

Das TAA-KH im Projekt PARCURA- Anwendung, Erkenntnisse und Schlussfolgerungen

Gründe für die Auswahl und Anwendung des TAA-KH

André Büssing befasste sich in zahlreichen Studien mit Arbeitsbedingungen in der Pflege und mit der Organisation Krankenhaus.

In seinem Beitrag „Analyse der Qualifikationsanforderungen in der Pflege“ beschrieb Büssing u.a. die empirisch gestützten Zusammenhänge zwischen den Risiken mangelnder Förderung der Pflegekräfte, ihrem Gesundheitsstatus und der Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus:

„Das Krankenhaus ist ein besonderer Typ komplexer Organisation mit einem hohen Grad an flexibler Spezialisierung. Mehr noch, unter dem Oberbegriff Krankenhaus findet sich eine außerordentliche Bandbreite von Organisationsformen, deren Ausprägung mit sog. situativen Parametern wie etwa Größe, Rechtsform usw. ebenso korrelieren, wie mit Aufgabendefinitionen, dem Verständnis und Einsatz von Technologien usw. (...)“

(Büssing, 1993, 100)

Diese Zusammenhänge und Spannungsfelder wurden in den 1990er Jahren auch vor dem Hintergrund der Gesundheitsstrukturgesetze von 1991 thematisiert, die über komplett veränderte Refinanzierungssysteme eine enorme Anpassungsdynamik und massive Veränderungen der Strukturen, Prozesse und Arbeitsbeziehungen in der Organisation Krankenhaus auslösten.

Auch vor dem Hintergrund der durch die WHO-formulierten komplexen Anforderungen an das „gesundheitsfördernde Krankenhaus“, die sich auch an das Krankenhaus als Arbeitsplatz richteten, gab es in den 1990-er Jahren mehrere Forschungs- und Interventionsprojekte in Krankenhäusern, in deren Zusammenhang u.a. neue Analyseverfahren entwickelt und erprobt wurden (vgl. z.B. Feuerstein, Badura 1991, Müller, Münch, Badura 1997)

Mit dem Verweis auf die Wurzeln in Forschungsschwerpunkten zur „*Humanisierung des Arbeitslebens*“, auf den Trend in der Forschungsförderung zu Projekten „*mit schneller Umsetzung und engem Praxisbezug*“ sowie auf Forschungsdesiderate bezogen auf Krankenhäuser als die größten Arbeitgeber im Gesundheitswesen, formulierten André Büssing und Jürgen Glaser wiederholt die Frage, „*(...) ob ohne den systematischen Zusammenhang zur Analyse und Bewertung nicht die Qualität und Nachhaltigkeit der Gestaltung beeinträchtigt werden.*“ (Büssing, Glaser, 2002, 13)

Die Entscheidung, das TAA im Projekt PARCURA anzuwenden, geschah somit vor dem Hintergrund der folgenden Überlegungen:

- Das TAA ist ein speziell für das Krankenhaus entwickeltes, wissenschaftlich validiertes und modular aufgebautes Analyseverfahren.
- Die Autoren berufen sich darauf, dass „*(...) das primäre, normative Ziel einer psychologischen Arbeitsanalyse in einer Humanisierung der Arbeit*“ liegt. (Büssing, Glaser, 2002, 17)
- Das TAA knüpfte an Erkenntnisse der Stressforschung und die noch immer aktuelle Unterscheidung zwischen Belastungen und Beanspruchungen an.

- Das TAA bot eine Grundlage, auch die Dynamik von Entwicklungen der Arbeitstätigkeiten und Anforderungen in der Krankenhauspflege zu reflektieren.
- Das TAA schien geeignet, um auch bei Forschungspartnern, die mit dem System des Krankenhauses bis dahin weniger Berührungen hatten, für dessen Komplexität zu sensibilisieren.

Unser Vorgehen – Die Arbeitsschritte

Im Projekt PARCURA waren die Interventionsbereiche bereits mit dem Projektantrag vordefiniert und mit der beabsichtigten Einführung der Datenbrille auf Kardiologischen Stationen von zwei Krankenhäusern der Franziskusstiftung für Pflegende im Nachtdienst weiter spezifiziert. Das hatte natürlich auch Auswirkungen darauf, wie die Anwendung des TAA erfolgen und die Qualität des Instruments unter veränderten Rahmen- und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus reflektiert werden konnten.

Das Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus (TAA-KH) ist ein modulares arbeits- und organisationspsychologisches Instrument zur Analyse und Bewertung der Qualität des Arbeitsprozesses im Krankenhaus.

Das Instrument enthält eine Selbst- (TAA-KH-S) und eine Fremdbeobachtungsversion (TAA-KH-O) mit dem Schwerpunkt auf Krankenhauspflege. Die Fremdbeobachtungsversion umfasst 43 Tätigkeitskategorien und bietet die Grundlage für die Aufgabenanalyse. Die Selbstbeobachtungsversion umfasst fünf Verfahrensbereiche und liegt als Vollversion (Fragebogen mit 442 Items, Abb. 1) und als Screeningversion vor (Fragebogen mit 182 Items, Abb. 2). Beide Verfahrensversionen ermöglichten eine reliable und valide Bewertung der Arbeitstätigkeit im Krankenhaus sowie eine Analyse der organisatorischen Rahmenbedingungen.

