplingstrategie
3. Empirische Verankerung: Theorieprüfung mittels kodifizierter Verfahren
4. Limitation der Arbeit
5. Reflektierte Subjektivität: durch Selbstbeobachtung und Selbstreflexion
6. Kohärenz: Stimmigkeit der Theorie und Interpretation
7. Relevanz und Beitrag der Forschung (Steinke, 1999, zitiert in Döring & Bortz, 2016, S. 112ff.).

Da die Interpretation in Gruppen den Rahmen dieser Masterarbeit nicht einhalten würde, wurde versucht die intersubjektive Nachvollziehbarkeit mithilfe einer genauen Dokumentation des Vorgehens zu erhalten. Dafür wurden wichtige Methoden für die Erhebung und Auswertung wiedergegeben und die Bewertungskriterien gut dokumentiert (Kuckartz et al., 2007, S. 186). Damit soll die Studie für alle anderen Forscher:innen transparent und nachvollziehbar gemacht werden und die intersubjektive Nachvollziehbarkeit gewährleistet werden (Baur & Blasius, 2014, S. 250).

Des Weiteren konnte in der vorliegenden Arbeit die Subjektivität nicht vollständig vermieden werden und sie stellt somit einen Teil der Methode dar. Dabei war es wichtig, den eigenen Einfluss auf den gesamten Forschungsprozess laufend zu reflektieren, um möglichst offen zu sein und relevante Daten für die Beantwortung der Forschungsfragen erheben zu können. Vor allem bei der Datenauswertung wurde versucht, diese Subjektivität kontinuierlich kritisch zu reflektieren und zu hinterfragen, indem eine außenstehende Person bei der Auswertung miteinbezogen und deren Meinung berücksichtigt wurde (Misoch, 2019, S. 214ff.). In den Gesprächen hat sich gezeigt, dass die Anwesenheit der Interviewerin die Antworten der Proband:innen beeinflussen kann. Dadurch kann sich die Anzahl sozial erwünschter Antworten erhöhen und die Ergebnisse können verfälscht werden. Aus diesem Grund wurde in den Gesprächen darauf geachtet, neutrale Fragen zu formulieren und die befragten Personen in keine Richtung zu lenken (Misoch, 2019, S. 249). Jedoch hat sich beim Auswerten des Datenmaterials gezeigt, dass erst im Laufe der Interviews an Erfahrung gewonnen werden konnte, sodass zu Beginn die Neutralität beim Stellen der Fragen nicht immer gegeben war. Des Weiteren bezieht sich die Aussagekraft dieser Studie nur auf das beschriebene Forschungsfeld.

Im nächsten Kapitel werden die Ergebnisse der Studie präsentiert.

4 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der qualitativen Studie anhand der definierten Themengebiete zusammengefasst. Die Interpretation erfolgt im nachfolgenden Kapitel. Da die Antworten zwischen Führungs- und Pflegekräften sehr ähnlich sind und somit nur wenige Unterschiede feststellbar sind, wird keine Trennung in den einzelnen Kategorien vorgenommen. Erst am Ende in Kapitel 4.5 wird zusammenfassend ein Vergleich dargestellt. Anhand der Zitate ist ersichtlich, ob der Kommentar von einer Führungs- oder Pflegeperson stammt. Alle Aussagen aus diesem Ergebnisteil stammen aus den zwölf geführten Interviews und wurden als Zitate kenntlich gemacht. Dabei wurden diese zur besseren Lesbarkeit zum Teil geglättet.

4.1 Organisation

Dieser Punkt zeigt, wie die Organisation in Alten- und Pflegeheimen erfolgt und welche eingeführten Strukturen es gibt, die die Verteilung von relevanten Informationen erleichtern sollen. Dabei werden folgende Themen näher behandelt: Dienstübergabe, Besprechungen, Dokumentation sowie Pflegeplanung. Zusätzlich soll dargestellt werden, welche Zuständigkeitsbereiche und Aufgabenteilungen vorzufinden sind.

4.1.1 Dienstübergabe

In den Einrichtungen aller Interviewpartner:innen sind zwei mündliche Hauptdienstübergaben, morgens und abends, festgelegt. Dabei werden Besonderheiten oder Auffälligkeiten von Bewohner:innen weitergegeben und zusätzlich kann die Dokumentation herangezogen werden.

„Die erfolgt mündlich. Ja, also der Nachtdienst oder der Tagdienst übergibt halt der anderen Schicht, aber nur das, was besonders war. Also es ist jetzt nicht so, dass wir jeden Bewohner einzeln durchgehen, sondern zum Beispiel, wenn jemand gestürzt ist, das sagt man natürlich oder wenn jemand im Krankenhaus ist oder ja eben nur Besonderheiten. Und sonst sagt man halt, ja es sind, also sie sind so wie immer, die anderen.“ (PK2, Z. 135-139)

„Ja also allgemeine Dienstübergabe gibt es immer in der Früh und am Abend für Nachtdienst oder allgemein von allen Stöcken. Jeder Stock berichtet, was angefallen ist und das wird auch weitergegeben zum Nachtdienst, so wie vom Nachtdienst zum Tagdienst.“ (FK2, Z. 182-184)

In zwei Alten- und Pflegeheimen gibt es untertags noch Übergaben bei Bedarf, um im ständigen Austausch miteinander zu sein (PK7, FK3).

Eine Gesprächspartnerin betonte, dass diese Übergaben sehr wichtig sind, weil nicht alle Pflegekräfte jeden Tag bei allen Bewohner:innen sein können. Durch die Dienstübergabe bekommen sie ein Gefühl, ob sie vielleicht noch persönlich nach den Bewohner:innen schauen sollten, um sicherzugehen oder den Pflegebedarf anzupassen.

„Es geht halt auch viel über die Rückmeldung von den Kollegen, dass da die, also die müssen dir das sagen zum Beispiel "Du mir ist da aufgefallen, der hat da eine Rötung bei der Haut“ oder „Der hat da, weiß ich net, der verträgt die Sondennahrung net“ oder irgendwas. Man ist ja net jeden Tag bei jedem Bewohner und darum hat ja die Kommunikation da sehr viel Wert. Also das ist ja bei den Dienstübergaben gerade, dass man halt darüber redet. Damit man auch das Gefühl hat "Uh da sollt ich nachschauen gehen". Da möcht ich mich dann nicht nur auf die Nachricht vom Kollegen verlassen oder so. Ja, dann geht man eh zu den Bewohnern ins Zimmer.“ (PK4, Z. 207-214)

Der Großteil der Interviewpartner:innen hob hervor, dass alle beteiligten Pflegekräfte an der Dienstübergabe am Morgen teilnehmen, um somit immer auf dem aktuellen Stand zu sein und über alle Besonderheiten Bescheid zu wissen. Dabei sind meistens auch die Leitungspersonen anwesend. Jedoch haben beide Heimhelferinnen ausgesagt, dass sie an der Dienstübergabe nicht teilnehmen (PK1, PK9).

4.1.2 Besprechungen

Bei den Besprechungen konnten Unterschiede zwischen den Einrichtungen der Interviewpartner:innen festgestellt werden. Bei mehr als der Hälfte der interviewten Personen finden die Teambesprechungen alle drei Monate statt, wie es lt. Gesetz vorgeschrieben ist. Vereinzelt gibt es Organisationen, in denen sie einmal im Monat oder sogar wöchentlich abgehalten werden. Aufgrund der derzeitigen Pandemie sind die Besprechungen etwas reduziert worden, äußerten hier auch einige Befragte.

„Einmal im Monat gibt's auch eine Teambesprechung, wo über alles geredet wird, was wichtig ist und was gerade aktuell ist. Also alles was gerade geklärt werden sollte.“ (PK1, Z. 80-81)

Zusätzlich können in einigen Alten- und Pflegeheimen Teamsupervisionen in Anspruch genommen werden, was jedoch lt. einer Gesprächspartnerin nicht wirklich

angenommen wurde. Dadurch zeigte die Supervision wenig Nutzen und schaffte ein unangenehmes Gefühl.

„Es hat wenig gegeben, aber angeboten hätten sie das grundsätzlich schon relativ regelmäßig [...] ich bin einmal zu einer gegangen und da sind wir dann zu zweit drinnen gesessen und für die meisten Supervisionen hat sich einfach kein Mensch gemeldet. Weils, weiß ich eigentlich gar nicht warum, ich habe das gar nicht hinterfragt. Ich habe das total super und nett gefunden, aber. Das ist halt dann auch unangenehm, wenn du zu zweit drinnen sitzt.“ (PK7, Z. 219-224)

In den Interviews hat sich gezeigt, dass bei den Teambesprechungen alle Pflegekräfte anwesend sind sowie die Wohnbereichsleitung und in einigen Fällen auch die Pflegedienst- oder Hausleitung. Dabei moderiert die Führungsperson oftmals die Besprechung.

Alle befragten Personen haben geäußert, dass jeder sich in den Teambesprechungen einbringen kann. Jedoch wird diese Möglichkeit nur von wenigen genutzt. Eine Person betonte dabei, dass es eine Hemmschwelle in den Besprechungen gibt, wenn die Führungskraft direkt daneben sitzt. Hierbei sei es wünschenswert, wenn einige Besprechungen ohne die Führungspersonen abgehalten werden, um die Offenheit der Mitarbeiter:innen zu ermöglichen.

„Manche Sachen kann man net ansprechen, wenn sie gleich daneben sitzt und eigentlich sollten wir sowas dann besprechen, nur keiner fängt an.“ (PK3, Z. 151-152)

Eine Interviewpartnerin erwähnte, dass bei den Besprechungen zuerst ein privater Austausch erfolgt, was die Atmosphäre etwas lockert und für eine angenehme Stimmung in den Besprechungen sorgt (PK8, Z. 661-663).

4.1.3 Dokumentation / Pflegeplanung

Alle zwölf befragten Personen gaben an, dass die Dokumentation einen hohen Stellenwert in ihrer Einrichtung einnimmt. Dabei wurde betont, dass alle Besonderheiten, Vorkommnisse oder Auffälligkeiten der Bewohner:innen dokumentiert werden müssen, um somit nachvollziehbar und transparent für die Kolleg:innen zu sein. Dafür gibt es in jeder Einrichtung ein Computerprogramm, worauf jede:r Mitarbeiter:in Zugriff hat. Dabei ist klar vorgegeben, was in welcher Art und Weise dokumentiert werden muss.

„Und natürlich ganz viel das Thema computergestützte Dokumentation. Also das Programm heißt Care Center [...] pro Bewohner sind alle Daten drinnen und du musst da halt täglich, die zum Beispiel die Durchführungsnachweise immer zeitnah abhaken, was du gemacht hast. [...] Und dann wird das halt im System

übernommen, dass dann die Kollegen, die die tägliche Arbeit machen, halt auch sehen im System, was ist zu tun und das dann auch genau abhaken.“ (PK4, Z. 114-133)

„Wir haben ja bei uns ein dreiteiliges Informationssystem. Es gibt das Care Center, das ist die Dokumentation, also wo die ganze Dokumentation passiert für die Pflegeassistenten [...] Dann gibt's das Outlook. Da läuft das ganze Case und Care Management ab und die Termine drüber [...] und dann gibt's noch das Deckfield. Das Deckfield-Programm ist dafür da, dass die gesamte Kommunikation, die jetzt nur mit der Organisation und mit den Mitarbeitern untereinander zu tun hat, die läuft über das Deckfield. Also die Kommunikation ist ganz klar aufgeteilt, welches Werkzeug ist für welche Art von Kommunikation.“ (PK6, Z. 147-158)

Eine Gesprächspartnerin äußerte hier negativ, dass alles ganz genau dokumentiert werden muss und die Pflegekräfte dadurch schon teilweise mehr Zeit vor dem Computer verbringen anstatt bei den Bewohner:innen (PK3, Z. 285-287).

Jedoch ist lt. einer anderen Person dieses Programm sehr hilfreich, weil es sofort Änderungen oder Auffälligkeiten anzeigt und somit eine schnelle Reaktion ermöglicht.

„Genau [...] das ist gespeichert und jeder hat dann gleich auf den neuen Inhalt Zugriff. Also auch wenn eine Medikamentenänderung oder so geschieht, das schlägt dir das Programm dann auch gleich an. Also das ist wirklich ein super Programm. Also da siehst du gleich von Haus aus "Ah, da ist was Neues". Du kannst hinklicken und dir das durchlesen. Also das ist ganz ganz toll.“ (Z. 218-222) „Wenn zum Beispiel nur ein überschrittener Stuhlgang ist oder so, das siehst du auch gleich. Also das blinkt gleich auf beim dritten Tag, dann musst du gleich fragen. Meistens hat eh nur wer vergessen zu eintragen.“ (PK8, Z. 225-227)

4.1.4 Zuständigkeitsbereiche / Aufgabenteilung

Grundsätzlich hat sich bei den Zuständigkeitsbereichen bzw. bei der Aufgabenteilung gezeigt, dass diese gesetzlich genau vorgegeben sind. Je nach Berufsgruppe dürfen Mitarbeiter:innen verschiedene Aufgaben erledigen und sind für unterschiedliche Bereiche verantwortlich. Dadurch wissen die Pflegekräfte genau, was sie zu tun haben.

„Ja, das weiß jeder ganz genau, auch schon allein aus dem Grund, weil alles sehr genau gesetzlich geregelt ist. Manche Aufgaben teilen wir uns auch bei der Dienstübergabe ein.“ (FK3, Z. 565-566)

„Und wir arbeiten eigentlich ein bisschen zwar im Team, aber trotzdem hat jeder seine definierten Aufgabenbereiche, wo man nicht zwingend voneinander abhängig ist.“ (Z. 32-34) „Also grundsätzlich ist das vom Gesetz her ja so, dass die Diplomierte sowieso Aufsichtspflicht ist über die anderen Dienste, Assistenzdienste und Hilfsdienste.“ (PK7, Z. 113-114)

Dabei betonte eine der befragten Führungspersonen, dass die genaue Organisation der Zuständigkeitsbereiche die Mitarbeiter:innen unterstützt und zusätzlich entlastet.

„Die dann tatsächlich die Arbeiten nach dem GUKG, die nur eine Diplomkraft machen darf, [...] macht. Damit haben wir eine sehr klare Trennung auch, was entlastend ist und auch wichtig ist für den Mitarbeiter. Das haben wir bisher als sehr positiv erlebt, dass zum Beispiel der Pflegeassistent in der Hausgemeinschaft wirklich sich um seine Tätigkeit kümmern kann und nichts Organisatorisches machen muss. [...] Und der Pflegeassistent kann die normale Arbeit weitermachen. Und ist nicht ständig zerrissen zwischen Organisation und Pflege. [...] Darum haben wir sozusagen, Organisation und Pflege komplett getrennt. [...] und das erleben wir als sehr positiv, also das minimiert den Stress extrem.“ (FK1, Z. 326-339)

Nach Analyse der Gespräche hat sich herausgestellt, dass vor allem in größeren Heimen noch zusätzlich eine Einteilung erfolgt. Dabei wird das Alten- und Pflegewohnheim in Stationen oder Wohnbereiche unterteilt und Mitarbeiter:innen diesen zugeordnet. Das ermöglicht den Pflegekräften, dass sie sich einem Team zugehörig fühlen.

„Ja, also es ist schon so, wir sind zwar ein großes Haus, aber es ist trotzdem jeder eigentlich seiner Station zugehörig und nur wenn auf einer anderen Station viele ausfallen, also Krankenstände sind oder so, dann muss ein Pflegeassistent in ein anderes Stockwerk für die Pflege wechseln. Aber eigentlich sind wir so ein eigenständiges Team.“ (PK2, Z. 118-121)

Außerdem konnte die Autorin in den Interviews feststellen, dass in vielen Einrichtungen die Wohnbereichsleitungen sich an der Pflege beteiligen oder bei der Planung und Gestaltung unterstützen. Im Gegensatz dazu übernimmt die Hausleitung andere Tätigkeiten und sorgt für die Sicherstellung des Betriebes.

„Was tut die Hausleitung? Alles. Natürlich bin ich da, um den Betrieb sicher zu stellen. Aber vor allem ist das Thema die Weiterentwicklung des Hauses. Wir haben ja [...] ein neues Haus bezogen. Das heißt, da war die ganze Konzeptionierung des neuen Hauses, auch beim Bau mitzuwirken und den ganzen Betrieb zu planen für das neue Haus. Und jetzt geht es darum, einfach den Betrieb weiter zu gestalten.“

Wir haben uns ja entschieden für sehr flache Hierarchien im Haus. Es gibt eigentlich nur die Pflegedienstleitung und mich als Vorgesetzte für 85 Mitarbeiter. [...] Und dadurch sind wir sehr direkt im Geschehen. Da ist eben meine Funktion eigentlich für die ca. also wir haben zehn selbstführende Teams im Haus und meine Funktion ist da eigentlich die Coachfunktion von diesen Teams.“ (FK1, Z. 23-32)

4.2 Arbeiten im Team

In diesem Kapitel wird beschrieben, wie das Arbeiten im Team von den Teilnehmer:innen wahrgenommen wird. Dabei wird einerseits allgemein die Zusammenarbeit dargestellt und andererseits auf die Kommunikation innerhalb des Teams näher eingegangen. Zusätzlich wird festgehalten, in welchem Ausmaß Vertrauen im Team vorzufinden ist und wie der Kontakt zu anderen Berufsgruppen erfolgt. Abschließend wird zusammengefasst, inwieweit Neuigkeiten transparent kommuniziert werden.

4.2.1 Zusammenarbeit

Zunächst wurden die Interviewpartner:innen nach der Zusammenarbeit in ihren Teams befragt. Dabei empfinden alle Führungs- sowie Pflegekräfte die Zusammenarbeit als positiv und die Kolleg:innen wurden als hilfsbereit, verständnisvoll und unterstützend beschrieben. Auch einige der Interviewpartner:innen äußerten, dass es für sie selbstverständlich ist, andere Mitarbeitende bei Bedarf zu unterstützen. Dadurch wird das Zusammenarbeiten angenehm wahrgenommen.

„Mir gefällt das voll, weil das Haus, da kannst du im Kreis gehen und somit überall sein und wenn du irgendwo vorbeikommst, und da sagt jemand „Bitte hilf mir kurzhalten“ oder sonst was, bist halt da und hilfst.“ (PK1, Z. 54-56)

„Ich muss ehrlich sagen, es gefällt mir das Team und die Zusammenarbeit hier sehr gut.“ (Z. 109) „Also das ist wirklich wie eine Familie, jeder hilft jeden.“ (PK5, Z. 111)

Zwei Gesprächspartner:innen, sowohl eine Führungskraft als auch eine Pflegeperson, haben hier noch zusätzlich betont, dass eine geringe Fluktuation für den Zusammenhalt eines Teams vorteilhaft ist.

„Also von den Stammmitarbeitern auf jeden Fall. Schwieriger ists halt, wenn ständig ein Wechsel ist, da muss man wieder von vorne das alles aufbauen.“ (FK3, Z. 422-423)

„Also wir sind wirklich alle schon alte Hasen, wie man so schön sagt. Wir arbeiten wirklich schon lange zusammen und kennen uns schon richtig gut.“ (PK3, Z. 457-459)

Jedoch äußerte eine Teilnehmerin, dass es zu Differenzen und Konkurrenzverhalten zwischen unterschiedlichen Teams kommen kann. Das führt dazu, dass die Zusammenarbeit etwas getrübt wird und eine unangenehme Atmosphäre entstehen kann.

„Der Wohnbereich ist in zwei große Teile geteilt [...] Und wenn du da in dem drübere Teil arbeitest und die anderen da, da war immer so ein bisschen ein Konflikt. Ja, wer ist als erstes fertig. [...] die Wohnbereiche haben Norden und Süden geheißen und es war immer so ein Nord-Süd-Gefälle da. Schade [...] also der Norden hätte jetzt weniger auf den Süden geschaut und die haben nicht voll gelästert und so. Aber der Süden extrem auf dem Norden, weil einfach im Süden waren genau diese schwierigen Persönlichkeiten, die auch von ihrem Naturell her so sind. Immer gegen alles sein und andere schlecht machen und so. [...] das hat sich durch alle fünf Jahre gezogen, dass da gerade vom Süden sehr viel schlecht geredet worden ist über einzelne Schwestern im Norden oder auch generell über den ganzen Norden. Und teilweise auch tief, also nie direkt ins Gesicht. Also immer schön hintenrum. Unangenehm, sehr unangenehm.“ (PK7, Z. 559-570)

Eine weitere Pflegekraft hob zusätzlich noch einmal die Wichtigkeit einer positiven Zusammenarbeit nicht nur für das Team, sondern auch für die Bewohner:innen, hervor. Das Arbeitsklima soll für alle passen und dafür sollen alle Mitarbeiter:innen an einem Strang ziehen. Ansonsten leiden auch die Bewohner:innen darunter (PK5, Z. 596-609).

Die Hausleitung legt in diesem Bereich vermehrt Augenmerk darauf, dass die Mitarbeiter:innen einen Handlungsspielraum haben, um sich individuell an den Tagesablauf anpassen zu können. Das ist vor allem deswegen wichtig, weil die Hausleitung nicht jeden Bereich kennt und die Pflegekräfte somit Probleme direkt gemeinsam lösen können.

„Das ist unser Ziel, weil ich glaub, dass das viel besser wirkt und ich kenn den Arbeitsbereich sowieso nicht von allen Mitarbeitern. [...] Da gibt es bei uns auch keine starren Tagesabläufe, sondern das machen sich immer die Mitarbeiter aus, die heute da sind. Was machst du? Was kann ich übernehmen? Denn nur in dieser Zusammenarbeit kann man Probleme lösen. Und die sind ja auch jeden Tag anders, weil die Bewohner auch individuell sind.“ (FK1, Z. 462-468)

4.2.2 Kommunikation

Die Kommunikation nimmt in den Alten- und Pflegeheimen einen wichtigen Stellenwert ein. Dafür werden einige Strukturen, wie Besprechungen oder Dienstübergaben, eingeführt. Zusätzlich wurde in den Gesprächen gefragt, wie die Kommunikation allgemein in den Teams erfolgt. Dabei betonten alle Teilnehmer:innen wie wichtig die tagtägliche Kommunikation untereinander im Team ist. Vor allem da einige Berufsgruppen die Bewohner:innen nicht jeden Tag sehen und somit auf diesen zusätzlichen Austausch angewiesen sind, um zu erfahren, wo vielleicht ein anderer Pflegebedarf besteht.

„Ja, also das findet eigentlich tagtäglich statt. Es ist auch so, weil wir als diplomiertes Personal zum Beispiel die Körperpflege nicht selber durchführen, sehen wir ja den Bewohner jetzt nicht, ob der irgendwo einen blauen Fleck hat oder eine neue Wunde hat oder einen Ausschlag oder so. Und das ist dann die Aufgabe der Pflegeassistenten oder der Heimhilfen uns das zu sagen, dass der jetzt zum Beispiel eine Hautveränderung hat und dann gehen wir als diplomierte Fachkraft dorthin und schauen uns das an.“ (PK2, Z. 109-114)

Eine befragte Person äußerte zusätzlich, dass eine offene Gesprächskultur im Team herrscht, was als positiv bezeichnet wurde. Dadurch werden Probleme direkt angesprochen und somit schneller im Team gelöst. Infolgedessen muss nicht immer die Führungsperson informiert werden (PK2, Z. 212-217).