Hier unsere Arbeitsschritte im Überblick:

- Zusammenfassung und Reflexion der verschiedenen Module hinsichtlich der Anwendbarkeit im Projekt PARCURA
- Abgleich von Kriterien und Ergebnissen des TAA-KH mit anderen Analyseverfahren und -ansätzen, z.B. mit den Ergebnissen der im Oktober 2020 durchgeführten Moderationssitzungen, sowie mit Fragekatalogen und (geplanten) Vorgehensweisen anderer Projektpartner. Durchführung eines Methodenworkshops mit dem Projektpartner TAT.
- Modifizierung des TAA-Tätigkeitsinventars vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklungen von Tätigkeiten und Kompetenzen von Pflegefachpersonen im Krankenhaus. Hierbei war vor allem die Professionalisierung des Pflegeberufs seit Veröffentlichung des Originalinstruments zu beachten. Dies beinhaltet auch die pflegerischen Tätigkeiten im kardiologischen Interventionsbereich.
- Diese wurden im 1. Halbjahr 2021, durch und in enger Abstimmung mit den krankenhausinternen Projektpartner/innen durchgeführt und reflektiert.
- Vorbereitung mehrerer Präsentationen als Diskussionsgrundlage für den Steuerkreis und als Vorbereitung auf den Workshop im November 2021, die auf Grund anderer Prioritätensetzungen nicht gezeigt werden konnten.
- Erstellung des zusammenfassenden Papers.

Vertiefende Einblicke in das TAA und in unsere Arbeitsschritte

TAA-KH-O (Fremdbeobachtungsversion)

Das Tätigkeitsinventar besteht aus 43 Tätigkeitskategorien, ergänzt mit den entsprechenden Tätigkeiten (z.B. **05 Betten**: *Patienten aus dem Bett helfen* etc.).

Die Organisation Krankenhaus und die Krankenhauspflege haben in den vergangenen zwanzig Jahren auf multiple Veränderungsdynamiken reagiert. Die Arbeitsplätze in der Krankenhauspflege sind außerdem je nach Fachrichtung sehr unterschiedlich geprägt.

Auch daraus ergab sich im Projekt PARCURA die Anforderung, zunächst das Tätigkeitsinventar vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen und somit der pflegerischen Tätigkeiten im Krankenhaus zu modifizieren. Das erfolgte Anfang 2021 in enger Abstimmung mit und durch die krankenhausinternen Projektpartner/innen.

Nach Absprache mit Gerburgis Löckemann und Nicole Focke (SFH) war schnell bestätigt worden, dass die Notwendigkeit zur Vervollständigung und Bearbeitung des Tätigkeitsinventars bestand, damit es den aktuellen organisationalen Rahmenbedingungen entspricht, und die wichtigsten Arbeitstätigkeiten im Krankenhaus abdeckt. Nicole Focke (SFH) übernahm hauptverantwortlich unter Mitarbeit und Beratung von Gerburgis Löckemann (SFH), Petra Huning (FH-MS) und Marcellus Bonato (FH-MS) die Aufgabe, das Tätigkeitsinventar dementsprechend zu überprüfen und zu überarbeiten. Das Originalinstrument wurde an die aktuellen Situationen, Anforderungen, Aufgaben und Begrifflichkeiten angepasst. So wurden aus den ehemals 43 Kategorien in der modifizierten Version 61 Kategorien. Dafür wurden während des Prozesses einige Kategorien entfernt, andere umbenannt und/oder zusammengefasst, und es wurden auch neue Kategorien gebildet. Abschließend wurden die einzelnen Items zunächst nach Häufigkeit des Auftretens im Interventionsbereich gekennzeichnet.

Nach mehreren weiteren Überarbeitungen besteht eine für das stationäre Setting im Krankenhaus aktualisierte Version des Inventars, mit dem die derzeitigen Tätigkeiten abgedeckt sind. Das bot eine weitere Voraussetzung für die präzisere Ableitung von potentiellen Use Cases für die Datenbrille.

Vergleich zwischen der Vollversion und dem Screening

Das TAA-KH-S (Selbstbeobachtungsversion) ist ein umfangreiches Instrument, das eine sehr ausführliche Analyse der Arbeitsqualität, der Arbeitsbedingungen und der daraus resultierenden Ressourcen und Stressoren ermöglicht. Damit ist es aber auch ein Instrument, das in der Anwendung umfassende zeitliche und personelle Ressourcen bindet.

Daher führte Denitsa Goranova (FH-MS) im ersten Schritt einen Vergleich zwischen der Vollversion und dem Screening durch.

Ein Beispiel zur Reduktion der Voll- auf die Screeningversion:

		MW	SD	α
1.1.1	Automatisierung	3.43	0.65	.55
(1)	Bei seiner Arbeit auf dieser Station verrichtet man Aufgaben, bei denen man den Kopf abschalten kann*	4.26	0.95	.30
(2)	Man kann bei seiner Arbeit auf dieser Station die Pflege der Patienten ganz automatisch verrichten*	3.49	1.09	.30
(3)	Man hat bei seiner Arbeit auf dieser Station Aufgaben, die man schon in- und auswendig kennt*	2.50	1.00	.33
(4)	Bei seiner Arbeit auf dieser Station erledigt man Aufgaben ohne viel nachzudenken immer wieder auf dieselbe Art*	3.47	0.95	.42

Abb. 1 Vollversion (vgl. Büssing, Glaser, 2002, 219)

MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; α : Cronbachs Alpha der Skalen bzw. Itemtrennschärfe (Items werden umgepolt)

		MW	SD	α
1.1.2	Automatisierung	3.00	0.88	.58
(2)	Man hat bei seiner Arbeit auf dieser Station Aufgaben, die man schon in- und auswendig kennt *	2.36	1.05	.41
(3)	Bei seiner Arbeit auf dieser Station erledigt man Aufgaben ohne viel nachzudenken immer wieder auf dieselbe Art *	3.64	1.05	.41

Abb. 2 Screening (vgl. Büssing, Glaser, 2002, 263)

Die Reduzierungen der Anzahl der Items pro Dimension erfolgte anhand der Item-Trennschärfen.

Die Verfahrensbereiche (TAA-KH-S)

Im August 2021 schlossen wir die zusammenfassende Beschreibung aller fünf Verfahrensbereiche ab. Schon die folgende Auflistung verdeutlicht deren Relevanz hinsichtlich von Aspekten, die im Projekt PARCURA insgesamt eine zentrale Rolle spielen und auch in engem Zusammenhang mit dem Thema „Gute Arbeit“ stehen.

Hier die Verfahrensbereiche im Überblick:

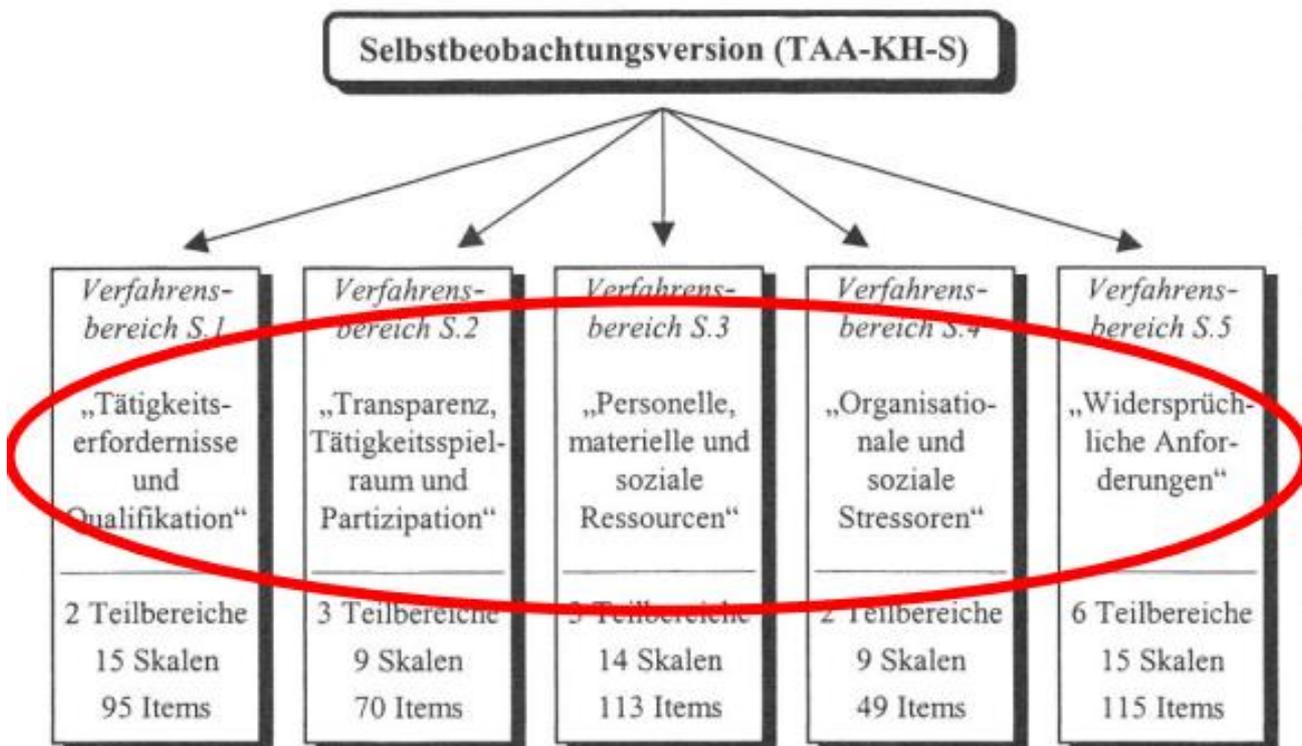


Abb. 3: Selbstbeobachtungsversion TAA-KH-S (Büssing, Glaser, 2002, 41)

Hier einzelne **Beispielitems** zu den Verfahrensbereichen:

S. 1 „Tätigkeitserfordernisse und Qualifikation“

(5) Bei seiner Arbeit auf dieser Station hat man immer wieder eine Vielzahl unterschiedlicher

Aufgaben zu verrichten. /1.1.2 Variabilität/

S. 2 „Transparenz, Tätigkeitsspielraum und Partizipation“

(115) Man weiß bei seiner Arbeit auf dieser Station über den Aufgabenbereich der Stationen anderer Abteilungen Bescheid. /2.1.3 Transparenz der Organisation

S. 3 „Personelle, materielle und soziale Ressourcen“

(185) Die Ausstattung der Station mit Aufenthaltsbereichen für Patienten ist angemessen. /3.2.1 Räumliche, materielle Ausstattung

S. 4 „Organisationale und soziale Stressoren“

(285) Auf dieser Station werden immer wieder Patienten aufgenommen, die auf andere Stationen bzw. in andere Einrichtungen gehören. /4.1.2 Belegung der Station

S. 5 „Widersprüchliche Anforderungen“

(380) Man muss bei seiner Arbeit auf dieser Station in einem Notfall Tätigkeiten verrichten, für die man nicht ausreichend geübt ist. /5.4.1 Lernbehinderungen in Notfallsituationen

Die einzelnen Verfahrensbereiche sind weiter differenziert in Dimensionen (Skalen). Unsere Zusammenfassung im Anhang enthält die wichtigsten Informationen über den Fokus jedes Verfahrensbereichs, sowie auch kurze Darstellungen der zugeordneten Dimensionen (Skalen) und Subkategorien (vgl. Anlage 1).