Es wurde jedoch auch dargelegt, dass die Kommunikation je nach Dienstplaneinteilung unterschiedlich erfolgen kann. Dabei soll die fachliche Kommunikation immer gut verlaufen, jedoch kann auf der persönlichen Ebene ein Unterschied festgestellt werden.

„Das ist halt auch total unterschiedlich. Es kommt komplett drauf an, wer von den Leuten da ist. Es ist dann oft auch nicht, wer ist einzeln da oder wie kannst du mit wem einzeln, sondern welche sind gerade gemeinsam da und wie können die miteinander und wie tun die dir gegenüber [...] Wenn du sagst die fachliche Kommunikation, also was hat sich getan bei den Bewohnern, weil ich bin als Diplomierte drauf angewiesen, dass mir die sagen, was war. Welche Probleme hat es in der Früh gegeben oder so? Das hat eigentlich wirklich durch die Bank supergut funktioniert. Wenn du jetzt eher sagst, weiß ich nicht, auf persönlicher Ebene [...] da war das dann teilweise schon eher destruktiv.“ (PK7, Z. 179-189)

Das kann vor allem darauf zurückzuführen sein, dass einige Teammitglieder privat nicht harmonieren und es sich dabei nur um ein Arbeitsverhältnis handelt (PK9, Z. 235-237).

4.2.3 Vertrauen

Außerdem wurde das Thema Vertrauen im Team näher erforscht und die Gesprächsteilnehmer:innen sollten dazu die Frage beantworten, ob sie ihre Teamkolleg:innen vertrauen und was beim Aufbau einer Vertrauensbasis unterstützen kann. Dazu äußerten alle befragten Personen, sowohl Führungskräfte als auch Pflegekräfte, dass sie grundsätzlich ihrem Team vertrauen, aber nicht zu 100 % bzw. nicht allen Teammitgliedern. Jedoch müssen sie sich auf ihre Kolleg:innen verlassen können, weil sie nicht jeden Tag im Dienst sind und somit nicht täglich alle Bewohner:innen aufsuchen können.

„Nein, jedem nicht, das geht nicht. Das ist egal in welchem Beruf, es gibt immer welche von denen man sagt, also wir haben eine spezielle dabei, die ich glaube, mit der kann gar keiner. [...] aber das ist eine von zehn. Die anderen sind eigentlich schon recht nett.“ (PK9, Z. 222-226)

„Jein. Weil ich weiß, also wenn ich jetzt nicht da bin am Wochenende, dann ist es halt, ja schwierig für mich. Ich kenn meine Mitarbeiter schon ziemlich gut und weiß halt. Also ja Vertrauen, aber nicht zu 100 %.“ (FK3, Z. 160-162)

Eine Person gab an, dass sie Kolleg:innen nicht vertraut, wenn diese ihre Arbeiten nicht sauber erledigen und deswegen nachgearbeitet werden muss.

„Die ist von Haus aus schon immer sehr schusselig gewesen und die ist auch so, weiß ich nicht, ich mein Vertrauen. Manchmal weiß ich, dass sie ihre Arbeit nicht so sauber macht wie andere. Aber sie ist einfach der Typ so, glaub ich. [...] Du gehst halt dann schon einmal Handtücher wegräumen oder so, aber ja.“ (PK8, Z. 381-385)

Außerdem wurde erhoben, dass die fachliche Qualifikation bzw. die Erfahrungen von Mitarbeiter:innen entscheidend für den Aufbau von Vertrauen sind. Dabei erwähnte eine diplomierte Pflegekraft, dass das für sie belastend ist, weil hin und wieder fachliche Grundlagen bei ihren Kolleg:innen gefehlt haben und sie nicht immer direkt bei den Bewohner:innen war. Dadurch hat sie des Öfteren die Arbeiten nachkontrolliert, weil sie kein Vertrauen aufbauen konnte (PK7, Z. 259-276).

Eine Führungskraft merkte dazu an, dass sie die fachlichen Kompetenzen der Mitarbeitenden beim Schreiben des Dienstplans berücksichtigt.

„Es gibt ja gute, also gibt es halt wirklich Mitarbeiter [...] die fachlich besser sind und es gibt Mitarbeiter, die halt noch mehr Unterstützung benötigen. Das berücksichtige ich dann schon beim Dienstplan schreiben. Überhaupt am Wochenende, also wenn ich nicht vor Ort bin, dass das ein gemischtes Personal da ist. Es muss immer

jemand da sein, der sich wirklich gut auskennt, dann bin ich auch beruhigter und weiß, die Kollegen können sich gegenseitig unterstützen, wenn was ist.“ (FK3, Z. 251-256)

Zusätzlich wurde mehrmals genannt, dass eine hohe Fluktuation den Aufbau von Vertrauen stören kann und neue Kolleg:innen sich das Vertrauen erst erarbeiten müssen und dieses erst im Laufe der Zeit entsteht.

„Also es ist eine sehr hohe Fluktuation momentan, was die Zusammenarbeit im Team schon erschwert. Also da kann sich wenig Vertrauen und so aufbauen, wenn immer ein Wechsel ist.“ (FK3, Z. 263-265)

„Bei neuen Kollegen natürlich kontrolliert sie da vermehrt nach. Das ist wieder eine andere Geschichte, da muss sich das Vertrauen erst aufbauen mit der Zeit. Aber die Situation haben wir schon länger nicht gehabt, dass wir eine neue Kollegin gehabt haben.“ (PK8, Z. 570-532)

4.2.4 Kontakt zu anderen Berufsgruppen

Die Teilnehmer:innen wurden befragt, wer den Kontakt zu anderen Berufsgruppen, wie zum Beispiel Ärzt:innen oder Psycholog:innen, herstellt und wie der Austausch erfolgt. Dabei hat sich gezeigt, dass in den größeren Teams die diplomierte Kraft für den persönlichen Austausch zuständig ist und in den kleineren Teams oftmals auch Pflegeassistent:innen die Berechtigung zum Dialog mit den Ärzt:innen haben.

„Ja also, die Arztvisiten bereiten wir – das diplomierte Personal – eben vor, damit das halt dann schneller geht, wenn der Arzt kommt. Und dann bin ich mit dem Arzt dort und besprich die Visiten durch.“ (PK2, Z. 97-99)

„Also bei uns ist es jetzt zum Beispiel im Erdgeschoss oft, dadurch dass wir nicht immer eine Diplomierte haben, weil wir nur eine haben, wird das auch sehr oft an uns übertragen. Also wir gehen dann bei der Arztvisite mit.“ (PK8, Z. 201-203)

Dieser Austausch mit den anderen Berufsgruppen wird bei den meisten Interviewpartner:innen als positiv und hilfreich wahrgenommen.

„Die reden persönlich mit uns und sagen gleich was Sache ist und was wir machen sollen. Und das funktioniert eigentlich recht gut mit den Ärzten und auch mit der Physiotherapeutin. Da gibt's nix.“ (PK3, Z. 96-98)

Eine Person teilte jedoch mit, dass nicht jeder Kontakt positiv verlief und es leider auch negative Zwischenfälle gab.

„Also es gibt welche, da war das überhaupt kein Problem, auch total wertschätzend. [...] Und dann gibt es immer wieder andere, die da sehr konservativ sind. Die Pflege ist das, was Kaffee bringt und „bitte“ „danke“ sagt und die hat sich nicht zum Aufbäumen. Man kann da jetzt weder sagen, es war pauschal gut oder schlecht. [...] Das war so das klassische Supervisionsthema, wenn es zu Problemen mit Ärzten gekommen ist, und das bezieht sich jetzt eher auf die, die halt regelmäßig kommen eben die Hausärzte.“ (PK7, Z. 145-158)

Außerdem konnte festgestellt werden, dass der Wunsch nach einem engeren Kontakt zu anderen Berufsgruppen, vor allem zu den externen, besteht. Eine Gesprächspartnerin nannte hier das Bedürfnis nach Fallbesprechungen mit Ärzt:innen, die sie in einer anderen Einrichtung als Leitungsperson organisiert und positiv wahrgenommen hat. Dabei bestand die Möglichkeit, dass gemeinsam Problemstellungen besprochen wurden. So konnten Pflegekräfte sich mit den externen Berufsgruppen austauschen und besser auf Auffälligkeiten von Bewohner:innen reagieren (PK4, Z. 248-256).

4.2.5 Transparente und zeitnahe Mitteilung von Neuigkeiten

Grundsätzlich werden beim Großteil der befragten Personen Neuigkeiten transparent sowie zeitnah kommuniziert. Dabei erfolgt das bei mehr als der Hälfte der Teilnehmer:innen per E-Mail und bei drei der befragten Personen werden die Nachrichten über eine Kommunikationsapp oder WhatsApp verschickt. Zusätzlich werden Mitteilungen oft auch persönlich kommuniziert, damit wirklich alle Mitarbeitenden sich im Klaren über die Neuigkeiten sind.

„Via Mail. Also da wir haben alle eine Mail-Adresse und das wird dann ausgeschickt. [...] und sonst ist auch oft, dass die Pflegedienstleitung oder oft, das ist jetzt übertrieben, aber wenn Neuigkeiten sind, wichtige, dass die Pflegedienstleitung alle Diplomierten zu sich ins Büro holt, die grad im Dienst sind und das weitergibt. Und dass wir das auch weitergeben.“ (PK2, Z. 591-596)

„Also, eine Mitteilung allen Kollegen und Kolleginnen gleichzeitig schicken zu können, ist schon super. Dafür gibt es Räume im Deckfield und dann gibt es auch einen Raum „Info an alle“ und wenn ich da was reinschreibe, dann bekommen diese Infos alle. Somit weiß ich, dass die Nachricht jeder erhält und die Mitarbeiter wissen, da gibt's eine Einschränkung, da gibt's irgendwas Spezielles. Ja und eigentlich ja innerhalb von der nächsten halben Stunde/Stunde wissen alle Mitarbeiter diese Information.“ (FK1, Z. 112-117)

Es wurde jedoch von einer Person erwähnt, dass Änderungen oftmals zu spät oder gar nicht angekündigt werden und dadurch die Umsetzung erschwert wird. Dabei wurde der Wunsch geäußert, dass Neuigkeiten rechtzeitig mitgeteilt werden und eventuell ein Mitspracherecht für die Pflegekräfte besteht.

„[...] zum Beispiel das neue Projekt war, die Wäsche wird ab sofort im Haus gewaschen. Also vorher ist das ausgelagert gewesen [...] Und dann plötzlich ist ihnen eingefallen „Das ist doch voll die Qualitätsverbesserung, wenn wir jetzt die Wäsche tagtäglich am Bereich waschen“. Ja, sie haben sich, find ich, irgendwie ein bisschen unglücklich angestellt, weil es hat kein offizielles Projekt gegeben oder irgendeine Besprechung darüber. Wie wird das gehandhabt oder wer ist dafür zuständig oder wie sollen wir überhaupt die Wäsche waschen, dass es hygienisch ist und solche Sachen halt. Weißt eh, was eigentlich recht nett gewesen wäre, wenn wir das früher erfahren hätten. Und dann haben sie halt einfach die Waschmaschine und den Trockner in unser Klo hineingestellt und seit das da war hat es geheißen "Es ist jetzt eure Aufgabe, Wäsche zu waschen!" (PK4, Z. 277-287)

4.3 Psychologische Sicherheit

In diesem Punkt wird auf die psychologische Sicherheit in Alten- und Pflegeheimen Bezug genommen und die Wahrnehmung der befragten Personen geschildert. Dazu wird auf die Themen Fehlerkultur, Hilfestellung, Meinungsäußerungen und Ängste eingegangen. Zusätzlich wird beleuchtet, ob die Befragten sich trauen, Ideen zu äußern und ob individuelle Stärken und Talente genutzt werden können. Darüber hinaus werden wichtige wahrgenommene Merkmale der Pflege- und Führungskräfte sowie Maßnahmen aufgezählt, die hilfreich beim Aufbau psychologischer Sicherheit sein sollen.

4.3.1 Fehlerkultur

Grundsätzlich hat sich beim Befragen der Gesprächspartner:innen gezeigt, dass in allen Einrichtungen eine positive Fehlerkultur gelebt wird. In weiterer Folge wird hier näher auf die Reaktionen auf Fehler eingegangen und wiedergegeben, ob diese als Lernmöglichkeit betrachtet werden.

Reaktion auf Fehler

Die Reaktion auf Fehler wird bei allen Gesprächspartner:innen allgemein positiv wahrgenommen. Dabei betonte die Mehrheit der befragten Personen, dass es natürlich auf den Schweregrad des Fehlers ankommt und ob die Person den Fehler offen zugibt.

Jedoch zeigen die meisten Teammitglieder eine verständnisvolle Reaktion auf Fehler und unterstützen beim Beheben von diesen.

„Sehr verständnisvoll. Also es ist schon so, wenn man den Fehler selber zugibt, dann sehr verständnisvoll, wenn man es natürlich versucht zu vertuschen oder anderen die Schuld zu geben, dann weniger verständnisvoll. Es kommt natürlich auch auf den Schweregrad drauf an. Das ist klar. Aber eigentlich ist schon so „Wir sind Menschen und Menschen machen Fehler“ und das ist auch in einem gewissen Grad gut so, weil sonst könnten das auch Maschinen machen.“ (PK2, Z. 285-290)

„Natürlich passieren mir Fehler. Ich muss dir ehrlich sagen, es ist aber nicht "Du hast das jetzt Falsch gemacht", sondern "Komm her, jetzt schauen wir uns gemeinsam an. Ich zeig dir, wie das geht. Schau her, so tust du dir leichter". Deswegen sag ich, also es ist eher ein Familienbetrieb, wo man einander hilft. Also Fehler machen ist ok, aber es ist nicht, dass ich jetzt sag, es ist kein gravierender Fehler. Natürlich gravierende Fehler sollen nicht passieren, aber so Fehler des täglichen Lebens passieren und es ist nicht der Weltuntergang, sondern wir lösen die dann oft auch gemeinsam.“ (PK5, Z. 275-281)

Darüber hinaus wurde angemerkt, dass es wichtig ist, Fehler offen zuzugeben, damit schnell darauf reagiert werden kann. Dabei teilt ein Großteil der Befragten die Auffassung, dass eine offene Gesprächskultur gelebt wird und Fehler offen kommuniziert werden und dadurch schnell behoben werden können.

„Ein Beispiel, also wo es halt schon mehr mit sich nachgezogen hat, ist, dass ein Pflegeassistent dem einen Bewohner falsche Medikamente gegeben hat. Also das ist so, das sollte nicht passieren, das darf nicht passieren eigentlich. Das war aber gut, weil die Pflegeassistentin selber drauf kommen ist und sie hats auch nicht versucht zu vertuschen, sondern ist gleich zu mir zur Diplomierten gegangen und hat gesagt „Hey, entschuldige, ich hab Bewohner X die Tabletten von Bewohner Y gegeben. Tut mir leid“. Und ich nur so ja passt. Sie hat sich mehr Vorwürfe gemacht, als ich ihr Vorwürfe gemacht habe und da gehörts halt dann dazu, dass man schaut, eben welche Tabletten hat sie genommen.“ (Z. 324-331) „Deswegen ist das auch sehr wichtig, so eine offene, wertschätzende Gesprächskultur zu haben, weil wie gesagt, Fehler passieren, aber es ist wichtig, dass die auch mitgeteilt werden, weil ja. Es geht schon um Menschenleben.“ (PK2, Z. 344-346)

„Ich weiß natürlich nicht, von welchen Fehlern ich nicht erfahren hab, weil sie das nicht gesagt haben. Aber ich hab jetzt schon mehrere Situationen im Kopf, wo Sachen passiert sind, teilweise auch gefährliche Sachen, wo die PAs wissen, wenn sie

das jetzt melden, bekommen sie Probleme. Und sie haben das trotzdem gemeldet, weil es um Menschenleben gegangen ist. Akut eben die falschen Medikamente verabreicht haben oder so, haben sie mir zumindest gesagt, also der Diplomierten. Ich weiß jetzt nicht, ob sie das der Pflegedienstleitung selber gesagt haben, aber das ist egal. Da bin eh ich ihr Ansprechpartner und dann waren schon ein paar heikle Situationen, wo sie wirklich sofort zu mir gekommen sind und wir das halt dann dementsprechend gemeinsam lösen haben können.“ (PK7, Z. 619-627)

Ein Grund für die positive Fehlerkultur liegt lt. einer Gesprächspartnerin darin, dass das Team klein ist und somit das Ansprechen leichter fällt als in größeren Teams.

„Dadurch, dass wir auch ein kleines Team sind, ist das auch leichter. Ich glaub oben auf die Stockwerke ist das manchmal schon etwas schwieriger. Da wird ganz viel der Wohnbereichsleitung gesagt und die muss das dann weitersagen. Ja. Aber ich sag das schon direkt, wenn ich was bemerk.“ (PK8, Z. 434-437)

Auf die Frage, in welchem Setting Fehler angesprochen werden, reagierten sowohl Führungskräfte als auch Pflegekräfte ident, indem sie ein Vier-Augen-Gespräch dafür nutzen. Dabei äußerten die Pflegekräfte zusätzlich, dass sie je nach Schweregrad auch die Führungspersonen informieren, damit diese das Problem lösen.

„Wenn ein Fehler passiert ist? Auf jeden Fall wird die Person rausgenommen, also net jetzt bei Tisch oder so sondern schon so, wo es jetzt keiner mitbekommt. Also eher schauen, dass das jetzt nicht jeder merkt, dass da irgendwas gerade rennt, weil dann fragt ja nachher ein jeder "Was war da" und halt der Person, also mit der das dann direkt geklärt und das ist dann echt meistens so, dass sie danach sich bedanken und sagen "Hey danke, das war mir echt nicht bewusst" Also das das hat gut funktioniert. Die konnten das dann auch annehmen.“ (PK7, Z. 299-304)

„Wenn wirklich ein gravierender Fehler passiert ist, dann bespricht das die Wohnbereichsleitung mit der Person, die den Fehler gemacht hat unter vier Augen. Das wird jetzt net groß auf alle aufgeteilt, dass das im großen Team besprochen wird und alle Bescheid wissen und das schafft auch eine gute Atmosphäre, find ich.“ (PK1, Z. 288-291)

Diese Aussagen zeigen, dass das gewählte Setting positiv wahrgenommen wird. Mithilfe eines Vier-Augen-Gesprächs wird ein Gesichtsverlust der Person vermieden und dadurch wird der Umgang mit Fehlern von Allen als angenehm wahrgenommen.

Die Führungskräfte äußerten, dass es ihnen wichtig ist, zu erkunden, wie der Fehler entstanden ist und ob eine Unterstützung notwendig ist, damit der Fehler sich nicht

wiederholt. Dafür nutzt eine Führungskraft Besprechungen in einem kleineren Team, vor allem, wenn es sich um einen Fehler im System handelt.

„Naja, dass ich frag, warum und ja, also ich suche das Vier-Augen-Gespräch und frag dann auch, was ich tun kann, damit der Fehler nicht mehr vorkommt, also wenn es einer ist, wo Unterstützung benötigt wird und sonst weis ich halt darauf hin, dass sie besser aufpassen sollen.“ (FK3, Z. 293-296)

„Also dann besprechen wir das, also was passiert ist oder auch Beinahefehler. Da sind wir darauf gekommen oder da ist was schief gegangen. Fehlt im System was, also haben wir einen Systemfehler drinnen. Haben wir irgendwas nicht abgebildet. Was müssen wir ändern, damit das nicht mehr vorkommt? War es ein individueller Fehler, dann muss die einzelne Person schauen. Ja ich muss mehr aufpassen. Ja ich muss mich mehr, also ich muss die Richtlinien besser lesen oder ist es ein Systemfehler. Da muss man dann einmal schauen, wo kommt das her. Und dann wird analysiert und dann wird reagiert.“ (FK1, Z. 433-439)

Jedoch gaben einige Gesprächspartner:innen an, dass nicht alle Reaktionen von den Führungskräften positiv wahrgenommen wurden. Einerseits wurde bei einer Befragten mit erhobener Stimme auf einen Fehler reagiert und andererseits kam es bei einer anderen Teilnehmerin vor, dass diese die Führungskraft auf einen Fehler hinwies und die Führungskraft sie dann vor dem kompletten Team schlecht behandelt hat. Diese Reaktion spielt lt. der Gesprächspartnerin eine wichtige Rolle für die weitere Wahrnehmung der Fehlerkultur und wirkt prägend für die Zukunft.

„Wenn jemand einen Fehler macht? Entweder also meistens geht's eh zur Wohnbereichsleitung [...] oder gleich zur Heimleitung und leider Gottes, wenn die Heimleitung davon erfährt, dann artet das meistens aus. Denn bei der dürfen keine Fehler passieren. Und die Heimleitung wird dann auch sehr laut.“ (PK9, Z. 256-261)

„Akut kann ich mich jetzt an zwei Sachen erinnern, aber wahrscheinlich deswegen, weil es genauso abgelaufen ist, wie es nämlich nicht ablaufen sollte. Nämlich bei dem einen Fall hat mich unsere Pflegedienstleitung [...] vor dem gesamten Team zur Sau gemacht. [...] also die Pflegedienstleitung hat ein Trauerschreiben rausgegeben für, wenn Menschen sterben, dass wir quasi die Angehörigen so ein Trauerschreiben geben. So als Beileidsbekundung halt vom Heim [...] Und das Schreiben war ein bisschen peinlich, sag ich jetzt mal aus meiner Sicht, weil es halt gespickt von Rechtschreibfehlern war und es waren halt einfach keine deutschen Sätze für mein Verständnis. [...] Und ich hab ihr [...] eine Nachricht geschrieben. Hab geschrieben "Hey, wollte dir nur sagen, ich find das Schreiben voll super und ich find die Idee voll

toll. Ich wollt dich nur darauf hinweisen, dass halt da sprachlich was nicht ganz passt" [...] das hat sie als Aufhänger genommen, dass sie mich am nächsten Tag in der Früh bei der Dienstübergabe vorm gesamten Team fertig gemacht hat. Auf tiefste persönliche Ebene, so dass halt dann mein Team quasi gesagt hat "Hey, komm runter, das was du da gerade machst, geht gar net" und sie hat sich dann im Nachhinein bei mir entschuldigt [...] und war dann nie wieder.“ (Z. 315-337) „Und das war wirklich prägend eigentlich und da hängt schon viel ab, wie die Führungskraft umgeht mit dir.“ (PK7, Z. 391-393)

Schlussendlich kam in den Gesprächen heraus, dass auch die Reaktion der betroffenen Person sich auswirkt auf die Gesprächskultur und auf die Atmosphäre im Team. Eine befragte Person vermutete, dass Pflegepersonen sich generell schwer mit Kritik tun und zutiefst betroffen sind, wenn sie etwas falsch gemacht haben. Dabei sei diese Kritikfähigkeit noch ausbaufähig (PK6, Z. 510-511).