Weitere Anforderungen, Kooperationen und Ergebnisse im Kontext des Projektes PARCURA

5

Einen wichtigen Arbeitsschritt in der Bearbeitung des TAA bildete der Vergleich des TAA-KH-S (Selbstbeobachtungsversion) mit einer Fragensammlung, die von Robert Tschiedel (TAT) erstellt und an die Projektpartner übergeben worden war.

Diese Fragensammlung umfasste Fragen, Anmerkungen und Orientierungspunkte hinsichtlich der Einführung der Datenbrille. Die Fragen sind in Kategorien gegliedert, z.B.:

- ✓ **Transferierbarkeit:** „Wie funktioniert bei dringendem Bedarf eine Unterstützung bei pflegerischen Tätigkeiten?“
- ✓ **Hemmnisse und Treiber:** „Gibt es in der baulichen / räumlichen / technischen Ausstattung der Station absehbare Vorteile für die Einführung der Datenbrille?“

Die Fragensammlung stellte einen Rahmen für die berücksichtigten Faktoren, Befürchtungen und Erwartungen dar, die sich zum Teil auch im TAA-KH-S zeigten. Dieser Schritt ermöglichte es uns, die Erkenntnisse und die bisherigen Anmerkungen und Ergebnisse von TAT und FH-MS - wo möglich - gedanklich zu verknüpfen und diente zur Überprüfung, inwieweit der TAA-KH-S die interessierenden Anmerkungen und Forschungsfragen von TAT abdeckt.

Sie waren darüber hinaus Diskussionsgegenstand beim o.g. Workshop zum Stand (krankenhausspezifischer) Arbeitsplatzforschungen und Forschungsmethoden mit dem TAT, in dessen Rahmen auch für die über die Interventionsbereiche hinausgehenden, organisationsbezogenen Fragestellungen, Quellen und zu nutzende Dokumente diskutiert wurden.

Bereichs- und arbeitsplatzspezifische Fragestellungen, so wie Erwartungen und Befürchtungen in Zusammenhang mit der Einführung der Datenbrille wurden inzwischen auch in anderen Analyseverfahren aufgegriffen und/oder vertieft (z.B. Auftaktworkshops, Analyseworkshops der HRW, teilnehmende Beobachtungen durch HRW und FHM, ...).

Weitere Arbeitsschritte, offene Fragen und Diskussionspunkte

Zum Austausch mit den anderen Projektpartnern und für die Öffentlichkeitsarbeit wurden verschiedene Arbeitspapiere erstellt und Präsentationen vorbereitet, die aufgrund (coronabedingter) eingeschränkter Austauschmöglichkeiten und anderer Prioritätensetzungen nicht umfassend diskutiert werden konnten.

Darüber hinaus war unsere Forschungsgruppe erst im März 2021 komplett: In enger Abstimmung im Team wurden Ergebnisse neu zusammengefasst und zielgruppenspezifisch aufbereitet.

Eine zuletzt für den Workshop am 19.11.21 vorbereitete Präsentation enthielt bspw. Informationen über:

- ✓ Verlauf, Ergebnisse und Relevanz der beiden Moderationssitzungen in SFH (20.10.2020) und MJH (21.10.2020)
- ✓ Darstellung des Instruments – Versionen des Verfahrens (TAA-KH-S/TAA-KH-O sowie auch Vollversion und Screening), grundlegende Theorien und Aufbau
- ✓ Unsere Vorgehensweise und bisherige Auseinandersetzung mit dem Verfahren
- ✓ Detaillierte Darstellung der einzelnen Verfahrensbereiche – Kurzdarstellung der zugeordneten Kategorien (+Beispielitems)

So konnten unsere Ansprüche an eine partizipative Forschung mit allen Forschungspartnern sowie bezogen auf Transparenz über Vorgehensweisen und Ergebnisse bislang nur bedingt eingelöst werden.

Reflexion und Fazit

Das TAA bietet auf Grundlage der Komplexität und methodischen Qualität sowie des modularen Aufbaus gute Ansatzmöglichkeiten zur Analyse der unterschiedlichen Organisationsbereiche und der entsprechenden Arbeitstätigkeiten und Anforderungen im Krankenhaus. Es analysiert den Zusammenhang zwischen dem arbeitenden Individuum und den Tätigkeitsmerkmalen, die den Arbeitsprozess kennzeichnen. Auf Basis des Pflegeprozessmodells erfolgt auch eine differenzierte Gliederung der Phasen des pflegerischen Handelns. Auf Basis der Handlungsregulationstheorie werden im Rahmen des Verfahrens die arbeitsbezogenen Ressourcen und Belastungen gegliedert und analysiert. Das TAA bildet ein sehr breites Spektrum an Themen (z.B. Ressourcen, Stressoren, Transparenz, Qualifikation, Tätigkeitsspielraum etc.) ab, und ist gut geeignet, für die Unterschiedlichkeit von Arbeitsplätzen und Rahmenbedingungen in der Organisation Krankenhaus zu sensibilisieren.

Vor dem Hintergrund der enormen Veränderungsdynamiken in den Krankenhäusern, informationstechnischer Innovationen und anderer inzwischen etablierter Anforderungen besonders bezogen auf Dokumentation, Berichterstattung, regelmäßig zu nutzende Befragungstools und Entwicklungen im Qualitätsmanagement, existieren heute aber sehr viel umfassendere Datenquellen, die im Rahmen von Arbeitsplatz- und Organisationsanalysen herangezogen werden können.

Durch die frühe Festlegung in PARCURA auf die Interventionsbereiche und den Focus auf eine bestimmte technische Innovation waren zentrale Fragestellungen außerdem durch niedrigschwelligere Verfahren (teilnehmende Beobachtung, Workshops etc.) gut abbildbar.