Jedoch zeigte sich, dass eine positive Reaktion auf das Ansprechen von Fehlern die Teamarbeit erheblich verbessern kann.

„Und einmal hat mich eben eine Kollegin kritisiert. [...] also sie ist irgendwie reingekommen und hat gesagt [...] "Ja, du hast das Handtuch nicht weggeräumt." Also es hat halt eine Bewohnerin Stuhlgang gehabt in der Nacht und ich hab anscheinend das mit einem Handtuch weggemacht und hab das Handtuch am Boden gehaut. Hab dann die Bewohnerin ins Bett gebracht und hab, also ich bin nicht mehr ins Bad und hab das Handtuch nicht mehr weggeräumt. [...] Aber die hat das halt total geärgert, die hat halt geglaubt, ich hab mir gedacht, weiß nicht, ich muss das nicht machen oder was weiß ich. Und ich hab ihr dann eh gesagt "Mah, das tut mir total leid. Ich kann mich gerade gar nicht daran erinnern, aber das kann sicher sein, dass mir das passiert ist, aber ich achte in Zukunft darauf, dass das net mehr vorkommt". Und das war dann irgendwie bei ihr so ein Moment. Sie hat dann gesagt "Hey, ich find das jetzt voll arg, dass du das so quasi akzeptierst, dass du einen Fehler gemacht hast". Das hat sie mir richtig so gesagt und das war das war der Wendepunkt [...] ab dem Tag hab ich eine Chance gehabt in dem Team. Ab dem Tag hab ich mich nicht mehr beweisen müssen wegen so einer Kleinigkeit. [...] ab da hat sich für mich in der ganzen Teamarbeit was geändert.“ (PK7, Z. 399-419)

Lernmöglichkeit

In den Gesprächen konnte die Autorin feststellen, dass grundsätzlich die Einstellung besteht, dass aus Fehlern gelernt wird. Dabei betonten einige Gesprächspartner:innen,

dass es wichtig ist, Fehler anzusprechen, damit diese behoben werden können und dass es als hilfreich empfunden wird, wenn Kolleg:innen dabei unterstützen.

„Wir arbeiten ja mit Menschen und da sollten Fehler schon behoben werden, falls es mal welche gibt. Und wenn die keiner anredet, können sie net geändert werden.“ (PK3, Z. 349-350)

„Ja, voll, also da sind alle total verständnisvoll und helfen auch, um den Fehler zu beheben. Daraus kann man eigentlich immer was mitnehmen.“ (PK1, Z. 121-122)

„Es deckt zwischendurch auch auf, wo eventuell ein Lernbedarf besteht, und dann kann man gemeinsam schauen, wie das gelöst wird.“ (FK3, Z. 325-326)

Außerdem äußerten drei befragte Personen, dass bei ihnen Fehler in Teambesprechungen nachbehandelt werden, damit alle Mitarbeitende daraus etwas lernen. Jedoch antwortete eine andere Pflegekraft auf die Frage, ob in Teambesprechungen Fehler besprochen werden, dass das nicht gemacht wird und sie das gut findet, weil das sonst beschämend für die betroffene Person wäre.

„Genau, das wird bei der Teambesprechung gemacht. Ja, also dort wird dann schon gesagt, also auch anonym. Also sie sagt keine Namen oder so "Bitte schaut auf das vermehrt. Das und das". Ja das wird dann schon gemacht.“ (PK8, Z. 428-430)

„Ja, durchbesprochen wird sowas dann meistens bei der Teambesprechung. Also wenn es ein schwerwiegender Fehler war. Aber nie auf eine unangenehme Art und Weise, sondern auch so, dass alle was mitnehmen können. Also da wird keiner angekreidet. Und wenn untereinander was net passt, müssen das eh die Kollegen selber ausmachen.“ (PK1, Z. 130-133)

„Nein, das weiß man eh schon so schon, dass man wieder mehr aufpassen muss. Aber das ist dann also nein, das ist dann in den Teambesprechungen für den einen sehr peinlich und da kann schon eine ungute Situation entstehen.“ (PK3, Z. 305-307)

Von einer Person wurde ergänzt, dass sie ein Fehlerportal besitzen, in welchem Mitarbeiter:innen Fehler vermerken und Fehlerquellen raussuchen können. Dabei wird dieses Portal als hilfreich empfunden, weil somit die Möglichkeit besteht, sich mit anderen Pflegekräften anonym auszutauschen und daraus zu lernen.

„Ja, da gibt es eine Fehlerkultur, weißt eh, da gibt es das Programm, da kannst du deine Fehler anonym reinschreiben. [...] Da kannst du dir dann auch so Fehlerquellen raussuchen, dass wenn dir das passiert, jetzt zum Beispiel Insulin Tag /

Nachtinsulin falsch spritzt. Da gibt es dann so [...] eine Fehlerquellensuche, wie die anderen Pflegepersonen aus einem anderen Pflegeheim, anderen Krankenhaus mit dem Fehler umgegangen sind. Du brauchst das nur reinschreiben, das ist so wie ein Portal und das gibt es dort auch.“ (PK5, Z. 288-294)

4.3.2 Hilfestellung

Genauso wie im Umgang mit Fehlern im Team wird beim Thema „um Hilfe bitten“ eine positive Rückmeldung gezeigt. Dabei äußerten alle Pflege- sowie Führungskräfte, dass sie keine Bedenken haben, jemanden in ihrem Team um Hilfe zu bitten. Außerdem konnte in den Gesprächen festgestellt werden, dass Pflegepersonen als sehr hilfsbereit wahrgenommen werden und dadurch die Hemmschwelle sinkt, Hilfe zu fordern. Es wurde lediglich angemerkt, dass hin und wieder eine Wartezeit besteht, bis Kolleg:innen Zeit zum Helfen haben. Das wird jedoch nicht negativ aufgenommen.

„Da waren alle immer hilfsbereit und du hast zwar ab und zu mal warten müssen, aber wir haben uns gegenseitig geholfen und da hat jeder deswegen auch drauf geschaut, zu helfen, damit man selber auch Hilfe bekommt.“ (PK4, Z. 539-541)

„Ja, durch die Bank. Also selbst die Problemkinder, sag ich einmal. Hilfe kannst du immer haben. [...]. Also, wenn auch wirklich, das ist glaub ich was in der Pflege, das geht. Tag und Nacht. Wenn du in der Nacht wem vom dritten Stock ins Erdgeschoss holst. Das geht immer. Hilfe kannst du immer fordern und wenn es wirklich nicht gegangen ist, hab ich das auch gemacht.“ (PK7, Z. 434-441)

Eine der Befragten wies jedoch darauf hin, dass die Hilfsbereitschaft abhängig vom Stockwerk und somit auch vom Team ist. Mit dem eigenen Team soll es zu keinen Problemen gekommen sein, aber die Hilfe von einem anderen Team zu erhalten, wurde als mühsam wahrgenommen. Dadurch stieg die Hemmschwelle, um Hilfe zu bitten.

„Ja, aber das bezieht sich jetzt eigentlich nur auf unseren Stock. Wenn wir alleine gewesen sind und wir haben eine Hilfe gebraucht vom anderen Stock, ja da hast du dann schon schauen müssen, wer Dienst hat. Manche haben da nicht geholfen, oder manche habe dann blöde Bemerkungen gemacht. Ich hab mal wen geholt, einen anderen Wohnbereichsleiter, weil ich eben eine mobilisieren musste, die war sicher so um die 100 Kilo schwer, war bettlägerig, hat sich nicht bewegen können und war dann auch schon bis ganz runtergerutscht. [...] Dann habe ich ihn angerufen und gefragt, ob er mir hilft, dann hat er gesagt, er kommt gleich. Er ist dann irgendwann einmal gekommen und dann hat er gesagt „Ich zeig dir das jetzt, das geht auch alleine zu mobilisieren.“ [...] Ja es ist auch schon so, dass man seine

Rechte einfordern muss und dass man nicht alleine alles machen muss.“ (Z. 402-413) „Ja manche haben sich dann niemanden anrufen getraut, das habe ich dann auch von meinen Mitkollegen gehört. Also die haben sich nicht wen anrufen traut, weil die dann eh nicht kommen oder blöde Bemerkungen machen. Ja dann hab ich gesagt, ihr habt das Recht, ihr müsst nicht alles alleine machen.“ (FK2, Z. 416-419)

4.3.3 Meinungsäußerung / Meinungsverschiedenheiten

Dazu konnte in den Gesprächen festgestellt werden, dass sich nicht alle trauen, ihre Meinung zu äußern. Dabei wurden fehlendes Sprachverständnis, zu wenig Selbstbewusstsein oder andere Aufgabenbereiche als Gründe genannt.

„Weil sie machen ja die wichtigste Arbeit vom Pflegen her und ja. Das ist halt nicht mein Aufgabenbereich und da halt ich mich raus und misch mich nicht ein. Also kann schon sein, wenn mir was Gröberes auffallen würde, dass ich was sag, aber das war noch nicht der Fall.“ (PK1, Z. 199-201)

„Ich glaub teilweise Sprachunverständnis, weil das sind meist, weißt eh, mit Migrationshintergrund. Dass die gar nicht so schnell mitkommen, wie wir schnell reden.“ (PK5, Z. 481-482)

Eine Befragte gab bei der Frage, wie Kolleg:innen auf eine Meinungsäußerung reagieren, an, dass es abhängig davon ist, vor welchem Mitglied die Meinung dargelegt wird. Dabei reagieren nicht alle Teammitglieder positiv darauf.

„Na klassisch halt. "Dann mach dir es selber".“ (PK7, Z. 510)

Hinsichtlich der Handhabung von Meinungsverschiedenheiten wurden Gespräche und das gemeinsame Finden einer Lösung genannt. Dabei soll darauf geachtet werden, dass von jeder konstruktiven Meinung ein Teil herausgefiltert wird oder dass versucht wird, die sinnvollere Meinung umzusetzen. Außerdem untermauerte eine Führungskraft die Wichtigkeit, die Bewohner:innen miteinzubeziehen.

„Ja drüber sprechen. Dann mal jede Meinung anhören und wenn jetzt was angefallen ist, also wie soll ich jetzt sagen, vielleicht ist es gegangen jetzt um die Pflege, dass wir da was ausprobieren. Da haben wir gesagt, ja schauen wir uns das an, wenn es geht, reden wir mal mit der Bewohnerin, wenn sie eben sich jetzt selber dazu äußern können. Meistens haben eh die Bewohner gesagt, was sie haben möchten und oder hat man auch gesehen, was sie können. Und das Defizit haben wir übernommen. Also Ressourcen erhalten, fördern, das war eigentlich mein Ziel immer.“ (FK2, Z. 432-437)

4.3.4 Ängste

Nach Analyse der Interviews stellte sich heraus, dass einige Gesprächsteilnehmer:innen selbst Ängste verspüren oder diese in ihrem Team wahrnehmen. In einem Gespräch kam der Aspekt auf, dass es wichtig ist, Meinungsverschiedenheiten anzusprechen, um gut pflegen zu können. Dabei wird das nicht von allen Pflegekräften gemacht aus Angst davor, sich unbeliebt zu machen. Dazu äußerte eine Führungskraft, dass Mitarbeiter:innen häufig Angst vor einem Beziehungsabbruch haben und deswegen ungern jemanden kritisieren oder die eigene Meinung vertreten.

„Also es passiert mal besser mal weniger. [...] Ich will ja, also da steckt ja ganz oft Angst dahinter, wenn ich jemanden kritisier. Dann befürchte ich sozusagen einen Beziehungsabbruch. Das ist ja oft der Hintergrund, warum niemand was sagt. Ich möchte ja auch nur gemocht werden. Ich will ja von dir nicht sozusagen nicht ignoriert werden.“ (FK1, Z. 443-449)

Laut einer Gesprächsteilnehmerin ist es hilfreich, wenn die Person schon länger im Unternehmen tätig ist, um genug Sicherheit zu erhalten.

„Das kommt drauf an, wie lange ich im Unternehmen schon bin. Also wenn ich dann länger dort bin schon, obwohl man sollte es eigentlich immer machen. Aber oft fürchtet man sich davor, dass das irgendwie, das einer sagt du verpetzt mich oder sonst was, aber eigentlich sollte man das machen, weils um Menschen geht.“ (PK9, Z. 300-303)

Auch hinsichtlich Hilfestellung wurde von einigen genannt, dass Kolleg:innen, vor allem neue Mitarbeitende, Angst davor haben, nicht kompetent oder überfordert zu wirken. Dabei müssen diese erst Sicherheit gewinnen, um sich zu trauen, nach Hilfe zu fragen.

„Ich glaub auch, dass viele neue Kollegen Angst haben jemanden zu fragen. Aber wir älteren, die was schon länger da sind, versuchen das auch immer zu klären. Wie wichtig das das ist, auf das zu schauen und dass man sich da nicht fürchten muss. Und dass man da auch kein schlechtes Gewissen haben muss, wenn man um Hilfe bittet.“ (Z. 450-453) „Ja, ganz sicher. Dass sie überfordert wirken und das wollen sie nicht. Da haben sie Angst vor einem Gesichtsverlust, dabei ist das bei uns gar nicht so, aber da müssen sie erst Sicherheit gewinnen.“ (PK8, Z. 455-457)

„Nein, das ist, so schätz ich das ein, schon eher, dass sie sehr Angst davor haben, nicht kompetent zu wirken oder weiß net, dass net. Ja, also schon so in der Art „Das

musst du ja wissen“ oder so und dann Angst haben, dass net kompetent vor den anderen wirken.“ (PK2, Z. 408-410)

4.3.5 Individuelle Stärken und Talente nutzen und schätzen

In weiterer Folge wurden die Gesprächsteilnehmer:innen gefragt, ob individuelle Stärken und Talente genutzt werden können und ob diese Talente bzw. Stärken vom Team geschätzt werden. Dazu wurde grundsätzlich eine positive Einstellung geäußert und innerhalb eines gewissen Spielraums ist das bei mehr als die Hälfte aller Befragten möglich.

„Ja, das gibt’s. Das ist auch so, vor allem auch nicht nur Fähigkeiten, auch Interessenhalber. Wenn es ist, zum Beispiel komplett empathischer Kollege, der hat dann die Validationsschulungen gemacht und darf jetzt Einzelvalidationsgespräche führen. Oder auch eine, die hat sich sehr für Aromatherapie interessiert und hat da irgendwie auch so ein Gespür auch und so und die darf das jetzt auch durchführen. Und von meiner Seite aus auch, weil ich hab eigentlich auf der Station, also im Erdgeschoss angefangen, wo die meisten noch selbstständig waren und ich hab halt gesagt „Ja, mich interessiert das Thema Demenz sehr stark und ich weiß, dass ich ein sehr geduldiger Mensch bin und ich würd dort gern arbeiten“ und nach einem Monat war ich auf der Demenzstation und so. Also es wird schon geschaut, was sind die eigenen Stärken, wo kann man gut und dass man das auch gefördert bekommt und die sind da wirklich voll dahinter, dass man da auch sich selber irgendwie entfalten kann und darf.“ (PK2, Z. 421-431)

„Ja total. Also Aromapflege zum Beispiel wird ganz komplett genutzt, also egal ob in der Pflege oder zur Beruhigung oder wenn wer höheres Fieber hat oder solche Sachen. Oder das Palliativ Care. Wenn wir Leute haben, die leider nicht mehr so gut beieinander sind, das funktioniert so gut. Also das geht richtig Hand in Hand und du lernst auch vom anderen mit, also das ist das Schöne. Der eine ist ausgebildet in dem und der gibt das aber auch an uns weiter und dann sind wir eigentlich alle, also ziehen alle einen Nutzen daraus.“ (PK8, Z. 496-501)

Lediglich eine befragte Person erwähnte, dass die Einstellung vom Team zwar positiv wäre, jedoch mit den Bewohner:innen nicht viel möglich ist und daher fast kein Bewegungsfreiheit besteht, eigene Stärken einzusetzen.

„Nur die Klienten sind sehr anspruchslos, sagen wir so. Also es ist, bei unseren Klienten völlig nichts mehr zum Rausholen.“ (PK5, Z. 421-422)

4.3.6 Ideen äußern

Auch das Thema „Ideen äußern“ wurde häufig in den Interviews thematisiert. Dabei war auffallend, dass sich die Befragten nicht einig sind und diese Thematik unterschiedlich wahrgenommen wird. Bei einem Teil der Befragten sind die Teammitglieder offen für neue Ideen. Dabei werden einige davon auch erfolgreich umgesetzt.

„Also da waren schon manche eifrig dabei bei neuen Ideen und haben geschaut, wie das umsetzbar gewesen wäre.“ (PK4, Z. 590-591)

„Das ist das Spezielle eben an diesem System, dass das besonders glaub ich geschätzt wird und möglich gemacht wird, weil jeder Mitarbeiter sich einbringen kann. Und da gibt es die verschiedensten Dinge, die wir schon kreiert haben. Zum Beispiel ist ein Mitarbeiter darauf gekommen - von der Haustechnik - es sind, die Bewohner können nicht mehr selber einkaufen gehen, aber sie möchten doch irgendwas hergeben, wenn Angehörige kommen. Die Person hat gesagt, wir machen einen Greißlerladen im Haus und mittlerweile gibt's diesen Laden schon einige Zeit und er wird sehr gut genutzt. Wird betrieben von der Haustechnik [...] Wir haben jetzt zum Beispiel bei uns einen Weg der Weisheit gestaltet. Bei uns im Park mit Sprüchen von Mitarbeitern. Das sind alles Dinge, die mach ich nicht, dass macht auch meine Kollegin nicht. Das kommt alles vom Team. Weil die einfach sagen, sie möchten das machen und dann machen sie das auch.“ (FK1, Z. 637-656)

In anderen Teams wiederum gelingt das weniger gut bis gar nicht, weil die Reaktionen auf Ideen und den damit verbundenen Veränderungen nicht immer positiv waren und diese schlussendlich nicht immer umgesetzt wurden. Das kann dazu führen, dass Ideen nicht mehr geäußert werden oder nur dann, wenn sich die Teammitglieder absolut sicher sind, dass die Idee gut umsetzbar wäre.

„Ja, aber ich muss dir ehrlich sagen, ich halt mich auch hin und wieder zurück. Also ich wäg das dann schon ab sozusagen, hat gerade die Idee wirklich eine Chance oder ärger ich mich dann, weil sie sagen "Nein, das können wir nicht machen". [...] Also ich wäg das sehr wohl ab, ob [...] das Hand und Fuß [hat].“ (PK5, Z. 523-527)

„Unmöglich, also quasi unmöglich. Wenn dann musst du das so diplomatisch und von hinten aufziehen, damit die anderen im Endeffekt glauben, das war ihre Idee. [...] Es waren halt Sachen, die haben weder was gekostet noch haben sie, also das waren halt echt einfach praktikable Sachen, die man probieren kann oder auch nicht und das ist halt einfach nicht angenommen worden. Wenn du das halt nicht so

präsentiert hast, als wär es ihre Idee gewesen. Also das definitiv Veränderungen also, das was verändert wird. Fast unmöglich.“ (PK7, Z. 479-489)

Bei einer Führungskraft kam hier der Aspekt auf, dass neue Ideen zuerst überprüft werden müssen, ob sie zu den Grundsätzen der Organisation passen und diese nicht verletzen. Innerhalb dieser Rahmenbedingungen können Ideen umgesetzt werden.

„Also es kann schon wer eine Idee haben und diese äußern, aber wenn die Idee völlig, was weiß ich, Beteiligung ist bei uns ein ganz ein wichtiger Wert. Also wenn jetzt irgendjemand die Idee hat: „Ich stell jetzt die Sitzordnung in der Hausgemeinschaft um.“ Da sind aber Bewohner betroffen, dann müssen die Bewohner auch gefragt werden. Ohne dem gibt's keine Umstellung oder keine andere Stellung der Sitzordnung. [...] Das ist bei uns so ein Grundsatz und wenn wer sozusagen diese Grundsätze verletzt, dann wissen wir auch, nein so geht das net. Das wird dann gar nicht gestartet. Wir müssen diese Grundsätze erfüllen, die wir uns gemeinsam festgelegt haben. Und daran prüfen wir Entscheidungen, daran prüf ich ab, ob das passt für uns oder nicht.“ (FK1, Z. 484-492)

Eine andere Führungskraft legt besonderen Wert darauf, dass Ideen in Teambesprechungen diskutiert und nach Möglichkeit umgesetzt werden.

„Naja die Ideen, die konnten sie alle einmal aufschreiben und die habe ich dann vorgelesen und diejenigen angesprochen, ob sie darüber was sagen wollen. Also ob sie sich vorbereitet haben, ob es, ob sie sich äußern wollen, was sie da aufgeschrieben haben und dann haben sie halt vorgebracht, was die Idee oder was halt das Anliegen war und dann haben wir darüber diskutiert. Und wenn da, wenn das für mich glaubhaft war und auch umsetzbar war, habe ich gesagt, ja ok probieren wir es einmal gleich aus. Z. B. auch Aromapflege, da hat jeder einen Kurs gehabt. [...] Wir haben das gemeinsam gemacht, ja.“ (FK2, Z. 216-225)

4.3.7 Merkmale der Mitarbeiter:innen

Im Laufe der Interviews wurden die Pflegekräfte gebeten, sich zu überlegen, wie sie ihren Teamkolleg:innen Sicherheit vermitteln können und was dabei eine wichtige Rolle spielt. Dabei nannten viele folgende Gründe: Hilfsbereitschaft, Zusammenhalt, Pünktlichkeit, verlässliches Arbeiten und einen freundlichen Umgang miteinander.

„Ja, pünktlich sein, nicht schlampig arbeiten. Weißt eh, nicht der Kollegin was [...] net einfach von einer auf die anderen schieben. Ich mach die Arbeit nicht, das soll die nächste machen. Also wirklich kollegial sein. Also da bemüß ich mich wirklich.“

Jeder hat net, also ich hab auch nicht immer einen guten Tag. Aber ich glaub schon, dass das sehr wichtig ist, auch so wie ich gesagt hab, ein bisschen ein Lob und ein bisschen ein freundlicher Umgang. Weil man kann nicht hineinschauen in die Kollegin und es muss nicht immer alles eitle Wonne Sonnenschein sein, aber zumindest ein kollegialer Umgang mit den Kollegen.“ (PK5, Z. 611-617)

„[...] und auch so bin ich 24 Stunden erreichbar eigentlich für jeden. Ich hab kaum einen freien Tag oder einen Urlaub, wo ich nicht angerufen werde. Was aber meine Entscheidung ist. Ich könnte auch sagen, ich heb jetzt nicht ab, aber das tu ich nicht. [...] ist mir das total wichtig, dass wir da so einen Zusammenhalt haben und dass da einer da ist, der sie immer auffängt, wenn sie Probleme haben. Und das wissen sie auch, dass sie mich jederzeit kontaktieren können und ich ein offenes Ohr für sie habe. Und das wissen sie auch sehr stark zu schätzen, also da sind sie sehr dankbar. Aber wir haben das viel untereinander, also auch ich kann mich melden.“ (PK8, Z. 808-817)

Die eigene fachliche Kompetenz ist lt. einer Gesprächspartnerin sehr wichtig und führt zu einem erhöhten Sicherheitsgefühl innerhalb eines Teams (PK7, Z. 676-678). Eine weitere Person ergänzte noch folgende Merkmale: Authentizität, viele Fortbildungen, Vertrauen und Achtsamkeit.

„Es gibt Voraussetzungen. Das hab ich gerade gesagt, Authentizität. Die Personen, die die als Supporter da sind. Klare Strukturen und es geht auch darum, dass man auch die fachliche Fähigkeit dazu hat [...] weil du musst in diesem Job gearbeitet haben, damit du verstehst. Und ich hab jetzt doch fast ja 27 Jahre direkt an der Basis gearbeitet und ich weiß, wovon ich rede. Ich habe Nachtdienste gemacht. Ich hab in verschiedenste Systeme gearbeitet, als Leitung gearbeitet. Ich hab extrem viele Fortbildungen gemacht. Und ich hab das nicht nur gemacht, sondern ich hab das auch umgesetzt. Das ist ja eine andere Geschichte, Fortbildungen zu sammeln und was tu ich damit. Das hat mich jedes Mal auch wieder verändert, auch in dem, wie ich die Dinge betrachtet habe. Und das ist ein ganz ganz wesentlicher Punkt. Es geht um Vertrauen. Es geht um Achtsamkeit. Es geht um das Miteinander.“ (PK6, Z. 813-828)

4.3.8 Wirkung der Führungskräfte

Außerdem sollten sowohl die Führungs- als auch die Pflegekräfte auf die Frage antworten, welche Merkmale bei Leitungspersonen wichtig sind, um für ein Sicherheitsgefühl zu sorgen. Bei fast allen Gesprächspartner:innen bemüht sich die Führungskraft um ein

positives Miteinander in ihren Teams. Grundsätzlich wurde von allen noch erwähnt, dass diese viel Einfluss auf den Aufbau psychologischer Sicherheit haben. Die Autorin gliedert diesen Punkt in Erreichbarkeit, Unterstützung, positives Klima schaffen und Mitarbeiterdenggespräch, um eine übersichtliche Darstellung zu erhalten.

Erreichbarkeit

In den Gesprächen mit den Führungskräften zeigte sich, dass es ihnen besonders wichtig ist, für ihre Mitarbeitenden rund um die Uhr erreichbar und zugänglich zu sein, um diesen eine gewisse Sicherheit zu vermitteln.

„Ja, also die Leute rufen mich auch mal am Wochenende an, wenn dann irgendwas einmal ist. Ich hab dafür ein Diensthandy und bin erreichbar.“ (FK1, Z. 367-368)

„Das war eigentlich immer in der Langzeitpflege. [...] Sie konnten mich immer anrufen, wenn sie Bedenken bei Verabreichungen von Medikamenten, Insulin oder so hatten. Da waren viele lieber vorsichtiger oder auch unsicher. Hin und wieder haben sie dann schon angerufen, ob das eh in Ordnung ist oder so. [...] Da konnten sie schon auf mich zählen.“ (FK2, Z. 446-454)

Das wurde von den Pflegekräften bestätigt und als hilfreich wahrgenommen. Vor allem, wenn Führungskräfte mehrmals nachfragen und sich nach dem Befinden der Mitarbeitenden erkundigen, wirken sie zugänglicher.

„Ja, das wissen wir auch, weil wenn wir was brauchen, können wir uns bei ihr melden und es wird dann ein Termin ausgemacht, wo das besprochen wird. Und da kann sich wirklich jeder melden und wenn es grad net geht, wissen wir, dass sie dann trotzdem mal wieder auf uns zukommt und das find ich zum Beispiel wichtig. Ich glaub schon, dass wenn das net so gemacht wird, die Leute sich weniger was sagen trauen oder das weniger nutzen und alles runterschlucken. So ist das auf sie zugehen sehr einfach und wird deswegen auch oft genutzt.“ (PK2, Z. 584-589)

„Ja, natürlich und sie ist ganz eine Nette. [...] Auch wenn Probleme sind. Sie fragt auch jeden Tag "Gibt's was", "Passt was nicht" und jeden einzelnen. Also nicht in der Gruppe, sondern sie fragt wirklich jeden einzeln, dass du das Gefühl hast, weißt was, das hat mir heut nicht gepasst, das kann ich sagen.“ (PK5, Z. 335-339)

Unterstützung

Die laufende Unterstützung, egal ob in fachlicher oder privater Hinsicht, vermittelt den Pflegekräften ein Gefühl der Sicherheit und wurde von mehreren Gesprächsteilnehmer:innen genannt.

„Verbandswechsel, Blutabnahme, das ist ja alles neu in den Kompetenzbereich reingefallen und gewisse Arbeiten, was früher die PAs nicht machen haben dürfen und da ist, da geht dann die Pflegedienstleitung mit dir durch und sagt "Weißt was, schau her. Der Verbandwechsel gehört so gemacht. Probier das mal". Sie dokumentiert das und begleitet dich bei solchen neuen Erfahrungen, bis du dir wirklich sicher bist und du selbst sagst "Ok, ich kann das jetzt". Also so lange wird dir das erklärt und dir Hilfestellung gegeben und solange geht die Pflegedienstleitung auch mit.“ (Z. 317-324) „Also das find ich jetzt ganz ok, dass die Arbeit, weißt eh, die Qualität soll auch passen. [...] Irgendwie schafft das ja auch Sicherheit, wenn man nachfragen kann, bis man sich selbst sicher ist.“ (PK5, Z. 331-333)

„Man kann nicht nur zu unserer Wohnbereichsleitung gehen, auch unsere Pflegedienstleitung und auch die Geschäftsleitung muss ich ehrlich sagen, die sind so toll und immer für uns da. [...] Egal, ob das jetzt die Firma betrifft oder auch vielleicht privat, was dir halt gerade durch den Kopf geht. Also ich habe das Problem gehabt, meine Mutter ist schon lange blind. Meine kleine Schwester hat mit ihr zusammengewohnt und auf einmal gab es beim Haus kein Wasser mehr. [...] Und ich hab nicht gewusst, was tu ich jetzt, weil eigentlich haben wir keinen Notfallplan gehabt. Und da hab ich schon die Möglichkeit dann gehabt, wie das halt so akut war mit meiner Mutter und wir hätten eigentlich einen Aufnahmestopp gehabt, weil wir damals Coronapatienten im zweiten Stock hatten und sie wollten eigentlich niemanden mehr aufnehmen. Da ist mir die Geschäftsführung so entgegengekommen, dass ich meine Mutter trotzdem ins Heim hab geben dürfen. Das war total nett und sie ist jetzt auch auf meiner Station.“ (PK8, Z. 716-734)

Eine Führungskraft erwähnte, dass es wichtig ist, die Mitarbeitenden zu unterstützen, damit die Pflege gewissenhaft erledigt wird. Dabei wird die Einschulung aufgeteilt zwischen der Führungskraft und der jeweiligen Berufsgruppe (FK3, Z. 112-116).

Positives Klima schaffen

Viele Pflegekräfte äußerten, dass die Führungskräfte für ein positives Klima sorgen, indem sie alle Mitarbeitenden wertschätzen, aufrichtig sind und auf sachlicher Ebene Probleme lösen.

„Sie war aufrichtig zu mir. Natürlich, sie hat mir das gesagt, wenn was nicht passt. Sie hat mir den Rücken im Team gestärkt eben durch das, dass sie bei den anderen positiven Sachen über mich gesagt hat. Das hat irrsinnig viel gemacht und durch das hab ich mich eigentlich super sicher gefühlt. Weil das war eigentlich mein Anker im ganzen Haus. [...] die hat zu mir gesagt "Du bist mir fachlich sowas von überlegen

und ich bin so froh, dass ich dich habe". Und wenn das eine Führungskraft zu wem sagt, das ist schon ein großer Schritt. Vor allem zu einer jungen, ich war damals 24 Jahre alt, dass du zu wem sagst "Hey, du bist kompetenter als ich". Das hat sicher auch was gemacht, für die Beziehung einfach und so hab ich mich bei ihr sicher und gut gefühlt. (PK7, Z. 687-699)

„Schon allein, wie offen sie mit uns umgeht. Sie ist jetzt, egal was ist, sie wird nicht laut. Sie probiert das wie gesagt sachlich zu lösen, und da weißt du eigentlich, egal was ist, du kannst jederzeit zu ihr kommen und mit ihr das besprechen, ohne dass du jetzt angeschnauzt wirst oder sonst irgendwas. Und das ist schon mal ein Gefühl von Sicherheit, dass da ein Problem sachlich und gemeinsam gelöst wird.“ (PK9, Z. 581-585)

Ein weiterer genannter Aspekt liegt in dem Erfahrungswert, den eine Führungskraft bereits mit sich bringt. Dabei spielt es lt. einer befragten Person eine Rolle, ob die Führungskraft schon etwas erfahrener ist und einige andere Stationen geleitet hat oder erst seit Kurzem die Leitung innehat (PK5, Z. 350-355).

Ebenso äußerte hier eine Führungskraft, dass es für die Mitarbeitenden wichtig ist, wenn Führungskräfte zu ihrem Gesagten stehen, vor allem, was den Dienstplan betrifft und somit eine gewisse Vertrauensbasis zu ihren Mitarbeiter:innen aufbauen können.

„Also ganz wichtig ist, dass man zu seinem Gesagten steht. Und das selber auch einhält. Das ist ganz wichtig. Dass man einfach eine Vertrauensbasis dadurch halt herstellt. Und ja auch was Dienstplan, also Dienstplan ist ganz wichtig für die Mitarbeiter. Dass das immer eingehalten wird, also wenn sie jetzt Wünsche haben oder wenn mans nicht berücksichtigen kann. Auch Urlaube ein sehr wichtiges Thema. Ja. Und dass man halt, wenn sie was einen anvertraut, dass man das auch für sich behält und jetzt nicht ausplaudert.“ (FK3, Z. 692-697)

Außerdem hilft es lt. einer anderen Führungskraft, wenn Pflegekräfte respektiert und anerkannt werden. Zusätzlich sollen sie zwischendurch Lob und positives Feedback erhalten (FK2, Z. 387-391).

Mitarbeitendengespräch

Zwei Führungskräfte nannten die Bedeutsamkeit eines Mitarbeitendengespräch, um den Pflegekräften Sicherheit zu vermitteln. Dabei wurde von einer Führungskraft angemerkt, dass leider zu wenig Zeit dafür vorhanden ist.

„Ja das Mitarbeitergespräch habe ich geführt. Da haben sie vierzehn Tage für die Vorbereitung Zeit. Da bekommen sie einen Vordruck von mir mit, was gefragt wird und worum es geht und dann eine Stunde pro Mitarbeiter habe ich mir Zeit genommen. Leider ist nicht mehr Zeit vorhanden. Du bekommst ja auch nicht die Zeit, die musst du dir irgendwie wegstehlen.“ (FK2, Z. 514-517)

„Das ist ein standardisierter Fragebogen. Die Mitarbeiter, also ich gebe den Termin vor im Dienstplan. Das heißt, sie wissen dann meistens schon einen Monat vorher, wann der Termin stattfinden wird. Können sich auch vorbereiten, das tun aber die wenigsten jetzt.“ (FK3, Z. 477-480)

Ebenso äußerten ungefähr die Hälfte der Pflegekräfte, dass Mitarbeitendengespräche in ihren Einrichtungen stattfinden und somit ein förderlicher Austausch zwischen Führungskraft und Pflegekraft gewährleistet ist.

„Ja, einmal im Jahr hat man ein Mitarbeitergespräch, wo auch eben gesagt wird, wie war jetzt das Jahr oder so und was so die nächsten Pläne oder Schritte sind. Also da wird dann vor all allem drüber geredet, ja ob man Lust hat, irgendwelche Weiterbildungen oder Fortbildungen zu machen oder wo würd man sich gern mehr ausleben – nein, das ist das falsche Wort, aber mehr einbringen können oder was interessiert dich mehr.“ (PK2, Z. 543-547)

„Da gibt es immer Einzelgespräche. Alle drei Monate nur die Pflegedienstleitung, weißt eh. Auch den Erfahrungswert. Was ist in den letzten drei Monate net gut gelaufen? Wo fühlst du dich unsicher? Was ist ihr aufgefallen? Wo brauchst du noch ein bisschen, weißt eh, wo du dich ein bisschen besser präsentieren kannst. Besser schreiben lernen kannst. Wie ist der Austausch mit den Kolleginnen? Welche Erfahrungen hast du gemacht?“ (PK5, Z. 573-577)

4.3.9 Konkrete Maßnahmen

Abschließend wurden die Gesprächsteilnehmer:innen dazu befragt, welche Maßnahmen allgemein umgesetzt werden, um ein Gefühl der Sicherheit zu schaffen. Dieser Punkt gliedert sich in Feedback, Übungsfelder/Fallbeispiele, Weiterbildungen/Fortbildungen und weitere Möglichkeiten, Sorgen und Bedenken anzubringen, weil diese in den Interviews vermehrt genannt wurden.

Feedback

Grundsätzlich äußerten alle befragten Personen, dass sie über Führungspersonen und Kolleg:innen Feedback und positive Rückmeldung im Alltag erhalten. Dabei wurde

vermehrt darauf hingewiesen, dass das positiv wahrgenommen wird. Zusätzlich wird auch die gemeinsame Zielerreichung als positive Rückmeldung betrachtet.

„Das gibt es immer zwischendurch und da schreibt auch die Pflegedienstleitung mal aufs Deckfeld drauf "Mich freut das so, dass ihr da dran gedacht habt" und so. Also es. Du hast ja auch wirklich eine Freude. Weil wenn wieder was gelungen ist. Wir haben jetzt einen Bewohner, den haben wir in einem absolut desolaten Zustand bekommen mit zwei Schläuche aus dem Bauch heraus und allem Drum und Dran. Der geht in einem Monat heim. [...] Der ist auch im Prinzip davor körperlich aktiv gewesen und den haben wir jetzt eineinhalb Jahre aufgebaut. Alle gemeinsam. Der geht wieder heim. Das war für uns alle das Ziel.“ (PK6, Z. 906-918)

„Also ich hab selber, wenn mir speziell was aufgefallen ist oder wenn was extrem gut war, hab ich das meistens relativ gleich demjenigen gesagt. Weil ich das halt auch schön finde, wenn wer sieht, dass ich was gut mache. Also es sind echt oft nur Kleinigkeiten und im Gegenzug wird schon auch oft was Positives gesagt. So echt schöne Sachen. Ja, auf jeden Fall. Es war schon Raum für positives Feedback in beide Richtungen. Also von mir, aber auch zu mir.“ (PK7, Z. 649-654)

Laut den Proband:innen führt das zu einem Gefühl der Wertschätzung und zu einer erhöhten Motivation. Darüber hinaus wird die Teamarbeit so gestärkt.

„Total, also wir bekommen immer wieder positive Rückmeldung. [...] Also wir sehen unsere Chefleute sehr viel, weil die den gleichen Eingang haben und die Führungsebene auch im Erdgeschoss ist. Und wir bekommen auch immer wieder gesagt, wie toll wir das alles meistern. Wie super, dass das ist. Und sie schreiben auch immer wieder E-Mails aus oder wir bekommen eine Schokolade am Stock hingelegt - für jeden Mitarbeiter eine. [...] Also da hat sich wirklich jeder sehr darüber gefreut und weil unsere Arbeit auch geschätzt wird. Also da geht man dann gerne arbeiten.“ (PK8, Z. 778-792)

„Ja, das ist ganz wichtig, weil wenn du immer nur einen auf den Deckel bekommst, dann wirst du einfach nichts mehr sagen und nichts mehr reden. Dann verkriechst du dich oder. Wenn du aber ein Lob bekommst, dann kommst du aus dir raus und dann redest du auch viel mehr über Gott und die Welt. Dann baust du dich auch mehr im Team wieder ein.“ (PK9, Z. 400-403)

Jedoch konnte in dem Gespräch mit einer Teilnehmerin festgestellt werden, dass positive Rückmeldung oftmals nur innerhalb einer Berufsgruppe erfolgt. Dabei soll die diplomierte Kraft zwar den Pflegeassistent:innen Feedback geben, die Pflegassistent:innen

jedoch nicht dem diplomierten Personal. Das liegt lt. ihrer Aussage an den unterschiedlichen Aufgabengebiete, wodurch es nicht passend wäre, wenn die Pflegeassistent:innen Kommentare über die Arbeit vom diplomierten Personal äußern (PK2, Z. 570-572).

Auch unter den Führungskräften nahm das Thema Feedback einen hohen Stellenwert ein. Dafür wird sogar eine Kommunikationsschulung angeboten, in welcher Mitarbeiter:innen die richtigen Techniken erlernen sollen.

„Da soll's schon so einen Rahmen geben oder so ein fertiges Setting, wie das ablaufen soll. Wer mit wem, jeder muss mal mit jemanden reden. Jeder muss sich mal Feedback holen. Und da wollen wir das so ein bisschen trainieren, in dieser Kommunikationsschulung. Wie kann das so funktionieren? Welche Fragen stellen wir uns vielleicht in einer ersten Runde einmal zum Kennenlernen von dem Instrument? Das wir uns quasi dann gegenseitig Feedback geben.“ (FK1, Z. 455-459)

Übungsfelder / Fallbeispiele

Einige Befragte erwähnten in den Gesprächen, dass es bei ihnen die Möglichkeit gibt, Übungsfelder zu nutzen, vor allem im Umgang mit neuen Geräten, damit sie Sicherheit in deren Anwendung erhalten. Darüber hinaus werden in einigen Alten- und Pflegeheimen zusätzlich Besprechungen mit Fallbeispielen abgehalten, damit die Mitarbeitenden sich austauschen können und sich weiterentwickeln.

„Also wir probieren auch jedes Gerät zum Beispiel, was wir in Verwendung haben, probieren wir vorher selber an uns aus. Jeder! Jeder muss wissen, wie sich das für den Bewohner anfühlt. Also wie zum Beispiel ein Patientenlift oder wie ein eine Stehhilfe. Wir probieren Nahrungsergänzungsmittel, die was wir unsere Bewohner geben. Damit wir wissen, wie das ist oder zum Beispiel viele bekommen bei Schluckbeschwerden das Essen und so dann eingedickt. Auch das wird und sollte von uns probiert werden. Damit wir einfach wissen, wie das jetzt für den Bewohner ist und wie die Handhabe ist. Und dann kannst du dich auch viel besser in den Bewohner reinversetzen und die Geräte nutzen.“ (PK8, Z. 610-617)

Ebenso wurde das auch von einer Führungskraft hervorgehoben, dass die richtige Handhabe wichtig ist und dass es dafür Einschulungen gibt, damit die Geräte bei den Bewohner:innen richtig angewandt werden (FK3, Z. 516-517, Z. 520-521).

Fortbildungen / Weiterbildungen

Als weitere Maßnahme wurden Fort- und Weiterbildungen von mehr als die Hälfte der Befragten genannt. Vor allem die Führungskräfte erwähnten, dass sie Weiterbildungen

um die Themen Kommunikation und Gewalt-Aggression-Prävention organisieren, damit die Mitarbeitenden die notwendigen Techniken für den Umgang untereinander und mit den Bewohner:innen erhalten.

„Also wie gesagt, wir machen so Workshops [...] wo wir eine eigene Kommunikation schaffen, also wir leben die gewaltfreie Kommunikation von Marshall Rosenberg. Da haben die Mitarbeiter jährlich vier Stunden Schulung. [...] Das sind so wichtige Bestandteile, wenn man selbstführend ist, man muss miteinander reden können. Es geht ganz stark auch um das Thema heuer Feedback geben einen Kollegen, wenn was nicht so passt. Da haben wir eine Trainerin, die uns da begleitet und da setzen wir ganz stark auf diese gewaltfreie Kommunikation.“ (FK1, Z. 236-246)

„Ja, wir haben einen Gewalt-Aggressions-Präventions-Workshop, den muss jeder Mitarbeiter besuchen. Das ist, ich glaub vier oder fünf Stunden dauert der und da geht's wirklich um die Themen, auch mit Fallbeispielen, die sie dann selber lösen müssen und so weiter. Auch neue Mitarbeiter. Also in die ersten vier Monate muss ein neuer Mitarbeiter, diesen Workshop absolviert haben. Das ist uns sehr wichtig, damit da eine gewisse Basis mal vorhanden ist.“ (Z. 467-471) „Genau, dass sie da auf ein paar Strategien zurückgreifen können.“ (FK3, Z. 474)

Auch die Pflegekräfte empfinden Weiterbildungen und Fortbildungen als wichtig. Jedoch hat sich in den Gesprächen gezeigt, dass nicht alle mit dem Angebot zufrieden sind und einige sich regelmäßige Weiterbildungen in den Bereichen Kommunikation und Konfliktmanagement wünschen würden.

„Also das Wichtigste wäre einmal, dass die PAs ordentliche Weiterbildungen machen. [...] net nur fachliche Fortbildungen machen müssten, sondern ebenso soziale Kompetenz und Konfliktkompetenz und solche Sachen halt. So soft skills Fortbildungen. Das hätt vielleicht auch mit dem Team was gemacht und net die 700te Brandschutzschulungen, sondern wirklich was hochwertiges. Das würd ich für ein Team extrem wichtig finden, dass da mehr so Kommunikationsschulungen oder was weiß ich, stattfinden.“ (PK7, Z. 707-713)

„Ja sehr, weil wir haben alle, obwohl wir schon ein gewisses Alter haben, alle mit Kommunikation ein gewisses Problem. Nicht jetzt nur, aber man merkt schon, dass du dich einfacher tust, wenn du wieder mal eine Schulung hast in Kommunikation oder in Konflikt lösen, weil meistens ist es halt so, dass der Empfänger empfängt es nicht was der Sender sagt. Also wie gesagt es ist schon einfach, wenn man sagt, einmal alle zwei Jahre so Kommunikationsschulung wäre nicht schlecht. Damit man wieder weiß, wie man es besser machen kann.“ (PK9, Z. 612-617)

Zusätzliche Möglichkeiten Wünsche und Sorgen anzubringen

Ungefähr die Hälfte der Gesprächsteilnehmer:innen hat die Frage, ob außerhalb der bisher genannten Sachen noch die Möglichkeit besteht, Wünsche und Sorgen anzubringen, mit „Ja“ geantwortet. Dabei besteht einerseits die Möglichkeit ein Wunschbuch zu nutzen und andererseits Wünsche, Sorgen oder Bedenken anonym in eine Box zu werfen. Jedoch wird lt. den Proband:innen das wenig bis gar nicht genutzt, weil die Anonymität nicht gewährt werden konnte oder der direkte Weg bevorzugt wird.