Ob einzelne Dimensionen des TAA in Zusammenhang mit der Wirkungsanalyse und Evaluation herangezogen werden, wird zwischen den Forschungspartnern noch abgestimmt.

Aufwand, Erkenntnisinteressen und Ergebnisse sind außerdem gerade vor dem Hintergrund der Personalsituation und Arbeitsanforderungen (nicht nur) in der Krankenhauspflege sorgfältig abzuwägen, damit (partizipative) Forschungs- und Interventionsprozesse nicht ihrerseits mehr

zusätzliche Stressoren bedeuten als Arbeitserleichterungen.

Literatur:

Büssing, A. (1993): Analyse von Qualifikationsanforderungen in der Krankenpflege. Eine vergleichende Untersuchung zwischen Psychiatrischem und Allgemeinkrankenhaus. In: BADURA/FEUERSTEIN/SCHOTT (Hrsg.): System Krankenhaus. Weinheim, München. Juventa Verlag

Büssing, A., Glaser, J. (2002): Das Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus - Selbstbeobachtungsversion (TAA-KH-S). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle. Hogrefe Verlag.

Feuerstein, G.; Badura, B. (1991), Patientenorientierung durch Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Zur Technisierung, Organisationsentwicklung, Arbeitsbelastung und Humanität im modernen Medizinbetrieb. Gutachten im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf

Müller, B.; Münch, E., Badura, B. (1997): Gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung im Krankenhaus. Entwicklung und Evaluation von Gesundheitszirkeln als Beteiligungs- und Gestaltungsmodell. Weinheim, München, Juventa Verlag

Anlage 1

Denitsa Goranova, B. Sc.,

FH Münster, FB Gesundheit, MDH

Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus I TAA-KH I Verfahrensbereiche

Im Folgenden wird eine zusammenfassende Beschreibung der fünf Verfahrensbereiche des TAA-KH dargestellt. Die Auflistung betont die Aspekte, die im Projekt PARCURA insgesamt eine zentrale Rolle spielen.

Im Weiteren wird die Selbstbeobachtungsversion des Instruments vorgestellt, und dabei werden neben der inhaltlichen Beschreibung der einzelnen Verfahrensbereiche auch die dazu gehörigen Unterkategorien und je ein Beispielitem pro Verfahrensbereich präsentiert.

Die jeweiligen Beispielitems stammen aus der Vollversion des Verfahrens (Büssing & Glaser, 2002) und wurden zufällig ausgewählt.

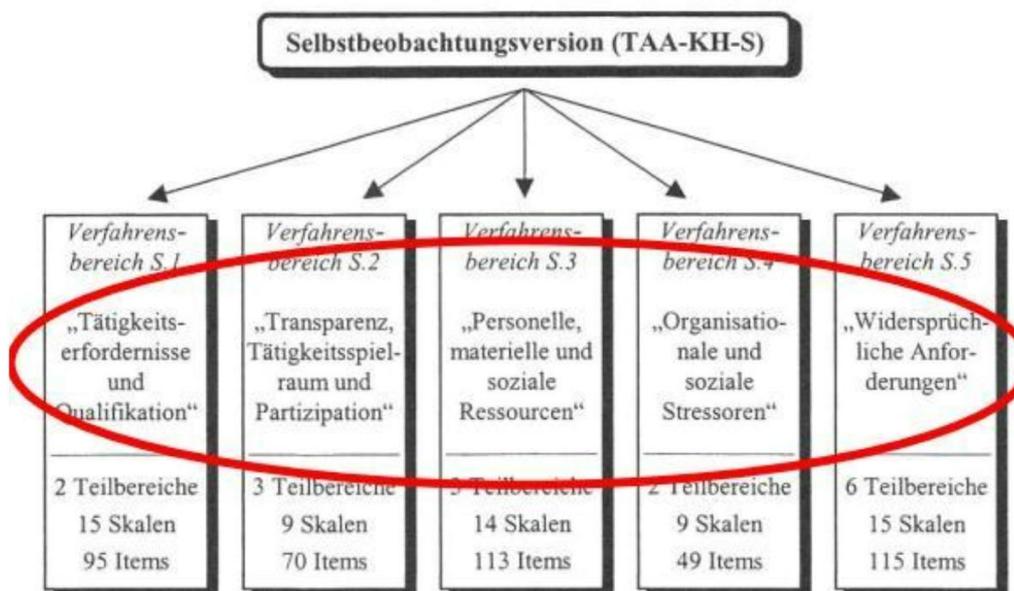


Abb. 1 TAA-KH-Selbstbeobachtungsversion Verfahrensbereiche (Büssing & Glaser, 2002)

I. Tätigkeitserfordernisse und Qualifikation

1.1. Tätigkeitserfordernisse: *Automatisierung, Variabilität, Informationsverarbeitung, Komplexität, Entscheidung, Problemlösen, Verantwortung*

Der Teilbereich umfasst ein breites Spektrum an Anforderungen als wesentliche Merkmale vollständiger Tätigkeit. Psychische Anforderungen sind nicht nur für das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit wichtig, sondern sie fördern auch die kognitive und motivationale Entwicklung. Erforderliche

geistige Leistungen in der Arbeitstätigkeit (kognitive Anforderungen) werden im TAA-KH vor allem mit den Merkmalen Automatisierung, Informationsverarbeitung, Entscheidung und Problemlösen behandelt. Mit diesen Aspekten lassen sich wesentliche Prozesse der psychischen Regulation von Tätigkeiten auf unterschiedlichen Ebenen abbilden. Die Konstrukte sind zu unterschiedlichen Ebenen der Handlungsregulation bzw. zu unterschiedlichen Stufen kognitiver Anforderungen zugeordnet.