*„Ja, es ist tatsächlich eingeführt worden. So ein, ich weiß jetzt nicht mehr, wie es genau geheißen hat, aber es war auf jeden Fall ein Fehlermeldesystem. Ein analoges, also ein Briefkasten vor der Garderobe, wo man Fehler und Beinahe Fehler melden kann. [...] Aber da weiß ich nicht, also dieses Fehler- und Beinahe-Fehler-Meldesystem hab ich einmal verwendet und nie wieder. Eben weil es tatsächlich nicht anonym war, weil wir kennen alle unsere Schriften untereinander natürlich.“
(PK7, Z. 587-603)*

Bei den restlichen Befragten wurden keine zusätzlichen Möglichkeiten genannt, um Sorgen oder Bedenken äußern zu können. Einerseits empfinden die Gesprächspartner:innen das als unnötig, weil Probleme oftmals direkt im Team gelöst werden und andererseits glauben sie, dass diese Möglichkeiten sowieso nicht genutzt werden würden.

4.4 Fazit durch die Teilnehmer:innen

Nachdem in den vorherigen Teilen mehrere Aspekte der psychologischen Sicherheit in Alten- und Pflegeheimen beleuchtet wurden, sollten die Befragten abschließend darüber nachdenken, welche positiven und negativen Aspekte ihnen über die Themen Teamarbeit, Fehlerkultur und psychologische Sicherheit einfallen. Dadurch konnten bisherige Erkenntnisse zusammengefasst werden und darüber hinaus bestand die Möglichkeit, dass neue Themenfelder erhoben werden konnten.

4.4.1 Positive Wirkung / Wahrnehmung

Allgemein konnte die Autorin feststellen, dass die meisten Befragten das zuvor Erwähnte wiederholten und zusammenfassten. Dabei wurde positiv der Zusammenhalt, die Gleichbehandlung, das Geben von positivem Feedback und Achtsamkeit im Umgang miteinander genannt. Zusätzlich merkten einige Befragte an, dass im Team ein Wir-Gefühl existiert, was für eine angenehme Atmosphäre sorgt.

„Positiv ist auf alle Fälle, dass ebenso ein wertschätzender Umgang herrscht. Dass man eigentlich keine Angst haben braucht, dass man was sagt, also das ist, für mich sehr gut. Und das ist nicht selbstverständlich, auf gar keinen Fall. Das find ich sehr positiv und wird auch immer darauf geschaut, dass das so bleibt.“ (PK2, Z. 600-603)

„Positiv war glaub ich schon, dass man auch lachen hat können oder dass man miteinander auch ein bisschen gescherzt hat oder so ein Wir-Gefühl hat es auch gegeben. Also wir waren schon ein Team. Ja, sicher man freut sich manchmal mehr, dass halt eben der eine da ist oder der andere eher egal oder so. Positiv, ja ich glaub, es war auch immer ganz nett, dass aufeinander geschaut worden ist.“ (PK4, Z. 737-740)

Eine Gesprächspartnerin betonte, dass für sie positiv ist, dass keiner Angst davor hat, um Hilfe zu bitten und dass das ihrer Meinung nach nicht selbstverständlich ist. Somit ist das lt. ihrer Aussage ein Zeichen für einen guten Zusammenhalt (PK9, Z. 631-634).

Laufende Schulungen, regelmäßiger Austausch, viel Kommunikation und ein Ziel vor Augen spielen lt. einer befragten Führungskraft eine wichtige Rolle im Schaffen eines Sicherheitsgefühls und fügt diese Aussage dem Fazit hinzu.

„Man muss weiter Schulungen machen, man muss im Gespräch bleiben. Ich muss ständig auch ein Ziel haben, wo ich hinarbeiten will mit den Mitarbeitern gemeinsam. Stillstand ist Rückschritt und wenn man sich nur mehr konzentriert auf Corona, dann verliert man alles. Also das, es geht darum, diese Kommunikation ständig am Leben zu erhalten. Das, wenn ein Fehler passiert, darüber zu reden. [...] da steht halt immer der Bewohner im Vordergrund und dass es den Mitarbeitern gut geht. Ja, wir sind halt ständig am Spüren, wo braucht es was. Also das heißt, wir sitzen alle zusammen und überlegen, wo gehen wir hin und wo haben wir Defizite, wo braucht es was. Wo bekommen wir Rückmeldungen auch von Angehörigen vielleicht. Wo irgendwas ist, und dann sitzen wir im Team zusammen und setzen Schwerpunkte. Das wir dann da in diesem Bereich wieder Schulungen machen.“ (FK1, Z. 733-748)

Zusätzlich wurde in dem Gespräch geäußert, dass es wichtig ist, dass sich die Mitarbeitenden einbringen dürfen und die Ganzheit des Menschen betrachtet wird. So besitzen die Pflegekräfte die Möglichkeit, besser am Arbeitsplatz anzukommen.

„Also ich glaub, dass die Wertschätzung, die bei uns ist, dass einfach jeder sich, dass jeder da ist und dass sich jeder einbringen darf. Dass ja, eben keine Hierarchie gibt, dass jeder wichtig ist. Und sich auch als wichtig sieht und das glaub ich schon, dass das ganz ein wichtiger Part ist [...] Und so eine Ganzheit des Menschen auch

als Mitarbeiter sozusagen als ganzer Mensch am Arbeitsplatz sein zu dürfen. Mit all meinen Problemen und Sorgen, also privat ist privat und Dienst ist Dienst, das gibt es bei uns nicht mehr. Jeder kann auch mit seinen privaten Sorgen kommen. [...] Die kommen mit allem möglichen Sorgen daher. Und manchmal kann ich auch unterstützen und manchmal auch nicht. Aber diese Ganzheit am Arbeitsplatz - ich darf, auch mit meinen Schwächen da sein, kann mit meinen Sorgen und Ängsten da sein - das müssen wir natürlich noch ausbauen, das ist nicht ganz so einfach. Aber das ist der Sinn der Sache.“ (FK1, Z. 777-794)

4.4.2 Negative Wahrnehmung / Verbesserungspotenzial

Abschließend wurden negative Wirkungsweisen von den Interviewpartner:innen genannt. Dabei wurde oft die Sprachbarriere als Problem geschildert, weil nicht alle Pflegekräfte Deutsch sprechen und somit nicht alles verstehen.

„Und das ist ein bisschen schade, weil dadurch viel, also da schon eine große Fehlerquelle herrscht mit der Sprachbarriere. Was sehr vermeidbar wäre, wenn die nicht vorhanden wäre. Das würde die Zusammenarbeit auch verbessern.“ (PK2, Z. 612-614)

Einige befragte Personen äußerten zusätzlich den Wunsch nach mehr Schulungen bzw. Seminaren, vor allem in Richtung Teambuilding oder Kommunikationstraining.

„Was dem Team an sich sicher sehr guttun würde, wär sicher so Teambuilding oder gemeinsame Aktivitäten, das ist jetzt während dem Gespräch eh auch schon aufgekommen und einfach, dass das Team auf eine andere Ebene sich kennenlernen, weil doch der Beruf mit sehr viel Vertrauen untereinander gegeben sein muss.“ (PK2, Z. 619-622)

„Es wären halt hausinterne Schulungen gut, also weißt eh, net dass du jetzt sagst, weißt eh, es müssen jetzt die Kolleginnen irgendwohin fahren. [...] Es sind so gewisse Sachen, die was nie am letzten Stand sind, weil sich ja die Medizin weiterentwickelt. Das Verbandsmaterial, das wird immer weiterentwickelt. Erste-Hilfe-Kurs ist so ein Thema, weil wer traut sich wirklich wen wiederzubeleben, weißt. Ich glaub, dass das viel mehr gefördert gehört.“ (PK5, Z. 653-657)

Zwei Interviewpartner:innen würden gerne ein Fehlerbuch einführen, wo die Mitarbeitende nachlesen können, wie Fehler gelöst wurden, um zukünftige Fehler effektiver und schneller lösen zu können.

„Oder dass wir vielleicht ein Buch führen, das und das war dann und dann, wo auch die Unterlagen drinnen sind. Und das Buch soll nur bei uns bleiben, dass man dann das auch nachlesen kann, zum Beispiel. Dass das nicht jeder sieht, aber vielleicht unser Team sieht.“ (PK8, Z. 859-862)

4.5 Vergleich zwischen Führungs- und Pflegekräfte

Im Zuge der Interviews konnten keine wesentlichen Unterschiede in der Wahrnehmung und Bewertung der psychologischen Sicherheit zwischen den Führungs- und Pflegepersonen festgestellt werden. Das kann darauf zurückzuführen sein, dass die Führungskräfte, vor allem die Wohnbereichsleitungen, in der Pflege oftmals mithelfen und unterstützen. Grund dafür kann sein, dass die Führungskräfte häufig die Ausbildung zu diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger:innen abgeschlossen haben und erst nach langjähriger Erfahrung in der Pflege eine Führungsposition übernehmen können. Dadurch agieren sie wie Teammitglieder anstatt Führungspersonen und stehen dem Team sehr nahe. Diese nicht gelebten Statusunterschiede werden von den Pflegekräften als hilfreich und positiv wahrgenommen. Dadurch wirken Führungskräfte zugänglicher und leichter erreichbar. Dabei betonte eine Führungskraft im Gespräch, dass sie keinen anderen Status hat und die gleiche Arbeit wie die Pflegekräfte verrichtet. Dadurch haben diese nie das Gefühl, nicht gleichwertig zu sein oder weniger geschätzt zu werden.

„Ja genau, ich habe jetzt keinen Rang ausgeübt. [...] Also ich habe das im Pflegeheim jetzt nicht so gelebt, wir waren auf einer Linie, das haben sie auch gesagt. Sie haben nie gemerkt, dass sie weniger sind oder, dass sie einen Rang tiefer sind als ich. Also von der Ausbildung sage ich jetzt einmal, weil wir haben alle das gleich machen müssen. Ich habe genauso die Körperpflege oder wen reinigen müssen oder alles machen müssen.“ (FK2, Z. 377-382)

In diesem Fall wurde die Führungsarbeit damit gleichgesetzt, dass die Wohnbereichsleitung auch an freien Tagen bei Problemen und Fragen erreichbar ist, das Mitarbeitendengespräch durchführt und sonst mit viel Gespür im Alltag für eine angenehme Stimmung innerhalb des Teams sorgt. Jedoch kann diese unklare Rollenabgrenzung dazu führen, dass das Ausüben der Führungsaufgaben in der Einrichtung zu kurz kommt.

Eine weitere Wohnbereichsleitung äußerte im Gespräch, dass sie schon versucht, sich etwas vom Team und von den Pflegeaufgaben zu distanzieren, um Zeit für Führungsaufgaben zu finden. Dabei liegen ihre Aufgaben im Schreiben des Dienstplanes, im Einteilen der Pflegestufen, im Planen der Pflege, im Einstellen neuer Mitarbeitende und im Führen der Mitarbeitendengespräche. Zusätzlich ist sie noch erreichbar, falls Probleme

oder Fragen auftreten oder wenn bei Pflegekräften der Bedarf an einem persönlichen Gespräch entsteht. Vor allem beim Schreiben des Dienstplanes hebt sie hervor, dass dieser fair und gerecht gestaltet werden soll. Dabei hat sie laut ihrer Aussage großen Einfluss darauf, dass den Pflegekräften Sicherheit und Stabilität vermittelt werden, was sich positiv auf das Teamgefüge auswirken kann. Auch bei der Einschulung beteiligt sie sich und unterstützt somit den Aufbau von Sicherheit bei neuen Beschäftigten.

Die Hausleitung legt in ihrer Führungsrolle den Fokus viel stärker auf die Weiterentwicklung der Mitarbeitenden und des Hauses. Dabei ist es laut der befragten Person wichtig, dem Pflegepersonal einerseits nahe zu stehen und erreichbar zu sein, jedoch den Teams sowie Pflegekräften genug Freiraum für individuelle Entscheidungen zu lassen. Hier hat sich gezeigt, dass die Hausleitung sich von der Pflege distanziiert, um die Führungsaufgaben effektiv ausüben und um sich in dieser Führungsrolle von den anderen Mitarbeitenden abheben zu können.

Allgemein konnte im Laufe der Interviews festgestellt werden, dass im Vergleich zwischen den Führungs- und Pflegekräften beim Schaffen von psychologischer Sicherheit Unterschiede bemerkbar sind. Dabei haben Führungskräfte Einfluss darauf, welche Werte in den Teams gelebt werden und wie die Zusammenarbeit erfolgt. Mit viel Gespür und Sensitivität können sie beim Aufbau von Vertrauen innerhalb eines Teams unterstützen und dazu beitragen, dass sich die Mitglieder auf einer Ebene begegnen. Darüber hinaus haben einige befragte Personen geäußert, dass verlässliche sowie zugängliche Führungskräfte zu einem Sicherheitsgefühl beisteuern können, indem sie Probleme ansprechen, alle Mitarbeitende gleichbehandeln und Unterstützung bei Bedarf anbieten. Wenn diese Rollenabgrenzung zwischen Führungs- und Pflegekräften klar erfolgt und die Führungspersonen ihre Rolle ausüben, stellt das einen wesentlichen Unterschied beim Aufbau psychologischer Sicherheit dar und wird von den befragten Personen positiv wahrgenommen. Darüber hinaus können Führungskräfte zu einem positiven Arbeitsklima beitragen, indem sie erwünschte Werte vermitteln und gewünschte Handlungsweisen vorzeigen und somit als positive Vorbilder fungieren.

Die zuvor dargestellten Ergebnisse werden im nächsten Kapitel zusammengefasst und interpretiert, damit die Forschungsfragen abschließend beantwortet werden können.

5 Diskussion

Abschließend erfolgt in diesem Kapitel eine Zusammenfassung sowie Interpretation der Ergebnisse, wobei die gewonnenen Erkenntnisse mit der Grundlagentheorie abgeglichen werden. Damit sollen die zu Beginn definierten Forschungsfragen beantwortet und zusätzlich Empfehlungen für die Implementierung in die Praxis genannt werden. Des Weiteren wird in diesem Teil näher auf die Stärken und Limitationen der durchgeführten Studie eingegangen. Schlussendlich erfolgt ein Ausblick auf weitere mögliche Forschungen zu diesem Themengebiet.

5.1 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, welche Rolle psychologische Sicherheit für die Belegschaft in Alten- und Pflegeheimen spielt und wie sich der Aufbau dieses Konstrukts auf das Personal auswirken kann. Dadurch sollen förderliche Maßnahmen für die Schaffung psychologischer Sicherheit herausgefunden werden. Dafür wurden zwölf Interviews mit Pflege- und Führungspersonen aus neun verschiedenen Einrichtungen durchgeführt. Die Analyse der Antworten aller Interviewpartner:innen ergibt, dass ein regelmäßiger Austausch erforderlich für eine adäquate Versorgung der Bewohner:innen ist. Dabei kann der Aufbau psychologischer Sicherheit unterstützend wirken, indem eine offene und wertschätzende Gesprächskultur geschaffen wird.

In weiterer Folge werden die Ergebnisse unter Berücksichtigung der sozialen Erwünschtheit analysiert, die vor allem am Beginn der Interviews aufgetreten ist und zu Unterschieden in den Antworten geführt hat. Dazu wird das Modell von Argyris und Schön (2006, S. 87ff.) näher betrachtet. Dieses Modell handelt einerseits von der „handlungsleitenden“ Theorie (Theory in use) und andererseits von der „vertretenen“ Theorie (Espoused theory). Die „vertretene“ Theorie beschreibt jene Theorie, nach der die Menschen glauben, dass sie handeln. Währenddessen wird jedoch die „handlungsleitende“ Theorie durch tatsächlich gezeigtes Verhalten angewandt. Dabei kann es dazu kommen, dass die Theorie, die eine Person vertritt, mit der übereinstimmt, die angewandt wird. Jedoch ist das nicht immer der Fall und die „vertretene“ Theorie kann von der „handlungsleitenden“ Theorie abweichen. Das kann vor allem bei unangenehmen oder bedrohlichen Themen der Fall sein. Dabei hat sich gezeigt, dass die Menschen sich dieser misslichen Lage oftmals nicht bewusst sind, wodurch sie unwissentlich verzerrte Informationen teilen. Bei Versuchen, diese Verzerrungen zu untersuchen, kann es dazu kommen, dass die Praktiker:innen defensiv darauf reagieren, was zu erneuten Verzerrungen führen kann (Argyris, 2010, S. 62; Argyris & Schön, 2006, S. 87ff.). Auch in den Interviews hat sich gezeigt,

dass das Soll nicht immer dem Ist entspricht. Oftmals glauben die Interviewpartner:innen, wie etwas sein sollte bzw. ausgeführt wird und beim Schildern von Situationen konnte festgestellt werden, dass die Handlungen nicht immer deckungsgleich mit dem Soll sind. Diese Unterschiede werden nachfolgend beschrieben und im Zusammenhang mit der Wahrnehmung der psychologischen Sicherheit gebracht.

Allgemein konnte festgestellt werden, dass die Ablauf- und Aufbauorganisation von Alten- und Pflegeheimen einen hohen Stellenwert einnimmt und es hier viel Planung bedarf. In allen Einrichtungen sind klare Strukturen gegeben und die Mitarbeitenden wissen, welche Aufgaben ihrer Stelle zugeordnet sind. Bei größeren Alten- und Pflegeheimen werden die Pflegekräfte noch zusätzlich einzelnen Stationen bzw. Wohnbereiche zugeteilt, damit ein Zugehörigkeitsgefühl und „Wir-Gefühl“ innerhalb eines Teams entstehen kann. Hier hat sich in den Gesprächen gezeigt, dass es oftmals schwierig ist, aus dieser Struktur auszubrechen, um in anderen Stationen auszuhelfen. Diese kurzfristigen Veränderungen können zu Unsicherheit und Stress bei den Pflegekräften führen, wodurch ein Stationswechsel ungern von den Pflegekräften umgesetzt wird. Darüber hinaus hat sich in einigen Gesprächen gezeigt, dass die stationsübergreifende Zusammenarbeit nicht immer problemlos erfolgt und es hier zu Konflikten zwischen den einzelnen Teams kommen kann. Dabei wirkt sich das negativ auf die Zusammenarbeit zwischen den Teams aus und kann den Aufbau psychologischer Sicherheit hemmen.

Damit die Beschäftigten ihren Arbeitsplatz und die damit verbundene Rolle kennen und ausüben können, wird die Organisation transparent gestaltet und als Organigramm dargestellt. Dafür werden die Berufsgruppen bestimmten Ebenen zugeordnet und erhalten dementsprechend gewisse Pflichten und Verantwortungsbereiche. Dadurch werden die Pflegekräfte darüber informiert, welche Tätigkeiten sie ausüben dürfen und wofür sie die Berechtigungen haben. Die Leitungspersonen sollten sich zusätzlich von den Beschäftigten klar abgrenzen, um die eigene Führungsrolle effektiv einnehmen und ausüben zu können. In diesem Bereich hat sich gezeigt, dass die Führungspersonen oftmals einer eigenen Ebene zugeordnet sind, jedoch in der Pflege bei Bedarf unterstützen und somit dem Team sehr nahestehen. Dadurch kann einerseits die Führungsrolle zu kurz kommen und andererseits ist auf dem ersten Blick nicht immer klar ersichtlich, wer die Führungsrolle innehat. Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass das Ausmaß der verrichteten Führungsaufgaben von Einrichtung zu Einrichtung unterschiedlich ist und oftmals nicht genug Zeit für diese Aufgaben vorhanden ist. Die Dienstplanerstellung spielt auch eine wichtige Rolle für die Organisation aufgrund der 24-Stunden-Betreuung. Dabei sorgt eine gerechte sowie transparente Dienstplaneinteilung für Stabilität und Sicherheit bei den Beschäftigten, worauf eine Wohnbereichsleitung im Interview hinwies. Das

Festlegen von Zuständigkeitsbereichen kann zusätzlich den Stress senken, die Arbeit erleichtern und den Informationstransfer zwischen den Pflegekräften fördern und sich somit auch positiv auf die Versorgung der Bewohner:innen auswirken. Dabei spielen Dienstübergabe, Pflegedokumentation und Dienstbesprechungen eine wichtige Rolle (Müller, 2011, S. 417), worauf alle Gesprächspartner:innen in den Interviews hingewiesen haben. Laut den Interviewpartner:innen ist die Dokumentation von Besonderheiten oder Auffälligkeiten sehr wichtig für die Nachvollziehbarkeit, beansprucht jedoch viel Zeit und erschwert somit die tägliche Arbeit.

Aufgrund unterschiedlicher Dienste und dem Aufeinandertreffen verschiedener Berufsgruppen stellt die Dienstübergabe laut der Interviews eine wichtige Nahtstelle dar, um sich über die Auffälligkeiten oder Besonderheiten von Bewohner:innen auszutauschen. Infolgedessen sind alle Pflegekräfte über Neuigkeiten und Veränderungen informiert und können diese im Alltag berücksichtigen. Dabei gibt es bei allen befragten Personen mindestens zwei Übergaben pro Tag und es wurde betont, dass alle Pflegekräfte an der Dienstübergabe am Morgen beiwohnen und die Berufsgruppe dabei keine Rolle spielt. Jedoch hat sich in den Interviews mit beiden Heimhelferinnen gezeigt, dass diese nicht an der Dienstübergabe teilnehmen, obwohl von den anderen Interviewpartner:innen behauptet wird, dass jede:r anwesend ist. Das weist auf einen Unterschied hinsichtlich der Berufsgruppen hin, der den Aufbau eines Sicherheits- sowie Zugehörigkeitsgefühls für diese Berufsgruppe beeinträchtigen kann. Darüber hinaus stellt das einen wesentlichen Statusunterschied dar, der den Aufbau psychologischer Sicherheit hemmen kann.

Weitere Unterschiede konnten auch bei den Themen Dienstbesprechungen und Kommunikation im Team festgestellt werden. Allgemein finden in allen Einrichtungen regelmäßig Dienstbesprechungen statt. Dabei empfindet ein Teil der Befragten diesen Austausch als essenziell für den Informationstransfer und ein Teil äußert, dass wenig Motivation besteht, sich einzubringen. Es wird zwar in den Gesprächen vermehrt darauf hingewiesen, dass eine offene Gesprächskultur besteht und es wichtig ist, sich ungehemmt über die Bewohner:innen auszutauschen. Jedoch hat sich im Laufe einiger Interviews gezeigt, dass im Alltag diese Offenheit nicht immer gelebt wird. Einerseits betonten die meisten zwar, dass sie sich wohl und sicher fühlen in ihrem Team, jedoch besteht beim Äußern von Ideen oder der eigenen Meinung, vor allem in Dienstbesprechungen, nach wie vor eine gewisse Hemmschwelle. Eine Gesprächspartnerin wies darauf hin, dass diese Hemmschwelle vor allem dann existiert, wenn die Führungskraft direkt daneben sitzt. Dabei wünscht sich die Gesprächspartnerin einige Besprechungen nur mit den Kolleg:innen. Das stimmt mit der Auffassung von Witkowski (2007, S. 207) überein, dass soziale Ängste auftreten können, vor allem wenn eine Organisation geprägt ist durch

eine hohe Interaktionsdichte. Darunter fallen in diesem Fall die Angst vor Vorgesetzten, die Angst vor offener Meinungsäußerung und die Präsentationsangst. Die Pflegekräfte können Angst davor haben, sich in den Besprechungen zu blamieren oder zurückgewiesen zu werden und bringen sich deswegen wenig ein. Grund dafür könnte sein, dass sich die Beschäftigten zu wenig sicher fühlen und Unterstützung von den Führungskräften oder Kolleg:innen benötigen. Dabei wurde mehrmals geäußert, dass gezieltes Ansprechen hilfreich sein kann. Eine andere Gesprächspartnerin wies darauf hin, dass ein privater Austausch zu Beginn der Besprechung für eine lockere Atmosphäre sorgt, in welcher sich Mitarbeitende sicher und gut aufgehoben fühlen. Auch beim Arbeiten im Team treten Ängste auf, worauf einige geschilderte Situationen hinwiesen. Dabei betonten die diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger:innen in den Interviews die Wichtigkeit eines regelmäßigen und offenen Austausches, damit sie wissen, wo eventuell ein anderer Pflegebedarf besteht oder wo ein akuter Notfall sofort gelöst werden muss. Dadurch können sie auf die Probleme von Bewohner:innen individuell und zeitnah reagieren. Jedoch wird dieser offene Austausch, vor allem in größeren Gruppen, aufgrund von Ängsten und Unsicherheiten oft blockiert. Dabei besteht bei der Äußerung von Meinungsverschiedenheiten laut den Gesprächspartner:innen eine Hemmschwelle aus Angst vor einem Beziehungsabbruch. Zusätzlich wiesen einige befragten Personen darauf hin, dass es schwierig ist, Ideen zu äußern, weil Kolleg:innen nicht immer offen und zugänglich dafür sind. Laut einer befragten Person müssen Ideen sehr diplomatisch mitgeteilt werden, um umgesetzt zu werden, weil Veränderungen unerwünscht sind und für Unruhe sorgen. Dabei betont sie den hohen Aufwand dieses Prozesses und dass es sich deswegen nicht immer lohnt, Ideen kundzutun. Eine weitere Person merkt zum Thema „Ideen äußern“ an, dass sie zuerst einmal abwägt, ob die Idee passend ist und erst danach diese den Kolleg:innen mitteilt. Auch Edmondson (2019, S. 26) und Witkowski (2021, S. 208) haben erkannt, dass Mitarbeitende es häufig unterlassen, die eigene Meinung oder Ideen zu äußern oder um Hilfe zu bitten, um vor den anderen nicht inkompetent zu wirken oder unangenehm aufzufallen. Das wird als soziale Angst sowie Leistungs- und Versagensängste bezeichnet, was von den Aussagen unterstrichen wird und sich negativ auf den Aufbau psychologischer Sicherheit auswirken kann.

Der Kontakt zu anderen Berufsgruppen ist in allen Alten- und Pflegeheimen klar strukturiert und vorgegeben. Zu Beginn äußerte der Großteil der Befragten, dass dieser positiv wahrgenommen wird, indem jede Berufsgruppe gleichwertig gehört und anerkannt wird und eine flache Struktur in den Einrichtungen besteht. Jedoch konnte in weiterer Folge festgestellt werden, dass der Kontakt nicht immer auf Augenhöhe stattfindet und in diesem Bereich Statusunterschiede nach wie vor sehr präsent sind. In einem

Gespräch kam heraus, dass Feedback geben zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen nicht immer passend ist. Das deutete eine diplomierte Kraft an, indem sie zugab, dass es eher unerwünscht ist, wenn Pflegeassistent:innen dem diplomierten Personal Rückmeldung geben, weil die Aufgabenfelder verschieden sind. Darüber hinaus merkte eine Heimhelferin an, dass sie sich bei anderen Berufsgruppen nicht einmischt aufgrund der unterschiedlichen Aufgabenbereiche und sie sich raushält, auch wenn sie anderer Meinung ist. Zu guter Letzt äußerte eine weitere diplomierte Pflegekraft, dass sie das letzte Wort aufgrund ihres beruflichen Status hat. Dabei können Kolleg:innen zwar Vorschläge äußern, letztendlich hat sie jedoch die Endverantwortung und entscheidet über alle Berufsgruppen hinweg, wie die Tätigkeiten ausgeführt werden. Diese Situationen widersprechen der zu Beginn getätigten Aussage, dass alle Berufsgruppen sich auf gleicher Höhe begegnen und keine Statusunterschiede hinsichtlich der Berufsgruppe existieren. Spannend dabei war auch die Betonung einer Wohnbereichsleitung, dass sie aufgrund ihrer Führungsposition keinen anderen Status als die Pflegekräfte innehat. Dabei stellt sich die Frage, inwieweit die Führungsrolle ausgeübt werden kann, ohne diese klare Rollenabgrenzung zu ziehen. Im Kontakt mit den Ärzt:innen konnte in einem Gespräch eine nach wie vor vorhandene Statushierarchie festgestellt werden, die von einer Interviewpartnerin als „*konservative*“ Sichtweise der Ärzt:innen bezeichnet wurde. Dabei werden die Pflegekräfte nicht gleichwertig betrachtet, sondern eher als Hilfskraft, wodurch diese Begegnungen mit den Ärzt:innen oftmals negativ wahrgenommen werden. Dieses unangenehme Aufeinandertreffen beziehungsweise diese Statusunterschiede können den Aufbau psychologischer Sicherheit beeinträchtigen und dazu führen, dass eine Hemmschwelle beim Austausch mit anderen Berufsgruppen besteht, wodurch sich Pflegekräfte nicht mehr trauen, sich offen über Bewohner:innen zu äußern. Das passt auch zu der Aussage von Nembhard & Edmondson (2006, S. 964), dass der berufliche Status Einfluss darauf hat, ob Bedenken geäußert oder Fragen gestellt werden. Damit Offenheit und ein reger Austausch möglich ist, müssen diese Statusunterschiede aufgedeckt und überwunden werden. Im Zuge einiger Gespräche wurde jedoch darauf hingewiesen, dass keine pauschalierten Aussagen getroffen werden können und nicht jeder Austausch negativ erfolgt. Es gibt auch Ärzt:innen, die dankbar für die Äußerungen von Pflegekräfte sind und dementsprechend einen wertschätzenden sowie respektvollen Austausch ermöglichen. Das wiederum wirkt sich positiv auf das Sicherheitsgefühl aus, sorgt für eine offene Gesprächskultur und sollte in weiterer Folge gefördert werden. Infolge eines positiven Kontaktes können Fallbesprechungen mit den Ärzt:innen hilfreich sein, worauf eine weitere befragte Person hinwies. Dabei könnten Erfahrungen, Wissen und auch Handlungsschritte ausgetauscht werden, wodurch die Pflegekräfte Sicherheit im Alltag erhalten und somit auch einen adäquaten Umgang mit den

Bedürfnissen der Bewohner:innen zeigen. Das entspricht den Ausführungen von Meyer-Kühling et al. (2015, S. 71ff.), dass dieser Austausch hilfreich sein kann. Jedoch werden die Ausführungen solcher Fallbesprechungen bei den meisten befragten Personen nur wenig bis gar nicht durchgeführt. Schlussendlich nehmen fast alle Gesprächspartner:innen eine transparente und zeitnahe Mitteilung von Neuigkeiten wahr. Lediglich eine Person merkte an, dass Änderungen oftmals zu spät oder gar nicht angekündigt werden. Das kann dazu führen, dass kein Vertrauen aufgebaut werden kann und die Umsetzung von neuen Aufgaben fehlerhaft ist. Darüber hinaus können Unsicherheiten in einem Team entstehen, wenn die Mitglieder sich nicht auf Änderungen einstellen können. In weiterer Folge kann daraus eine negative Haltung gegenüber Veränderungen bei Teammitgliedern resultieren, wodurch neue Ideen nicht akzeptiert oder nur erschwert umgesetzt werden können. Infolgedessen kann es dazu kommen, dass Mitarbeitende zum Beispiel verbesserte Handlungsweisen, die den Alltag erleichtern, nicht mitteilen.

Der nächste Themenblock behandelt das Thema psychologische Sicherheit. Edmondson (2019, S. 8f.) beschreibt psychologische Sicherheit als ein Arbeitsumfeld, in welchem Menschen keine Angst davor haben, Fehler mitzuteilen, die eigene Meinung zu äußern und um Hilfe zu bitten. Dabei ist es wichtig, dass in einem Team die Aspekte Respekt, Wertschätzung und Vertrauen vorzufinden sind (Kahn, 1990, S. 708f.). Im Zusammenhang mit dem Thema Vertrauen treten gesplante Meinungen auf. Der Großteil der Interviewpartner:innen vertraut den Kolleg:innen, dass sie die Aufgaben bestmöglich ausführen und sich dabei bemühen. Jedoch äußerten drei Befragte, dass sie Schwierigkeiten damit haben, ihre Kolleg:innen komplett zu vertrauen und diese bestehende Abhängigkeit als belastend empfinden. Das liegt einerseits an den fachlichen Kompetenzen der Kolleg:innen und andererseits an der Person selbst. Zusätzlich wurde darauf verwiesen, dass Vertrauen erst im Laufe der Zeit entstehen kann. Dabei kam im Laufe der Gespräche heraus, dass einige Pflegekräfte die Arbeiten der Kolleg:innen nachkontrollieren, um sicher zu gehen, dass diese richtig ausgeführt wurden. Das weist daraufhin, dass wenig Vertrauen und ein niedriges Sicherheitsgefühl vorhanden sind. Jedoch hat sich allgemein gezeigt, dass Mitarbeiter:innen Vertrauen in ihr Umfeld haben und sich sicher dabei fühlen, Fehler oder Probleme anzusprechen. Das kann darauf zurückzuführen sein, dass Kolleg:innen verständnisvoll auf Fehler reagieren und dabei helfen, diese zu beseitigen. Diese positiven Reaktionen und die gemeinsame Fehlerbehebung fördern den Zusammenhalt in einem Team und führen dazu, dass die Hemmschwelle sinkt, Fehler zu äußern. Vor allem beim Auftreten von Medikationsfehler ist es laut der Befragten wichtig, dass diese mitgeteilt werden, damit eine schnelle Reaktion möglich ist. Daher versuchen sie ruhig auf Fehler zu reagieren und diese gemeinsam mit den Kolleg:innen

zu beheben. Einige Pflegekräfte merkten dazu an, dass ein Gefühl der Unsicherheit entstehen kann, wenn die Führungskräfte laut auf Fehler reagieren oder diesen Fehler vor dem kompletten Team besprechen, sodass daraus ein Gesichtsverlust resultiert. Dadurch werden Fehler nicht sofort mitgeteilt oder sogar verheimlicht. Zusätzlich hat sich bei einigen Gesprächen gezeigt, dass das Äußern von Kritik nicht immer positiv angenommen wird und es zu einer Kränkung der anderen Person führen kann. Dadurch können unangenehme Situationen für beide Seiten entstehen. Das widerspricht den Aussagen einiger Interviewpartner:innen, dass die Kolleg:innen auf das Aufdecken von Fehler dankbar und gelassen reagieren. Dabei hat sich gezeigt, dass die befragten Personen die psychologische Sicherheit wahrnehmen, jedoch es nach wie vor Situationen gibt, die den Aufbau dieser beeinträchtigen können.

Positiv betont wurde von allen, dass Pflegepersonen sehr hilfsbereit sind und daher sich grundsätzlich alle zutrauen, um Hilfe zu bitten. Dabei ist es förderlich, wenn in einem Team ein Wir-Gefühl besteht und sich jede:r Mitarbeitende diesem Team zugehörig fühlt. Jedoch zeigte sich beim Beschreiben einiger Situationen, dass manche Pflegekräfte, vor allem neue Mitarbeitende, Angst davor haben, nicht kompetent zu wirken, wenn sie um Hilfe fragen und daher nicht um Unterstützung bitten. Darüber hinaus wurden Situationen geschildert, in denen Kolleg:innen von einem anderen Stock zwar geholfen haben, jedoch dabei unangenehme Aussagen tätigten. Eine Gesprächspartnerin meint dazu, dass es förderlich ist, Hilfe von sich aus anzubieten, um zu zeigen, dass gewisse Tätigkeiten nicht allein erledigt werden müssen und dadurch neue Mitarbeitende die Sicherheit erhalten, dass es in Ordnung ist, Hilfe bei Bedarf zu fordern und somit die Hemmschwelle zu senken. Das bedeutet, auch hier konnte ein Unterschied zwischen dem Soll und dem Ist festgestellt werden, was jedoch aufgrund der zahlreichen positiven Erfahrungen nur wenig Auswirkung auf die Wahrnehmung psychologischer Sicherheit zeigte.

Damit die Mitarbeiter:innen ein Gefühl der Sicherheit erhalten, ist es nach den Aussagen der Gesprächsteilnehmer:innen wichtig, dass Führungskräfte vor allem erreichbar und zugänglich sind. Wichtig dabei ist es, dass die Leitungspersonen klar die Führungsposition einnehmen und diese Rolle ausüben. Dabei werden vermehrtes Nachfragen und die direkte Aufforderung, sich zu äußern, als hilfreich angesehen, was sich mit den Aussagen von Nembhard und Edmondson (2006, S. 948ff.) deckt. Zusätzlich kann ein regelmäßiges Mitarbeitendengespräch förderlich sein. Unterstützung seitens der Führungskräfte in fachlicher als auch privater Hinsicht wird sehr geschätzt. Darüber hinaus ist es im Alltag wichtig, dass Führungskräfte ihre Mitarbeitenden wertschätzen, aufrichtig sowie authentisch sind und Probleme auf sachlicher Ebene lösen. Die Erfahrung soll eine wichtige Rolle dabei spielen, ob sich Pflegepersonen sicher fühlen. Ebenso äußerte eine

Führungskraft, dass es wichtig ist, einen fairen Dienstplan zu erstellen und zu dem Gesagten zu stehen, um eine Vertrauensbasis aufbauen zu können. Eine weitere Führungsperson hob die Bedeutung eines gewissen Handlungsspielraums hervor, indem die Mitarbeitende individuell auf unterschiedliche Problemstellungen reagieren können. Dazu passt das KAARMA Modell von Rose und Steger (2017, S. 42), welches auf die Punkte Klarheit liefern, authentisch sein, Stärken der Mitarbeiter:innen kennen und einsetzen, Mehrheit schaffen, Respekt vermitteln und Autonomie ermöglichen, hinweist. Es hat sich in den Gesprächen gezeigt, dass die Führungskräfte keine Statusunterschiede ausleben. Dabei verrichten vor allem die Wohnbereichsleitungen dieselbe Arbeit wie die Pflegekräfte und unterstützen in der Pflege. Diese nicht gelebten Statusunterschiede ermöglichen es, dass sie dem Team nahestehen und zugänglicher wirken. In den Gesprächen wurde betont, dass die Führungskräfte immer da sind, wenn sie gebraucht werden und bei Bedarf den Mitarbeitenden weiterhelfen. Das Überwinden dieser Statusunterschiede führt zur uneingeschränkten Teilnahme aller Mitarbeiter:innen und senkt die Hemmschwelle, Bedenken zu äußern oder Fragen zu stellen, was frühere Forschungen bereits bestätigten (Nembhard & Edmondson, 2006, S. 964). Jedoch hat sich beim Schildern einiger Situationen gezeigt, dass diese Statusunterschiede unter gewissen Gegebenheiten nach wie vor vorhanden sind und es hier noch weiterer Maßnahmen bedarf, um diese endgültig überwinden zu können.

Als konkrete Maßnahmen für den Aufbau psychologischer Sicherheit wurden von den meisten Teilnehmer:innen Feedback geben, Übungsfelder bzw. Fallbeispiele und Fort- oder Weiterbildungen genannt. Dabei sind sich alle befragten Personen einig, dass positive Rückmeldungen im Alltag ein Gefühl der Wertschätzung vermitteln und somit zu einem Gefühl der Sicherheit beitragen. Zusätzlich ist es förderlich für die Teamarbeit und erhöht die Motivation im Alltag. Pfeifer und Vessey (2019, S. 34ff.) haben erkannt, dass die Einführung einer Feedbackkultur zum Aufbau psychologischer Sicherheit beitragen kann. Die Führungskräfte bestätigen in den Gesprächen diese Auffassung, indem sie versuchen mehr Raum für Feedback im Alltag zu schaffen. Dafür werden spezielle Workshops organisiert, um die richtigen Techniken zu erlernen und die Mitarbeitenden werden außerhalb des Jahresgesprächs gelobt. Das Ausprobieren von neuen Geräten und das Durchbesprechen von Fallbeispielen fördert zusätzlich ein Gefühl der Sicherheit laut der Befragten. Das deckt sich mit den Aussagen von Schein (2004, S. 332f.), dass Beschäftigte mithilfe Übungsfelder die Möglichkeit besitzen, Neues zu erlernen, ohne dass ihre Fehler negative Auswirkungen haben. Dabei sind sich die Führungs- und Pflegekräfte einig, dass dadurch die Handhabe erlernt wird und Selbstbewusstsein aufgebaut werden kann. Außerdem sorgen diese Übungsfelder dafür, dass die Pflegekräfte die

Geräte an den Bewohner:innen richtig anwenden und somit eine hohe Qualität der Pflege gewährleistet wird. Schlussendlich wurde darauf hingewiesen, dass Fort- und Weiterbildungen in den Bereichen Kommunikation, Konfliktmanagement und Zusammenarbeit förderlich wären. Darauf könnten die Mitarbeitenden im Alltag zurückgreifen und die Bedeutsamkeit dieser Fähigkeiten würde hervorgehoben werden. Dabei äußerte eine Gesprächspartnerin, dass die Führungskräfte eine Vorbildfunktion einnehmen, wenn sie diesen Bereichen vermehrt Aufmerksamkeit schenken.

Allgemein hat sich in den Gesprächen gezeigt, dass die Führungskräfte als Vorbilder betrachtet werden und somit viel Einfluss auf das Klima haben, das in einem Team vorzufinden ist. Sie können viel dazu beitragen, die richtigen Voraussetzungen zu schaffen, damit ein Gefühl psychologischer Sicherheit aufgebaut werden kann. Jedoch können sie den Aufbau auch hindern, indem sie die notwendigen Voraussetzungen ignorieren, ihre Vorbildfunktion nicht erkennen und ihren Mitarbeitenden zu wenig Wertschätzung und Respekt im Alltag entgegenbringen.

5.2 Beantwortung der Forschungsfragen

Die zu Beginn gestellten Forschungsfragen werden mithilfe der Literaturrecherche und der empirischen Datenerhebung beantwortet. Dabei wird auch Bezug auf die Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse genommen.

1) Welche Rolle spielt die Schaffung psychologischer Sicherheit für die Belegschaft in Alten- und Pflegeheimen?

In Alten- und Pflegeheimen sind an der Versorgung von Bewohner:innen tagtäglich verschiedene Berufsgruppen beteiligt. Dabei treffen unterschiedliche Krankheitsbilder aufeinander und das erfordert den Einsatz individueller Behandlungen. Die Pflegekräfte müssen sich an die Situationen sowie Gegebenheiten anpassen und die Versorgung aufeinander abstimmen. Dabei ist es notwendig, dass ein laufender Informationsaustausch erfolgt und zwischen den Beteiligten eine gute Zusammenarbeit herrscht, damit alle immer in Kenntnis über Neuigkeiten oder Auffälligkeiten sind. Dabei unterstützt der Aufbau psychologischer Sicherheit, indem der offene Austausch innerhalb der Belegschaft in Alten- und Pflegeheimen gefördert wird.

Außerdem hat sich in allen Einrichtungen gezeigt, dass Kommunikation eine wichtige Rolle spielt und gewisse Voraussetzungen dafür erfüllt werden müssen. Damit diese Kommunikation strukturiert erfolgt, wurden in allen befragten Alten- und Pflegeheimen Dienstübergaben, Besprechungen und eine anschauliche Dokumentation

eingeführt. Hierbei spielt es eine wesentliche Rolle, ob die beteiligten Personen offen über die Bewohner:innen sprechen und Auffälligkeiten sowie Besonderheiten der Bewohner:innen mit den Kolleg:innen teilen. Dafür muss eine Gesprächskultur geschaffen werden, die geprägt ist von Vertrauen, Wertschätzung und Respekt. Das sind auch Faktoren der psychologischen Sicherheit, die zusätzlich bei der Fehlerbehebung eine wichtige Rolle spielen. Vor allem in diesem belastenden Umfeld mit unterschiedlichen Krankheitsbildern und ständig wechselnden Anforderungen treten Fehler leicht auf. Von großer Bedeutung ist es, diese offen zu kommunizieren, damit sie zeitnah und adäquat behoben werden. Ebenso wurde die gemeinsame Fehlerbehebung positiv wahrgenommen. Sie ermöglicht ein schnelleres Finden der Ursache von Fehlern, sodass diese in Zukunft vermieden werden. Außerdem wird somit für eine angenehme Atmosphäre gesorgt, in welcher Mitarbeitende keine Angst davor haben, Fehler zu äußern.

Häufig geschehen Fehler in Folge von Stress oder mangelnder Kommunikation, was mithilfe einer effektiven Fehlerkultur gelöst wird. Hier unterstützt der Aufbau psychologischer Sicherheit, indem eine Atmosphäre existiert, in welcher Ängste gesenkt werden und Mitarbeitende sich trauen, Fehler mitzuteilen, um Hilfe zu bitten oder Ideen bzw. Meinungen zu äußern. Dabei haben die Pflegekräfte keine Angst vor einem Gesichtverlust oder davor zu versagen, sondern sprechen offen Sorgen, Bedenken und Fehler an. Dadurch reagieren die Pflegekräfte individuell auf die einzelnen Bewohner:innen und somit werden die Pflegebedürftige passend versorgt. Darüber hinaus überträgt sich dieses Sicherheitsgefühl von den Pflegekräften auf die Bewohner:innen, wodurch sich diese geborgen fühlen. Zusätzlich senkt ein psychologisch sicheres Umfeld die Belastungen der Pflegekräfte, indem Aufgaben gemeinsam erledigt werden und keiner auf sich allein gestellt ist.

2) Welche Maßnahmen unterstützen den Aufbau und die Weiterentwicklung der psychologischen Sicherheit?