(5) Bei seiner Arbeit auf dieser Station hat man immer wieder eine Vielzahl unterschiedlicher Aufgaben zu errichten. /1.1.2 Variabilität/

1.2. Qualifikation: Qualifikatorische Voraussetzungen, Lernerfordernisse, Qualifizierungsmöglichkeiten, Angemessenheit der Qualifikation

Qualifikation lässt sich definieren als „die Gesamtheit der an ein bestimmtes Individuum gebundenen und auf sein Arbeitshandeln bezogenen Fähigkeiten, Kenntnisse und Fertigkeiten...“. Dieser Teilbereich umfasst die Kompetenz, die es dem Menschen ermöglicht, mehr oder minder komplexen Funktionsbündeln gerecht zu werden, die als Folge arbeitsorganisatorischer Entscheidungen an Arbeitsplätzen anfallen. Qualifikation wird damit als eine personenbezogene Ergänzung zu den beruflichen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnisse verstanden. Anforderungen an die Qualifikation unterliegen einer fortlaufenden Veränderung. Der Teilbereich umfasst prozessgebundene (z.B. Erfordernisse des Arbeitsprozesses), prozessunabhängige (auf andere Arbeitsbereiche übertragbare allgemeine Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnisse, z.B. Flexibilität) und prozessbegleitende, im Kontext einer Arbeitstätigkeit erlernbare/trainierbare Qualifikationen. Außerdem wird der Fokus auch auf die Kompetenzentwicklung gelegt. Die vorhandenen Lernmöglichkeiten und die Gestaltung von Arbeitsprozessen als potentielle Lernprozesse stellen die entscheidenden Voraussetzungen zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit und Gesundheit der Arbeitstätigen dar.

(55) Bei seiner Arbeit auf dieser Station ist es immer wieder erforderlich, dass man seine geistigen Fähigkeiten erweitert (z.B. Analysieren, Schlussfolgern). /1.2.2 Lernerfordernisse/

II. Transparenz, Tätigkeitsspielraum und Partizipation

2.1. Transparenz: Transparenz der Aufgaben, Transparenz der Stationsaufgaben, Transparenz der Organisation, Transparenz des Informationsflusses, Transparenz der zeitlichen Abläufe

Bei der Transparenz handelt es sich um ein Merkmal im Übergangsbereich zwischen Arbeitstätigkeit und Organisation, das meist aus einer subjektiven „Erlebenssicht“ der Mitarbeiter betrachtet und präziser als „arbeitsbezogenes Transparenzerleben“ bezeichnet wird. Im Vordergrund der Analyse der Transparenz mit dem TAA-KH steht die bedingungsbezogene (auf das Arbeitssystem gerichtete) Verfügbarkeit von Informationen. Transparenz stellt eine notwendige Voraussetzung für zielgerichtetes Handeln und damit auch für Kontrolle in der Arbeit dar. Der Teilbereich bedeckt ein breites Spektrum an Dimensionen von der Durchschaubarkeit der eigenen Aufgaben und der gesamten Organisation, bis zu der Vorhersagbarkeit von Arbeitsprozessen und Informationen. Wichtige Aspekte der Transparenz sind demnach auch Kenntnisse über den Informationsfluss und die zeitlichen Abläufe in der eigenen Arbeit und darüber hinaus Kenntnisse über die angrenzenden Arbeitsbereiche in der Organisation.

(115) Man weiß bei seiner Arbeit auf dieser Station über den Aufgabenbereich der Stationen anderer Abteilungen Bescheid. /2.1.3 Transparenz der Organisation/

2.2. Tätigkeitsspielraum: Entscheidungsspielraum, Handlungsspielraum, Gestaltungsspielraum

Einflussmöglichkeiten bzw. Spielräume stehen in allen Konzepten, die sich mit Kriterien einer humanen Arbeit befassen, an zentraler Stelle. Im „Job Characteristics Model“ von Hackmann und Oldham (1976) spielt Autonomie am Arbeitsplatz für die Entwicklung einer hohen intrinsischen Motivation eine entscheidende Rolle. Das Konzept des Tätigkeitsspielraums geht auf den Begriff des Handlungsspielraums zurück. Es wird zwischen den Fassetten des Tätigkeitsspielraums und des Entscheidungs- und Kontrollspielraums. Im Sinne einer tätigkeitstheoretisch verankerten Begriffsbildung wurden später diese Dimensionen unter den Begriff „Tätigkeitsspielraum“ subsumiert und um die Facette des Gestaltungsspielraums erweitert.

(135) Auf dieser Station kann man selbst festlegen, wie man seine Arbeit erledigt. /2.2.1 Handlungsspielraum)

2.3. Partizipation: Partizipationsmöglichkeiten

Der Teilbereich umfasst die Gesamtheit der Formen und Intensitäten, mit denen Individuen, Gruppen, Kollektive durch selbstbestimmte Wahl möglicher Handlungen ihre Interessen sichern. Die Partizipationsmöglichkeiten sind als Möglichkeiten zur kollektiven Einflussnahme auf die Arbeitsaufträge und deren Rahmenbedingungen definiert, d.h. kollektive Möglichkeiten zur Einflussnahme auf Aufgaben, Verfahrensweisen, Arbeitsmittel und Arbeitsabfolgen. Partizipationsmöglichkeiten fördern den Kompetenzerwerb sowie auch das Anspruchsniveau der Arbeitenden (in individueller Hinsicht) und haben einen positiven Einfluss auf die Produktivität und Wirtschaftlichkeit der Organisation (in organisationaler Hinsicht).