Eine wesentliche Rolle beim Aufbau und bei der Weiterentwicklung psychologischer Sicherheit spielen die Umsetzung einiger Maßnahmen. Allerdings zeigen diese erst die gewünschte Wirkung, wenn gewisse Voraussetzungen in der Arbeitsumgebung erfüllt werden. Es ist wichtig, dass eine Arbeitsatmosphäre geschaffen wird, in welcher Vertrauen, Respekt und Wertschätzung vorzufinden sind. Damit Mitarbeitende einander respektieren und anerkennen, ist es bedeutsam, dass die Führungskräfte diese Werte vermitteln und ihnen einen hohen Stellenwert im Alltag geben. Es hat sich gezeigt, dass dabei ein Wertekompass oder ein Leitbild für die gewünschte Teamarbeit hilfreich sein kann. Mithilfe von Weiter- und Fortbildungen erlernen Pflegekräfte gewünschte

Fähigkeiten und Kenntnisse, die sie im Alltag benötigen. Dabei werden diese nicht nur im fachlichen Bereich angeboten, sondern auch in den Bereichen Kommunikation, Konfliktmanagement und soziale Kompetenzen. Dadurch erwerben die Beschäftigten Fähigkeiten in diesen Bereichen, die im tagtäglichen Austausch förderlich sind und zum Aufbau der gewünschten Atmosphäre beitragen. Entscheidend ist, dass die Führungskräfte sich daran beteiligen, das gewünschte Klima zu schaffen und darauf achten, dass auch die Mitarbeitende die gewünschten Verhaltensweisen im Alltag zeigen. Dabei nehmen die Führungspersonen eine Vorbildfunktion ein und die Mitarbeiter:innen wissen dadurch, welches Verhalten erwünscht ist.

Damit Mitarbeitende Sicherheit im Alltag haben, werden Übungsfelder eingeführt. Dadurch besitzen die Beschäftigten die Möglichkeit, neue Geräte auszuprobieren und daraus zu lernen, ohne Angst davor zu haben, einen Fehler zu machen, der sich negativ auf die Organisation oder auf die Bewohner:innen auswirkt. Nach einer gewissen Zeit erlangen die Pflegekräfte Selbstbewusstsein beim Bedienen neuer Geräte. Außerdem ist es förderlich, wenn Führungskräfte die Mitarbeitende einschulen und alltägliche Tätigkeiten, wie z. B.: Erste Hilfe Maßnahmen, auch in Erinnerung rufen. Dadurch fungieren sie als positive Vorbilder und gewünschte Arbeitsweisen werden sichtbar.

Darüber hinaus ist es wichtig, dass Führungskräfte beim Schaffen eines Klimas der Offenheit unterstützen. Dafür müssen Status- und Machtunterschiede minimiert werden, um Bedenken zu reduzieren. Vor allem im Kontakt mit anderen Berufsgruppen ist es wichtig, dass diese Statusunterschiede, die nach wie vor vorhanden sind, gesenkt werden, damit der Austausch erfolgreich ist. Zudem ist es förderlich, wenn Führungskräfte Interesse an ihren Mitarbeitenden zeigen sowie zugänglich und erreichbar im Alltag sind. Darüber hinaus spielt Feedback geben eine wichtige Rolle, um Wertschätzung und Anerkennung zu vermitteln. Dadurch fühlen sich Pflegeteams sicher und unterstützt, was zum Aufbau und Weiterentwicklung psychologischer Sicherheit beiträgt. Allgemein ermöglicht die Einführung einer Feedbackkultur den Aufbau psychologischer Sicherheit in einem Team. Positive Rückmeldungen und Lob im Alltag führen dazu, dass Pflegekräfte selbstbewusster werden und sich mehr in ein Team einbringen. Dadurch erlangen sie die Sicherheit, Ideen und Meinungen mit Kolleg:innen zu teilen, um Neues auszuprobieren. Infolgedessen verbessert sich die Pflege und die Belastungen für die Beschäftigten werden minimiert. Wenn daraufhin wieder eine positive Rückmeldung erfolgt, senken sich die Versagensängste, wodurch ein offener Dialog im Team entsteht. Entscheidend dabei ist, dass das Feedback wohlwollend sowie konstruktiv erfolgt und erwünscht ist, um zu einer angenehmen Atmosphäre beizutragen. Bei Verbesserungsvorschlägen ist es immer wichtig, diese wertschätzend zu äußern und zudem einen Gesichtsverlust der

anderen Person zu vermeiden. Außerdem hat sich in den Interviews gezeigt, dass ein Vier-Augen-Gespräch eine gute Möglichkeit ist, um Fehler anzusprechen. Wenn dabei noch Unterstützung bei der Fehlerbehebung angeboten wird, entsteht eine effektive Fehlerkultur, in welcher Mitarbeitende keine Bedenken beim Mitteilen von Fehlern haben.

Eine weitere Maßnahme stellen Fallbesprechungen mit anderen Berufsgruppen dar. Dieser interdisziplinäre Austausch ermöglicht es, gewisse Besonderheiten von Bewohner:innen zu besprechen und dadurch ein breiteres Wissen zu erhalten. Davon profitieren die Pflegekräfte, indem sie gemeinsam mit Ärzt:innen oder Therapeut:innen Handlungsschritte setzen. Wichtig dabei ist, dass sich die Berufsgruppen auf Augenhöhe begegnen, indem Statusunterschiede überwunden werden und Wertschätzung sowie Respekt in den Besprechungen vorzufinden sind. Dadurch sinkt die Hemmschwelle, sich vor anderen zu äußern und ermöglicht einen offenen Austausch in einem geschützten Rahmen. Außerdem fördert dieser Rahmen die gemeinsame Zielvereinbarung, sodass alle beteiligten Berufsgruppen am selben Strang ziehen.

3) Wie wird die psychologische Sicherheit von den einzelnen Pflegekräften wahrgenommen und bewertet?

Zusammengefasst haben die Interviews gezeigt, dass die Pflegekräfte sich grundsätzlich wohlfühlen in ihrem Team und die psychologische Sicherheit wahrnehmen sowie positiv bewerten. Fehler werden mitgeteilt sowie gemeinsam behoben und es wird um Hilfe gebeten. Der offene Umgang mit Fehlern wird von den Pflegekräften positiv wahrgenommen. Da keiner der Befragten komplettes Vertrauen in die Kolleg:innen hat, wird die Belastung minimiert, indem die Pflegekräfte Verlass darauf haben, dass Fehler offen angesprochen und gemeinsam behoben werden. Das senkt etwas den Druck, weil nicht jede:r Beschäftigte die Möglichkeit hat, tagtäglich alle Bewohner:innen aufzusuchen. Dadurch wissen die Pflegekräfte, dass ihnen Besonderheiten kommuniziert werden, wodurch die Last spürbar geringer ist. Somit sind die Pflegekräfte weniger Stress ausgesetzt und sie wissen, dass sie bei Schwierigkeiten den Rückhalt ihrer Teammitglieder haben. Probleme werden gemeinsam behoben, wodurch die Belastungen auf das ganze Team verteilt und einzelne Personen nicht eingeschränkt werden. Das wird von den Pflegekräften als positiv und entlastend wahrgenommen, weswegen sie motivierter arbeiten. Schlussendlich werden mithilfe einer offenen Kommunikation die Behandlungen besser aufeinander abgestimmt, was die Qualität der Versorgung auch steigert. Dabei versuchen die Teammitglieder, sich gegenseitig zu unterstützen, was schlussendlich die Bewohner:innen positiv beeinflusst. Eine positive Zusammenarbeit ist wichtig, um für eine angenehme Stimmung im Team zu sorgen. Zudem würden die Bewohner:innen es sofort

bemerken, wenn Teammitglieder nicht miteinander harmonieren und unter der unangenehmen Atmosphäre leiden. Es handelt sich hier um einen belastenden Job, wo sich zusätzlicher Stress oder Konflikte innerhalb eines Teams negativ auf die Pflegekräfte auswirken. Damit diese Belastungen gesenkt werden, ist eine gute Teamarbeit vorteilhaft, in welcher schwierige Aufgaben gemeinsam erledigt werden.

Jedoch hat sich bei genauerer Betrachtung gezeigt, dass trotz anfänglicher positiver Wahrnehmung Situationen auftreten, die das Ausmaß psychologischer Sicherheit senken. Vor allem im Kontakt mit anderen Berufsgruppen besteht nach wie vor ein gelebter Statusunterschied, der den Aufbau psychologischer Sicherheit hemmt. Diesen Unterschied nehmen die Pflegekräfte in gewisse Situationen wahr, wodurch der offene Austausch eingeschränkt erfolgt. Zwar wird in den Interviews des Öfteren betont, dass alle Berufsgruppen gleichwertig behandelt werden, jedoch sieht die Realität anders aus, worauf einzelne Situationen hinweisen. Diese Statusunterschiede wirken sich negativ auf den Austausch aus, reduzieren das Äußern der eigenen Meinung und auch Ideen werden weniger mitgeteilt. Zusätzlich hemmen gewisse Ängste und Unsicherheiten den Aufbau psychologischer Sicherheit und führen vor allem in Teambesprechungen dazu, dass weniger Offenheit gelebt wird. Vor allem bei neuen Kolleg:innen oder in größeren Teams hat sich gezeigt, dass es schwieriger ist, ein Sicherheitsgefühl zu schaffen. Da beansprucht der Aufbau mehr Zeit und mehrere Maßnahmen, um die gewünschte Wirkung zu erzielen. Darüber hinaus muss laufend daran gearbeitet werden, damit dieses Sicherheitsgefühl aufrechterhalten bleibt. Dabei spielen die Führungskräfte eine entscheidende Rolle. Besonders zugängliche und leicht erreichbare Führungskräfte unterstützen beim Aufbau psychologischer Sicherheit, was von den befragten Pflegekräften bestätigt wurde. Aufgrund dieses Sicherheitsgefühls erhält das Personal Selbstbewusstsein. Jedoch ist es hier noch wichtig, weiterhin an der Überwindung der Statusunterschiede zu arbeiten, um Begegnungen auf einer Augenhöhe zu ermöglichen.

4) Wie wird die psychologische Sicherheit von den Führungskräften in der Pflege wahrgenommen und bewertet?

Allgemein hat sich gezeigt, dass die Führungskräfte in Alten- und Pflegeheimen keine oder nur wenige Statusunterschiede ausleben und oftmals bei Bedarf in der Pflege mitwirken. Dadurch stehen sie dem Team nahe und agieren wie Teammitglieder. Infolgedessen wurden wenige Unterschiede in der Wahrnehmung und Bewertung zu den Pflegekräften festgestellt. Lediglich die erhöhte Aufmerksamkeit auf die Mitarbeitende, die Funktion als Ansprechperson und das Vorgeben von Strukturen sowie Richtlinien stellen wesentliche Unterschiede dar. Demzufolge kann gesagt werden, dass die

Führungskräfte in Alten- und Pflegeheimen viel dazu beitragen, ob psychologische Sicherheit aufgebaut wird. In den Gesprächen hat sich gezeigt, dass die Führungskräfte sich ihrer Wirkung bewusst sind und darauf achten, dass in den Teams ein angenehmes Klima vorzufinden ist. Jedoch ist oftmals nicht genug Zeit vorhanden, um ihre Führungsrolle effektiv auszuüben. Hier würde eine klare Rollenabgrenzung für Erleichterung sorgen, indem Führungspersonen keine oder nur wenige Pflegetätigkeiten durchführen müssen. Sie stellen Vorbilder dar, an welche sich Teammitglieder orientieren. Einen hohen Stellenwert für die Pflegekräfte nimmt die ständige Erreichbarkeit der Führungskräfte ein. Diese wird häufig von den Führungskräften als belastend, aber wichtig empfunden. Ein weiterer wichtiger Punkt ist das Geben von Feedback. Dafür werden Mitarbeitengespräche organisiert und die Pflegekräfte geschult, sich gegenseitig im Alltag positive Rückmeldungen zu geben. Dadurch vermitteln Führungs- sowie Pflegekräfte Wertschätzung und Vertrauen innerhalb eines Teams wird aufgebaut. Beides sind wichtige Punkte für die Wirkung von psychologischer Sicherheit. Ebenso schenken die Führungskräfte der Fehlerbehebung viel Aufmerksamkeit. Dabei bewerten sie die psychologische Sicherheit als wichtig, damit Mitarbeitende sich trauen Fehler mitzuteilen, wodurch die Ursache schnell gefunden und behoben wird. Hierbei muss herausgefunden werden, ob es sich um einen Fehler des Systems oder einen individuellen Fehler handelt und welche Unterstützung für die Behebung notwendig ist, damit dieser Fehler nicht noch einmal passiert. Dabei schätzen es die Führungskräfte sehr, wenn eine offene Gesprächskultur in Teams vorzufinden ist und diese die Sicherheit haben, Sorgen und Bedenken zu äußern. Das versuchen sie mithilfe von Kursen und gezielten Ansprechen zu fördern.

Die Führungskräfte wissen, dass nur in der Zusammenarbeit eine qualitativ hochwertige Pflege erbracht wird und dafür die notwendigen Voraussetzungen geschaffen werden müssen. Sie versuchen laufend zu spüren und darauf zu achten, wo wieder mehr Aufmerksamkeit benötigt wird, damit ein sicheres Umfeld aufgebaut wird. Dabei bewerten sie die psychologische Sicherheit als positiv und hilfreich. Sie versuchen, gemeinsam mit den Mitarbeitenden Lösungen zu finden und das bestmögliche für die Bewohner:innen herauszuholen. Dadurch wird ein Umfeld gefördert, in welchem sowohl die Mitarbeiter:innen als auch die Bewohner:innen sich wohlfühlen und entfalten. Darüber hinaus werden die Führungskräfte weniger gebraucht, wenn Mitarbeiter:innen zusammen an Lösungen arbeiten und sich gegenseitig unterstützen, was entlastend ist und den Druck für die Führungspersonen spürbar senkt. Dadurch erhalten sie auch die Möglichkeit, sich den Führungsaufgaben zu widmen.

5.3 Implikationen für die Praxis

Eine mögliche Implikation für die Praxis liegt darin, dass vermehrt Weiterbildungen bzw. Fortbildungen in den Bereichen Kommunikation, Konfliktmanagement und soziale Kompetenzen organisiert werden. Dadurch können die Mitarbeitenden wichtige Fähigkeiten im Umgang miteinander erlernen und Sicherheit im Alltag erlangen. Dabei ist es wichtig, dass auch die Führungskräfte an diesen Weiterbildungen teilnehmen und die gewünschten Handlungsweisen umsetzen, um somit die Vorbildfunktion zu erfüllen und die Bedeutsamkeit dieser Fähigkeiten hervorzuheben. Damit im Alltag die gewünschten Werte gelebt werden, kann es hilfreich sein, einen Wertekompass oder ein Leitbild für die Zusammenarbeit zu erstellen. Daran können sich die Pflegekräfte sowie Führungspersonen orientieren. Allerdings sollten die Pflegekräfte an der Entwicklung der Leitlinien beteiligt sein, damit diese einen Sinn dahinter erkennen und sich in der Lage fühlen, diese Werte umzusetzen. Darüber hinaus sollte auf eine einheitliche Umsetzung geachtet werden, damit alle sich daranhalten.

In Besprechungen kann es hilfreich sein, wenn Mitarbeitende einzeln gefragt oder aktiv aufgefordert werden, sich zu einem bestimmten Thema zu äußern. Das kann die Beteiligung erhöhen, vor allem jener, die sich nicht trauen, sich zu Wort zu melden. Jedoch wäre es empfehlenswert, das mit den Teammitgliedern einzeln zu besprechen, bevor die Mitarbeiter:innen vor dem gesamten Team befragt werden und das zu einem unangenehmen Gefühl oder zur Überforderung führt. Darüber hinaus wäre es erstrebenswert, wenn auch externe Berufsgruppen, wie z.B. Ärzt:innen, Therapeut:innen, hin und wieder an den Besprechungen teilnehmen, um einen interdisziplinären Austausch zu fördern. Dadurch wirken diese Berufsgruppen zugänglicher und die Pflegekräfte können sich im Dialog mit diesen neue Kenntnisse und neues Wissen aneignen. Das kann im Umgang mit Auffälligkeiten bei Bewohner:innen hilfreich sein und für ein Sicherheitsgefühl mithilfe der richtigen Handhabung sorgen. Zusätzlich kann so sichergestellt werden, dass sowohl die externen Berufsgruppen als auch die Pflegekräfte dasselbe Ziel verfolgen.

Weitere Implikationen sind der vermehrte Einsatz von Lob im Alltag, Wertschätzung vermitteln und positive Rückmeldung geben. Das sorgt dafür, dass Mitarbeiter:innen mehr aus sich herauskommen und sich im Team besser integrieren. Dadurch wird ein Gefühl von Akzeptanz vermittelt und die Beschäftigten fühlen sich in ihrer Ganzheit als Person willkommen. Das kann dafür sorgen, dass sich diese in Besprechungen sowie im Alltag einbringen und Ideen, eigene Meinungen und Lösungen mit dem Team teilen. Mithilfe von positiver Rückmeldung können Ängste reduziert und Hemmschwellen gesenkt werden, sodass alle Mitarbeiter:innen ein Sicherheitsgefühl entwickeln.

Abschließend wäre die Einführung eines Fehlerbuchs oder -portals eine weitere Umsetzungsstrategie für die Praxis. Dadurch können begangene Fehler geteilt werden und es kann jederzeit nachgelesen werden, wie diese Fehler gelöst wurden. Dadurch können die Pflegekräfte aus den Erfahrungen von Kolleg:innen lernen. Außerdem besteht damit die Möglichkeit, Fehler zu reflektieren, sodass diese in Zukunft nicht noch einmal passieren. Dabei sollte dieses Fehlerbuch bzw. -portal für alle leicht zugänglich sein, damit es genutzt werden kann. Dazu könnten die Mitarbeitenden befragt werden, welche Handhabe für sie angenehm ist, um die Pflegekräfte an der Umsetzung zu beteiligen.

5.4 Stärken und Limitationen der Studie

In der vorliegenden Arbeit wird die Auswirkung der psychologischen Sicherheit auf die Belegschaft in einem bisher wenig erforschten Bereich, in Alten- und Pflegeheimen, untersucht. Zwar gibt es schon diverse Studien zu dem Thema, jedoch wurden die meisten in Krankenhäusern oder in der Krankenpflege durchgeführt. Eine Stärke der Arbeit liegt darin, dass die Betrachtung aus zwei unterschiedlichen Hierarchieebenen erfolgt. Zum einen wurden Führungskräfte befragt und zum anderen die Meinung von Pflegekräften eingeholt. Dadurch konnten Gemeinsamkeiten sowie Unterschiede festgestellt werden. Diese ermöglichen es, in weiterer Folge konkrete Implikationen für die Praxis zu nennen. So kann sichergestellt werden, dass die Maßnahmen, die von der Organisation und von den Führungskräften umgesetzt werden, von den Pflegekräften als positiv und hilfreich wahrgenommen werden. Jedoch stellt es eine Limitation dar, dass die Pflege- und Führungskräfte sich nicht in derselben Einrichtung befinden. Hierbei wäre eine bessere Vergleichbarkeit möglich gewesen, wenn in einzelnen Einrichtungen Führungspersonen und deren Pflegekräfte befragt worden wären. Aufgrund der derzeitigen Pandemie war es leider nicht möglich, Kooperationen mit Alten- und Pflegeheimen einzugehen, um somit mehrere freiwillige Personen aus einer Einrichtung zu interviewen. Daher wurden unterschiedliche Personen aus verschiedenen Einrichtungen befragt, was die Vergleichbarkeit beeinträchtigen kann, weil jede Einrichtung innerhalb der gesetzlichen Rahmenbedingungen einen Spielraum besitzt, unterschiedliche Handlungsweisen zu setzen.

Die Vielzahl an unterschiedlichen Berufsgruppen, die befragt wurden, stellt eine weitere Stärke der Arbeit dar. Es wurden eine Hausleitung, zwei Wohnbereichsleitungen, vierdiplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen, drei Pflegeassistent:innen sowie zwei Heimhelfer:innen befragt. Darüber hinaus befanden sich unter den Teilnehmer:innen einige mit einem Studienabschluss, was zu unterschiedlichen Herangehensweisen und Blickwinkel führte. Jedoch muss das Sampling kritisch reflektiert werden. Da oftmals

nur eine Person aus einer Einrichtung befragt wurde, kann von einer subjektiven Wahrnehmung der interviewten Person gesprochen werden. Das stellt eine Schwäche dar, weil von dieser einen Person nicht auf den Rest des betroffenen Teams geschlossen werden kann. Daher kann nicht davon ausgegangen werden, dass die anderen Teammitglieder eine ähnliche Auffassung teilen.

Eine weitere Stärke der Arbeit liegt darin, dass bei der ausgewählten Methode der Datenerhebung die Möglichkeit für die Interviewpartner:innen bestand, sehr offen auf die Fragen antworten zu können. Dadurch konnten neue Felder entdeckt und somit unerforschte Themengebiete registriert werden. Ein weiteres Qualitätskriterium, dass eine positive Durchführung der Interviews förderte, stellt die Sicherung der Anonymität dar. Diese verhalf zu einer offenen Gesprächsbasis und sorgte für eine angenehme Atmosphäre bei den Interviews. Dabei regte dieses Gesprächssetting die Teilnehmer:innen dazu an, ausführlich und gewissenhaft auf die Fragen zu antworten. Jedoch muss hier als Limitation aufgezählt werden, dass trotz der angenehmen Atmosphäre die interviewten Personen eine Tendenz zu sozial erwünschten Antworten aufzeigten. Der Großteil der Antworten fiel zu Beginn sehr positiv aus, was ein Zeichen dafür sein könnte, dass die Interviewpartner:innen nicht ehrlich auf jede Frage geantwortet haben aufgrund der sozialen Erwünschtheit. Im Laufe der Datenauswertung konnte anhand von Situationschilderungen erkannt werden, dass es hier Unterschiede zwischen den Aussagen gab.

Limitiert wird die Arbeit durch die unterschiedliche Art der Befragung aufgrund der Pandemie. Einerseits wurde der Interviews persönlich durchgeführt und andererseits ein Teil über die Software Microsoft Teams. Diese unterschiedliche Herangehensweise könnte dazu beigetragen haben, dass die Ergebnisse verzerrt und somit nicht vergleichbar sind. Dabei hat sich gezeigt, dass sich im Laufe der Zeit die Qualität bei der Durchführung der Interviews gesteigert hat, wodurch die zuletzt geführten Interviews zusätzlich andere Aspekte abgedeckt haben. Die ersten Interviews verliefen etwas kürzer und erst mithilfe einer erworbenen Routine gewann die Autorin an Selbstbewusstsein und Erfahrung, um somit außerhalb des Leitfadens passende Fragen zu stellen. Mithilfe des Leitfadens wurde zwar einerseits eine neutrale Haltung sichergestellt, jedoch kann dieser Leitfaden die flexible Reaktion auf Antworten einschränken, was eine Limitation darstellt.