(155) Bei seiner Arbeit auf dieser Station kann man über die Urlaubserledigung mitentscheiden. /2.3.1 Partizipationsmöglichkeiten/

III. Personelle, materielle und soziale Ressourcen

3.1. Personelle Ressourcen: Stationspersonal, Stationsübergreifende Dienste

Zur Erfassung der personellen Ressourcen werden zwei Skalen für die Personalbereiche Stationspersonal und stationsübergreifende Dienste entwickelt.

(170) Die personelle Ausstattung mit Aushilfen/Praktikanten ist auf dieser Station angemessen. /3.1.1 Stationspersonal/

3.2. Materielle Ressourcen: Räumliche und materielle Ausstattung

Materielle Ressourcen setzen sich aus Aspekten der Auf- und Verteilung von Räumen, der Einrichtung von Räumen, der Ausstattung mit Geräten und Hilfsmitteln sowie der sanitären Einrichtungen zusammen. Materielle Ressourcen sind in der Pflege von großer Bedeutung, da sie eng mit Aspekten der Ergonomie und mit spezifischen Belastungen zusammenhängen.

(185) Die Ausstattung der Station mit Aufenthaltsbereichen für Patienten ist angemessen. /3.2.1 Räumliche und materielle Ausstattung/

3.3. Soziale Ressourcen: *Rückmeldung durch Stationsschwester/-pfleger, Kooperation/Kommunikation, Soziales Klima*

Der Teilbereich setzt sich aus drei Modulen zusammen, die es ermöglichen, die kooperativen Bezüge in der Pfl egetätigkeit, sowie auch das soziale Klima aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten. Zentrales Element dieses Teilbereichs ist eine bedingungsbezogene Analyse der Kooperations- und Kommunikationsbeziehungen zwischen verschiedenen Berufsgruppen. Zwei weitere Komponenten, nämlich die Analyse des sozialen Klimas und der Rückmeldung durch die Stationsleitung einerseits und die Analyse von sozialen Stressoren andererseits, ergänzen die Analysemodule zu den Kooperations- und Kommunikationsbeziehungen.

(195) Die Stationsschwester/der Stationspfleger gibt Einem Rückmeldung darüber, wie man sich gegenüber den Patienten verhält. /3.3.1 Rückmeldung durch Stationsschwester/-pfleger/

IV. Organisationale und soziale Stressoren

4.1. Organisationelle Stressoren: *Arbeitsmittel, Belegung der Station, Unsichere Informationen, Personalmangel, Fluktuation/Fehlzeiten*

Zum einen handelt es sich in diesem Verfahrensbereich um belastende Arbeitsaspekte und organisatorische Probleme bei der Beschaffung von Arbeitsmitteln und der Beseitigung von Mängeln an diesen Arbeitsmitteln. Aufgrund der ständigen Belegung einer Station mit Patienten gilt vielfach als oberstes Prinzip, die Auslastung der Station möglichst hoch zu halten. Ein weiterer Aspekt, der im Fokus dieses Verfahrensbereichs steht, ist die Zuverlässigkeit der Informationen. Die Bedeutung von unsicheren Informationen/Gerüchten lässt sich auf informatorische Erschwerungen und auf eine unzureichende Transparenz des Informationsflusses zurückzuführen. Im Rahmen des Verfahrensbereichs wird auch die personelle Ausstattung mit wichtigen Berufsgruppen auf der Station untersucht. Neben der personellen Ausstattung werden im Rahmen des TAA-KH Fluktuation und Fehlzeiten auch als potentielle Belastungsquelle verstanden.

(285) Auf dieser Station werden immer wieder Patienten aufgenommen, die auf andere Stationen bzw. in andere Einrichtungen gehören. /4.1.2 Belegung der Station/

4.2. Soziale Stressoren: *Kollegen/-innen, Stationsschwester/-pfleger, Ärzte/-innen, Patienten/-innen*

Die Tätigkeit im Krankenhaus und insbesondere die Krankenpflege als eine Tätigkeit mit hohen Kooperations- und Kommunikationserfordernissen wirft Fragen nach dem Umfang sozialer Stressoren auf. Neben den Kollegen und den Vorgesetzten spielen für soziale Stressoren zwei weitere Bezugsgruppen eine entscheidende Rolle: die Patienten und die Ärzte. Soziale Stressoren in der Interaktion mit Kollegen und mit der Stationsleitung können den Ablauf der Teamarbeit und das soziale Klima auf der Station empfindlich stören. Aber auch von Kontakt mit den Patienten kann ein erhebliches Potenzial an sozialen Stressoren für die Pflege ausgehen, die sich in Ergebnissen zur Belastungssituation in der Pflege wiederfindet.

(305) Bei seiner Arbeit auf dieser Station muss man ausbaden, was Kollegen/-innen falsch machen. /4.2.1 Soziale Stressoren: Kollegen/-innen/

V. Widersprüchliche Anforderungen

5.1. Aufgabenspezifische Überforderungen: *Krankheiten/Patienten, Arbeitsumgebung/Arbeitsplatz*

Aufgabenspezifische Überforderungen sind Arbeitsbedingungen, die das Arbeitshandeln behindern. Diese nicht unmittelbar an den spezifischen Arbeitsauftrag gebunden. Solche Überforderungen werden etwa auch von anderen Berufsgruppen auf der Station, die die spezifische Aufgabe nicht ausführen, erlebt oder ertragen. Unter aufgabenspezifischen Überforderungen sind ungünstige Umgebungsbedingungen bzw. ergonomisch unzureichende Arbeitsbedingungen zu verstehen. Außer der Gestaltung der Arbeitsumgebung gehören auch bestimmte Krankheitsbilder sowie Verhaltens- und Persönlichkeitsmerkmale von Patienten zu den potentiellen Belastungsquellen, durch die Pflegende in belastende Konflikte geraten.