5.5 Zukünftige weiterführende Forschung

Aufgrund der derzeitigen COVID-19-Pandemie äußerten mehrere Interviewpartner:innen, dass die persönlichen Kontakte sowie der Austausch in den Teams reduzierter stattfinden und Besprechungen teilweise verringert wurden. Außerdem wurden einige

Weiter- und Fortbildungen abgesagt, um das Risiko einer Infektion abzumildern. Unter diesen Umständen kann die Wahrnehmung getrübt werden und eine weitere Studie in einigen Jahren wäre interessant. Dadurch kann in Erfahrung gebracht werden, wie sich diese Umstände auf die Wahrnehmung und Bewertung der psychologischen Sicherheit innerhalb eines Teams auswirken kann und ob es zu veränderten Ergebnissen kommt. Hierbei wäre es vorteilhaft, wenn bei allen Befragten das gleiche Setting verwendet wird, um für Einheitlichkeit und Vergleichbarkeit zu sorgen. Vor allem im persönlichen Gespräch könnte für eine bessere Vertrauensbasis gesorgt werden, sodass das Ausmaß sozial erwünschter Antworten gesenkt wird.

Zusätzlich wäre es vorteilhaft, eine Studie innerhalb einer Einrichtung durchzuführen, um eine bessere Vergleichbarkeit zu erhalten. In den Interviews hat sich gezeigt, dass sich die Maßnahmen zwischen den Einrichtungen unterscheiden und dadurch unterschiedlich wahrgenommen werden. Dabei wäre es spannend, die Führungspersonen und deren Pflegekräfte zu befragen, um konkrete Unterschiede feststellen zu können. Dadurch können die Umsetzungsstrategien und Maßnahmen überprüft werden, ob diese wirklich zum Aufbau psychologischer Sicherheit beitragen und ob diese von den unterschiedlichen Hierarchieebenen einer Einrichtung als hilfreich wahrgenommen werden. Somit könnte erkannt werden, ob die Wahrnehmung der Pflegekräfte übereinstimmt mit den Führungskräften, ohne von den Unterschieden einzelner Einrichtungen beeinträchtigt zu werden.

Denkbar wäre es, eine andere Form der Forschung durchzuführen. Mit der Teilnahme an Besprechungen oder interdisziplinären Meetings könnte untersucht werden, ob ein Team sich psychologisch sicher fühlt und welche Handlungen sowie Innovationen daraus entstehen können. Dazu muss die Anonymität und der Datenschutz gewährleistet und Kooperationen eingegangen werden. Jedoch könnten dadurch neue Blickwinkel und Betrachtungsweisen entdeckt werden, die zu besseren Implikationen für die Praxis führen können. Mithilfe dieser Variante könnten neue Kenntnisse entdeckt werden, indem Teams in ihrer gewohnten Umgebung beobachtet werden und darauf geachtet wird, wie sie sich verhalten. Es bedarf hier weiterer Forschungen, um vergleichbare Daten zu erhalten. Es hat sich gezeigt, dass dieser Bereich immer mehr an Bedeutung gewinnt, weil die Menschen immer älter werden und dadurch der Pflegebedarf weiterhin steigt.

Literaturverzeichnis

- Aranzamendez, Gina/James, Debbie/Toms, Robin (2015). Finding Antecedents of Psychological Safety: A Step Toward Quality Improvement: Psychological Safety. *Nursing Forum*, 50(3), 171–178.
- Argyris, Chris (2010). *Organizational traps : leadership, culture, organizational design* (1. Auflage). Oxford: Oxford Univ. Press.
- Argyris, Chris/Schön, Donald A. (2006). *Die Lernende Organisation: Grundlagen, Methode, Praxis* (3. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- Baer, Markus/Frese, Michael (2003). Innovation is not enough: climates for initiative and psychological safety, process innovations, and firm performance. *Journal of Organizational Behavior*, 24(1), 45–68.
- Baur, Nina/Blasius, Jörg (Hrsg.) (2014). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. Online: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-531-18939-0> [Abruf am 25.02.2021].
- Blass, Kerstin (2011). *Altenpflege zwischen Jederfrauqualifikation und Expertentum. Verberuflichungs- und Professionalisierungschancen einer Domäne weiblicher (Erwerbs-)Arbeit*. Saarbrücken: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft.
- Bohmer, Richard M./Edmondson, Amy C./Pisano, Gary (2001). Speeding up team learning. *Harvard Business Review*, 79(9), 125–132.
- Bolz, Heinrich (2015). *Pflegeeinrichtungen erfolgreich führen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. Online: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-658-05657-5> [Abruf am 09.12.2021].
- Deng, Hong/Huang, Xu/Lam, Catherine K./Leung, Kwok (2019). Slacking Off in Comfort: A Dual-Pathway Model for Psychological Safety Climate. *Journal of Management*, 45(3), 1114–1144.
- Döring, Nicola/Bortz, Jürgen (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. Online: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-642-41089-5> [Abruf am 14.03.2021].
- Edmondson, Amy C. (1999). Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams. *Administrative Science Quarterly*, 44(2), 350–383.

- Edmondson, Amy C. (2003). Speaking Up in the Operating Room: How Team Leaders Promote Learning in Interdisciplinary Action Teams. *Journal of Management Studies*, 40(6), 1419–1452.
- Edmondson, Amy C. (2004). Learning from Mistakes is Easier Said than Done: Group and Organizational Influences on the Detection and Correction of Human Error. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 40(1), 66–90.
- Edmondson, Amy C. (2012). *Teaming - How Organizations Learn, Innovate, and Compete in the Knowledge Economy* (1. Auflage). San Francisco: John Wiley & Sons Ltd.
- Edmondson, Amy C. (2019). *the fearless organization - Creating Psychological Safety in the Workplace for Learning, Innovation, and Growth* (1. Auflage). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons Ltd.
- Edmondson, Amy C./Dörffler, Tina (2018). Selbstverständlich fehlbar - Psychologische Sicherheit als Erfolgsfaktor für High Performing Teams. *OrganisationsEntwicklung*, (3), 19–20.
- Edmondson, Amy C./Higgins, Monica/Singer, Sara/Weiner, Jennie (2016). Understanding Psychological Safety in Health Care and Education Organizations: A Comparative Perspective. *Research in Human Development*, 13(1), 65–83.
- Edmondson, Amy C./Lei, Zhike (2014). Psychological Safety: The History, Renaissance, and Future of an Interpersonal Construct. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1(1), 23–43.
- Fischer, Josef A./Hüttermann, Hendrik (2020). PsySafety-Check (PS-C): Fragebogen zur Messung psychologischer Sicherheit in Teams. Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS.)
- Flick, Uwe (1999). *Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*. unveröffentlicht: Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Frodl, Andreas (2011). *Personalmanagement im Gesundheitsbetrieb*. Wiesbaden: Gabler. Online: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-8349-6656-8> [Abruf am 08.02.2022].
- Frodl, Andreas (2018). *Gesundheitsberufe im Einsatz*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. Online: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-658-18072-0> [Abruf am 09.12.2021].

- Froschauer, Ulrike/Lueger, Manfred (2003). Das qualitative Interview: zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. Wien: facultas: WUV-Universitätsverlag.
- Froschauer, Ulrike/Lueger, Manfred (2020). Das qualitative Interview - Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme (2. Auflage). Wien: facultas.
- Hinding, Barbara (2016). Wertschätzung für Pflegeberufe fördern. Pabst Science Publishers, 20. Jahrgang, 1-89.
- Jaehde, Ulrich/Kloft, Charlotte/Radziwill, Roland (2017). Arzneimitteltherapiesicherheit. In Klinische Pharmazie - Grundlagen und Anwendung 4. Aufl. (S. 169–180). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Jurgschat-Geer, Heike (2015). Organisation. In Führungskraft in der Altenpflege (S. 13–61). unveröffentlicht: Vincentz Network.
- Kahn, William A. (1990). Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work. *Academy of Management Journal*, 33(4), 692–724.
- Kämmer, Karla (2013). Pflegemanagement in Zeiten des Fachkräftmangels. Hannover: Vincentz Network.
- Kämmer, Karla (2015). Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen : Zukunftsorientiert führen, konzeptionell steuern, wirtschaftlich lenken (6. Auflage). Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- Katz-Navon, Tal/Naveh, Eitan/Stern, Zvi (2005). Safety Climate in Health Care Organizations: A Multidimensional Approach. *Academy of Management Journal*, 48(6), 1075–1089.
- Kolbe, Michaela/Grande, Bastian (2016). „Speaking Up“ statt tödlichem Schweigen im Krankenhaus: Die entscheidende Rolle der Gruppenprozesse und Organisationskultur. Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO), 47(4), 299–311.
- Kuckartz, Udo (2010). Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten (3. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlag GmbH. Online: <http://link.springer.com/10.1007/s11577-006-0278-x> [Abruf am 20.03.2022].
- Kuckartz, Udo/Grunenberg, Heiko/Dresing, Thorsten (Hrsg.) (2007). Qualitative Datenanalyse: computergestützt: methodische Hintergründe und Beispiele aus der Forschungspraxis (2., überarb. und erw. Aufl). Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss.

- Langfred, Claus W. (2004). Too much of a good thing? Negative effects of high trust and individual autonomy in self-managing teams. *Academy of Management Journal*, 47(3), 313–338.
- Leroy, Hannes et al. (2012). Behavioral integrity for safety, priority of safety, psychological safety, and patient safety: A team-level study. *Journal of Applied Psychology*, 97(6), 1273–1281.
- Maier, M. (2011). Psychische Belastung des Personals in Institutionen der Langzeitpflege: Nur ein Problem für die Mitarbeitenden des Pflegedienstes? *Prävention und Gesundheitsförderung*, 6(4), 223–228.
- Mayer, Horst O. (2013). Interview und schriftliche Befragung: Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung (6., überarb. Aufl). München: Oldenbourg.
- Meyer-Kühling, Inga/Frankenber, Claudia/Schröder, Johannes (2015). Erwartungshaltungen, Kommunikation und Kooperation von Pflegenden und Ärzten in der stationären Altenpflege. *HeilberufeScience*, 6(3), 70–75.
- Misoch, Sabina (2019). *Qualitative Interviews* (2. Auflage). Berlin: Boston: De Gruyter Oldenbourg. Online: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/9783110545982-201/html> [Abruf am 20.03.2022].
- Müller, Herbert (2011). *Arbeitsorganisation in der Altenpflege : ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung* (4. Auflage). Hannover: Schlütersche.
- Nembhard, Ingrid M./Edmondson, Amy C. (2006). Making it safe: the effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *Journal of Organizational Behavior*, 27(7), 941–966.
- Newman, Alexander/Donohue, Ross/Eva, Nathan (2017). Psychological safety: A systematic review of the literature. *Human Resource Management Review*, 27(3), 521–535.
- O'Donovan, Róisín/McAuliffe, Eilish (2020). A systematic review exploring the content and outcomes of interventions to improve psychological safety, speaking up and voice behaviour. *BMC Health Services Research*, 20(1), 101.

- Ortega, Aída/Van den Bossche, Piet/Sánchez-Manzanares, Miriam/Rico, Ramón/Gil, Francisco (2013). The Influence of Change-Oriented Leadership and Psychological Safety on Team Learning in Healthcare Teams. *Journal of Business and Psychology*. Online: <http://link.springer.com/10.1007/s10869-013-9315-8> [Abruf am 06.04.2022].
- Pearsall, Matthew J./Ellis, Aleksander P.J. (2011). Thick as thieves: The effects of ethical orientation and psychological safety on unethical team behavior. *Journal of Applied Psychology*, 96(2), 401–411.
- Pfeifer, Lauren E./Vessey, Judith A. (2019). Psychological Safety on the healthcare team. *Nursing Management*, 50(8), 32–38.
- Rappold, Elisabeth/Juraszovich, Brigitte (2019). *Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 1–86.
- Rose, Nico/Steger, Michael F. (2017). Führung, die Sinn macht. *OrganisationsEntwicklung*, 4, 41–45.
- Rosenbaum, Lisa (2019). Cursed by Knowledge — Building a Culture of Psychological Safety. *New England Journal of Medicine*, 380(8), 786–790.
- Schein, Edgar H. (1999). Empowerment, coercive persuasion and organizational learning: do they connect? *The Learning Organization*, 6(4), 163–172.
- Schein, Edgar H. (2004). *Organizational Culture and Leadership* (3. Auflage). San Francisco: John Wiley & Sons Ltd.
- Schein, Edgar H./Bennis, Warren G. (1967). *Personal and organizational change through group methods: the laboratory approach* (3. Auflage). New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Springer Vienna (2019). Pflege im Stress: Investition in Fachwissen, Selbst- und Sozialkompetenzen hilft. *ProCare*, 24(10), 44–46.
- Stab, Nicole/Hacker, Winfried (2016). *Gute Stationsorganisation - Ein Leitfaden für Pflegeeinrichtungen*. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA, Hrsg.), I, 1–51.
- Steinke, Ines (1999). *Kriterien qualitativer Forschung* (1. Auflage). München: Juventa.
- Swoboda, W./Sieber, C.C. (2011). Geriatrie. *Der Internist*, 52(8), 923–924.

- Valentine, Melissa A./Nembhard, Ingrid M./Edmondson, Amy C. (2015). Measuring Teamwork in Health Care Settings: A Review of Survey Instruments. *Medical Care*, 53(4), e16–e30.
- Vogus, Timothy J./Sutcliffe, Kathleen M. (2007). The Safety Organizing Scale: Development and Validation of a Behavioral Measure of Safety Culture in Hospital Nursing Units. *Medical Care*, 45(1), 46–54.
- Winkler, Petra/Pochobradsky, Elisabeth/Rottenhofer, Ingrid/Riess, Gabriele (2006). *Pflegerbericht: Endbericht*. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.
- Witkowski, Ramona (2021). Organisationsbedingte Angst – wenn die psychologische Sicherheit am Arbeitsplatz fehlt. In Bernhard Badura/Antje Ducki/Markus Meyer/Helmut Schröder (Hrsg.). *Fehlzeiten-Report 2021* (S. 201–215). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. Online: https://link.springer.com/10.1007/978-3-662-63722-7_12 [Abruf am 20.03.2022].
- Zhao, Fuqiang/Ahmed, Fawad/Faraz, Naveed Ahmad (2020). Caring for the caregiver during COVID-19 outbreak: Does inclusive leadership improve psychological safety and curb psychological distress? A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 110, 1–11.

Online-Quellen:

<https://www.pflege.at/lexikon/altenpflege> [Abruf am 02.04.2022].

<https://pqsg.de/seiten/openpqsg/hintergrund-stellenbeschreibung-heimleitung.html> [Abruf am 16.01.2022].

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/betreuungs_und_pflegedienste/index.html [Abruf am 02.04.2022].

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kompetenzprofil Altenpflege.....	6
Abbildung 2: Prozentanteile der durch stationäre Dienste betreuten/gepflegten Personen nach Altersgruppen Ende 2020	7
Abbildung 3: Organisation von Alten- und Pflegeheimen	20

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über das Sampling.....	38
Tabelle 2: Kategoriensystem	41

Anhang

Anhang A: Interviewleitfaden

1. Einstieg (Aufbau einer angenehmen Atmosphäre):

- 1.1. Begrüßung und Bedanken für die Gesprächsbereitschaft
- 1.2. Vorstellen des Untersuchungsgegenstandes und der eigenen Person
- 1.3. Hinweis auf Anonymität, Freiwilligkeit und Einholung des Einverständnisses, dass das Gespräch aufgezeichnet wird

Zuerst möchte ich mich bedanken, dass Sie sich für dieses Interview bereit erklärt haben. In meiner Masterarbeit möchte ich herausfinden, ob und wie sich die Psychologische Sicherheit in Alten- und Pflegeheimen auf Führungskräfte, Mitarbeitenden sowie PatientInnen auswirken kann. Das Interview wird ungefähr eine Stunde dauern, noch einmal vielen Dank, dass Sie sich die Zeit dafür nehmen.

Um mit Ihren Aussagen wahrheitsgetreu arbeiten zu können, wird das Interview aufgezeichnet. Es dient allein für dieses Projekt. Die Transkription sowie die Tonaufnahme werden nach Abschluss des Projekts sofort gelöscht. Ich benötige für die Aufnahmen Ihr ausdrückliches Einverständnis. Die Auswertung erfolgt natürlich anonymisiert, das heißt es werden keine persönlichen Angaben genannt. In der Masterarbeit selbst können kurze Zitate der anonymisierten Niederschrift vorkommen. Allerdings bitte ich sie möglichst weder Ihren eigenen Namen noch den Namen des Unternehmens, für das Sie tätig sind, zu nennen. Sollte dies dennoch vorkommen, werde ich die Daten anonymisieren. Gibt es noch Fragen bevor wir beginnen?

2. Einleitung

- 2.1. Nochmalige Begrüßung und Bedankung für die Bereitschaft zur Interviewteilnahme und das nochmalige Hinweisen auf die Aufnahme des Gesprächs
- 2.2. Beschreibung des Untersuchungsgegenstandes
- 2.3. Versicherung der Anonymität und Einholung des Einverständnisses zur Aufzeichnung des Interviews

3. Sozio-demografische und einleitende Fragen

- 3.1. Wie alt sind Sie und welche Ausbildung haben Sie gemacht?
- 3.2. Beschreiben Sie bitte Ihr Aufgabengebiet?
- 3.3. Wie viele Patient:innen gehören zu Ihrer Station – für wie viele Patient:innen sind Sie verantwortlich?

- 3.4. Wie viele unterschiedliche Stationen/Teams gibt es?
- 3.5. Gibt es Zusammenarbeit im Team und wenn ja, wie groß ist das Team?
- 3.6. Sind Sie im Team für gewisse Kolleg:innen verantwortlich bzw. leiten Sie welche im Alltag an?
- 3.7. Welche Ausbildungsarten treffen im Team aufeinander? (Ärzt:innen, Therapeut:innen, Pflegekräfte,...)
- 3.8. Für Führungspersonen:** Für wie viele Mitarbeiter:innen sind Sie verantwortlich und welche Berufsgruppen sind dabei?

4. Organisation

- 4.1. Wie funktioniert die Kommunikation innerhalb Ihres Teams bzw. mit anderen Teams?
- 4.2. Wie erfolgt die Dienstübergabe? (Dokumentation, mündlich, beides)
- 4.3. Gibt es für den regelmäßigen Austausch spezielle Plattformen? (Konferenzen, Fokusgruppen, Besprechungen, Supervisionen)
- 4.4. Wenn ja, wer nimmt daran teil, wie oft finden diese statt und werden sie von einem Mediator geleitet?
- 4.5. Gibt es bereits Maßnahmen in Ihrer Organisation Aufbau von Teamarbeit, die umgesetzt werden?
- 4.6. Für Führungskräfte:** Führen Sie durch den Austausch – wenn ja, gibt es eine bestimmte Reihenfolge und worauf achten Sie dabei? (dass jeder dran- kommt, keine Beschuldigungen)

5. Psychologische Sicherheit für Pflegekräfte

- 5.1. Wie reagiert Ihr Team, wenn Sie einen Fehler machen, und wie wird dieser angesprochen? Gibt es dafür eine Fehlerkultur?
- 5.5. Wenn Sie einen Fehler bei anderen Personen bemerken, trauen Sie sich, die Person darauf aufmerksam zu machen und wie reagiert die Person selbst und das Team darauf?
- 5.2. Welche Gefühle empfinden Sie, wenn Sie andere Mitglieder Ihres Teams um Hilfe bitten? (Sorge, Angst, keine Bedenken)
- 5.3. Wie werden individuelle Fähigkeiten und Talente in Ihrem Team geschätzt und genutzt? (musikalisch, kreativ, besonders empathisch/geduldig, kontaktfreudig)
- 5.4. Was passiert, wenn Sie anderer Meinung sind als der Rest Ihres Teams? Wie wird das aufeinander treffen unterschiedlicher Meinungen gelöst?

- 5.6. In Besprechungen, Sitzungen und Konferenzen – gibt es eine bestimmte Reihenfolge, wann jemand zu Wort kommt, oder kann sich jeder melden und wird dafür nicht schief angesehen oder verurteilt? Gibt es Unterschiede zwischen den einzelnen Berufsgruppen?
- 5.7. Werden Maßnahmen umgesetzt – von Organisation oder Führungskraft/ Stationsleitung, die Offenheit und Transparenz ermöglichen im Umgang mit Fehler, Sorgen oder Bedenken?

5. Psychologische Sicherheit für Führungskräfte

- 5.1. Wie reagieren Sie, wenn in Ihrem Team ein Fehler passiert?
- 5.2. Wie werden Fehler von Ihnen angesprochen? (Setting, Rahmen)
- 5.3. Wie reagieren Sie, wenn Sie jemand auf einen Fehler aufmerksam macht?
- 5.4. Wie lösen Sie die Situation, wenn im Team unterschiedliche Meinungen vorherrschen?
- 5.5. Welche Gefühle empfinden Sie, wenn jemand ein Problem hat und um Hilfe bittet und wie geht das Team mit solchen Situationen um?
- 5.6. Was tun Sie als Führungskraft, damit sich die Mitarbeitenden in ihrem Umfeld sicher fühlen und sich trauen Bedenken sowie Sorgen zu äußern? Gibt es hier bereits Maßnahmen oder Methoden, die umgesetzt werden?

6. Abschluss

- 6.1. Wenn Sie an die Fehlerkultur/Teamarbeit im Unternehmen denken – wo liegen die positiven Aspekte und Situationen?
- 6.2. Wenn Sie an die Fehlerkultur/Teamarbeit im Unternehmen denken – wo liegen die negativen Aspekte und Situationen?
- 6.3. Was denken Sie allgemein über die psychologische Sicherheit in Ihrer Arbeit? Fühlen Sie sich wohl, auch wenn sie schwierige Themen ansprechen? Gibt es Verbesserungsvorschläge bzw. Wünsche?
- 6.4. Wir haben nun sehr viele Themen besprochen. Gibt es noch etwas, das bisher nicht erwähnt wurde, Ihnen aber wichtig ist?
- 6.5. Gibt es noch Fragen?

Für das Gespräch bedanken.

Anhang B: Kategoriensystem

Themenblöcke	Kategorien	Sub-Kategorien
Organisation	Dienstübergabe	
	Besprechungen	
	Doku / Pflegeplanung	
	Zuständigkeitsbereiche / Aufgabenteilung	
Arbeiten im Team	Zusammenarbeit	
	Kommunikation	
	Vertrauen	
	Kontakt zu anderen Berufsgruppen	
	Transparente und zeitnahe Mitteilung von Neuigkeiten	
Psychologische Sicherheit	Fehlerkultur	Reaktion auf Fehler
		Lernmöglichkeit
	Hilfestellung	
	Meinungsäußerung / Meinungsverschiedenheiten	
	Ängste	
	Stärken / Talente nutzen	
	Ideen äußern	
	Merkmale Mitarbeiter:innen	
	Wirkung der Führungskraft	Erreichbarkeit
		Unterstützung
		positives Klima schaffen
		Mitarbeitendengespräch
	Konkrete Maßnahmen	Feedback
		Übungsfelder / Fallbeispiele
		Fortbildungen / Weiterbildungen
		Möglichkeit Wünsche und Sorgen anzubringen
Fazit	Positive Wirkung / Wahrnehmung	
	Negative Wahrnehmung / Verbesserungspotential	