(340) Bei seiner Arbeit auf dieser Station ist man immer wieder Lärm ausgesetzt. /5.1.2 Arbeitsumgebung/Arbeitsplatz/

5.2. Aufgabenimmanente Überforderungen: *Zeitdruck bei unspezifischen zeitlichen Festlegungen, Zeitdruck bei spezifischen zeitlichen Festlegungen*

Im Unterschied zu aufgabenspezifischen Überforderungen, stellen aufgabenimmanente Überforderungen Formen von Arbeitsbelastungen dar, die weder abbaubar noch zu umgehen sind, die jedoch aus dem spezifischen Arbeitsauftrag resultieren bzw. an die konkreten Arbeitsaufgaben der Pflegekräfte gebunden sind. Darunter ist insbesondere der Zeitdruck als ein ganz zentrales Merkmal der Krankenpflege gemeint, der aus zeitlich spezifischen und unspezifischen Aufträgen resultieren kann.

(355) Man hat bei seiner Arbeit auf dieser Station zu viel zu tun, weil immer wieder Patienten nicht auf andere Stationen verlegt werden können. /5.2.1 Zeitdruck bei unspezifischen zeitlichen Festlegungen/

5.3. Widersprüche zwischen Aufgabenzielen: *Widersprüchliche Aufgabenziele*

Widersprüche zwischen den unterschiedlichen Aufgabenzielen können sich sowohl auf formelle als auch auf informelle Vorgaben und Erwartungen beziehen. Widersprüchliche Aufgabenziele liegen dann vor, wenn „Unvereinbarkeiten zwischen expliziten und impliziten Erwartungen in Bezug auf Arbeitsergebnisse und Ausführungsweisen“ bestehen. Diese Erwartungen können sich auf die Prozessebene (z.B. Sicherheit, Schnelligkeit, Flexibilität etc.) und auf die Produktebene (z.B. Menge oder Qualität) beziehen.

(370) Bei seiner Arbeit auf dieser Station erhält man so viele Aufgaben, dass die Qualität der Pflege darunter leidet. /5.3.1 Widersprüchliche Aufgabenziele/

5.4. Widersprüche zwischen Aufgaben und Aneignungsbedingungen: *Lernbehinderungen in Standardsituationen, Lernbehinderungen in Notfallsituationen*

Widersprüche zwischen Aufgaben und Aneignungsbedingungen werden auch als Lernbehinderungen bezeichnet. Es handelt sich hier um Diskrepanzen zwischen Anforderungen, die sich in Form von Arbeitsaufträgen an die Pflegekraft stellen und den Aneignungsbedingungen, d. h. den Möglichkeiten, die sich zum Erwerb und zur Anpassung ihrer Kompetenz an diese Anforderungen bieten. Im Rahmen

des Teilbereichs wird zwischen Standard- (Erschwerungen bei der Aneignung von Kompetenzen) und Notfallsituationen unterschieden.

(380) Man muss bei seiner Arbeit auf dieser Station in einem Notfall Tätigkeiten verrichten, für die man nicht ausreichend geübt ist. /5.4.1 Lernbehinderungen in Notfallsituation/

5.5. Widersprüche zwischen Aufgaben und Ausführungsbedingungen: *Informatorische Erschwerungen, Motorische Erschwerungen, Unterbrechungen durch Person, Unterbrechungen durch Funktionsstörung, Unterbrechungen durch Blockierungen*

Im Teilbereich werden Regulationserfordernisse in der Pflege untersucht. Damit sind solche Formen von Belastungen gemeint, die einen direkten Einfluss auf die geforderte Regulation des Arbeitshandelnden haben und ihm kurzfristige Reaktionen im Sinne von erhöhtem Handlungsaufwand, Neubeginn des Arbeitshandelns oder riskantem Arbeitshandeln abverlangen. Regulationserfordernisse bzw. Widersprüche zwischen Aufgaben und Ausführungsbedingungen lassen sich weiter unterteilen in informatorische Erschwerungen (Beschränkungen im Informationsverarbeitungsprozess), motorische Erschwerungen (z.B. belastende Körperbewegungen) sowie in der Art von Unterbrechungen: durch Person, durch Funktionsstörung (z.B. Missachtung von Sicherheitsvorkehrungen) und durch Blockierungen (z.B. begrenzte Verfügbarkeit von Informationen/Arbeitsmitteln).

(390) Bei seiner Arbeit auf dieser Station erhält man häufig unklare Aufträge. /5.5.1 Informatorische Erschwerungen/

5.6. Folgen widersprüchlicher Anforderungen: *Fehlhandlungen/riskantes Handeln, Zusatzaufwand, Zusätzlicher Handlungsaufwand, Erhöhter Handlungsaufwand*

Überforderungen und Bedrohung stellen intrapsychische Bewältigungsmuster im Umgang mit arbeitsbezogenen Belastungen dar. Hingegen sind die Bewältigungsformen aktiven Handelns, also der Zusatzaufwand und das riskante Handeln beobachtbar und damit einer bedingungsbezogenen Analyse eher zugänglich. Der Teilbereich umfasst die Folgen widersprüchlicher Anforderungen, die sich in einer Verzerrung der Bewältigungsstrategien äußern.

(433) Man muss bei seiner Arbeit auf dieser Station immer wieder Tätigkeiten neu beginnen, weil man unterbrochen wurde. /5.6.2. Zusatzaufwand/

Literatur:

Büssing, A., & Glaser, J. (2002). *Das Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus - Selbstbeobachtungsversion. (TAA- KH- S)*. Hogrefe-Verlag.