

Partizipation ist Mehrwert?!

Brigitte Müller M.A.
FH Münster

Inhaltsverzeichnis

1 Einordnung	2
2 Definitionen, Kontexte, Entwicklungen	3
3 Partizipation und Krankenhaus – Impulse durch die WHO	3
4 Krankenhäuser – Kein Arbeitsplatz wie jeder andere	4
5 Partizipative Arbeitsplatzgestaltung und Qualitätsförderung im Krankenhaus – Ansätze, Erfolge, Erfahrungen.....	5
6 Partizipation im Projekt PARCURA	6
7 Das Team der FH Münster	7
8 Partizipation konkret – Blitzlichter.....	7
8.1 Die Auftaktworkshops	7
8.2 Teilnehmende Beobachtung und Mitarbeit in Arbeitsgruppen	8
8.3 Die Workshops zu den Einsatzfeldern "Mensch hilft Mensch" und "System hilft Mensch".....	9
9 Partizipative Forschung – Möglichkeiten und Grenzen.....	11
10 Fazit: Was in Bezug auf Partizipation warum (nicht) erreicht werden konnte	11
Literatur und Quellen.....	14
Die Autorin.....	15

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



Zusammen. 
Zukunft.
Gestalten.

1 Einordnung

"Partizipative Einführung von Datenbrillen in der Pflege im Krankenhaus" war der Kurztitel des vom Bundesforschungsministerium (BMBF) und dem Europäischen Sozialfonds (ESF) im Rahmen des BMBF-Förderschwerpunkts "Arbeiten an und mit Menschen" im Zeitraum von 2020 bis 2023 geförderten Forschungsprojekts PARCURA.

Drei Forschungs- und drei Umsetzungspartner waren an dem Projekt beteiligt. Zu den Umsetzungspartnern gehörten das St. Franziskus-Hospital, Münster, das Maria-Josef-Hospital Greven sowie der IT-Dienstleister der beiden Häuser, die FACT IT GmbH, Bremen. Zu den Forschungspartnern gehörten neben dem Institut Positive Computing der Hochschule Ruhr West (HRW), Bottrop, der TAT Technik Arbeit Transfer gGmbH, Rheine, der Fachbereich Gesundheit der FH Münster.

Der Fachbereich Gesundheit ist einer von 12 Fachbereichen an der FH Münster. Er wurde 1994 als Beitrag zur Gestaltung einer neuen und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung durch die Gesundheitsberufe gegründet. Interdisziplinäres und multiprofessionelles Arbeiten stehen im Mittelpunkt der Studiengänge, Forschungs- und Praxisprojekte, Weiterbildungsangebote und Kooperationen. Zu den Kooperationspartnern gehört u. a. auch das St. Franziskus-Hospital Münster. Geplante Aufgaben im Projekt PARCURA waren die partizipative Analyse, Konzeption und Unterstützung der Qualifizierungsaufgaben und arbeitsorganisatorischen Prozesse sowie die Wirkungsanalyse des partizipativen Prozesses.

Anspruch und Umsetzungschancen einer partizipativen Arbeits- und Organisationsgestaltung im "System Krankenhaus" sind seit Beginn der 1990er-Jahre Themen, die u.a. durch europäische und nationale Kampagnen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie durch die seinerzeit erstmalig in Deutschland etablierten gesundheitswissenschaftlichen Studiengänge befördert wurden. In den seinerzeit durchgeführten Forschungs- und Interventionsprojekten in Krankenhäusern bildeten Aaron Antonovskys Konzept der Salutogenese und Erkenntnisse aus der Stressforschung wichtige Grundlagen.

Die Perspektivenerweiterung, Arbeit nicht nur als "krankmachend" in den Blick zu nehmen, sondern immer auch auf "gesundheitsfördernden" Aspekte von Arbeit zu schauen und die zu fördern, war auch in der und für die Organisation Krankenhaus eine große Herausforderung. Sie hatte auch zur Folge, dass Partizipation und Empowerment als zentrale Kategorien einen Bedeutungszuwachs erfuhren; neben den traditionellen Akteuren aus dem Arbeits- und Gesundheitsschutz und der betrieblichen Interessenvertretung übernahmen weitere externe und interne Akteur/innen neue Rollen und wurden dafür qualifiziert.

Dieser Bezugsrahmen und diese Erfahrungen bildeten für unser Team an der FH Münster eine wichtige Grundlage. Daher werden in den ersten Absätzen dieses Beitrags Impulse, Kontexte und Entwicklungen partizipativer Projekte im System Krankenhaus nachgezeichnet. Im zweiten Teil werden Blitzlichter auf unsere Vorgehensweisen und Methoden aufgezeigt und Möglichkeiten und Grenzen einer partizipativen Arbeits- und Organisationsgestaltung im Projekt PARCURA ebenso reflektiert wie die einer partizipativen Forschung.

2 Definitionen, Kontexte, Entwicklungen

Im DUDEN wird Partizipation mit "die Teilhabe, das Teilnehmen, das Beteiligtsein" übersetzt – das entspricht unserem alltagssprachlichen Verständnis. Daneben gibt es viele theoriebasierte, wissenschaftlich oder rechtlich normierte, politische oder methodische Bedeutungen von Partizipation. Das gilt für einige andere Begriffe auch, die auch im Projekt PARCURA relevant waren, wie z. B. Mitbestimmung, Moderation oder "gute Arbeit".

Deshalb zunächst ein Blick zurück: Beeinflusst durch internationale Entwicklungen gewann **Partizipation in der Bundesrepublik Deutschland** schon in den 1960er Jahren an Bedeutung. Die Forderungen nach und Modelle für partizipative Beteiligungsverfahren differenzierten sich weiter aus und wurden u. a. im Zuge der (außerparlamentarischen) Studentenbewegung und der Ankündigung "Wir wollen mehr Demokratie wagen." (Willy Brandt, 1969) forciert. Auf der Suche nach neuen Vorgehensweisen und nach gleichberechtigten Aushandlungsformen wurde Anfang der 1970er Jahre die "Moderationsmethode" entwickelt; Moderationen waren anfangs als mehrtägige Veranstaltung konzipiert.

Wichtige Diskussions- und Handlungsansätze in diesem Zusammenhang knüpften auch in den folgenden Jahrzehnten an **grundlegende Fragestellungen** an: Wie können z. B. ritualisierte Aushandlungsverfahren im politischen Kontext insgesamt und auf der betrieblichen Ebene abgeschwächt, zeitweise ergänzt oder überwunden werden?

Auf **betrieblicher Ebene** fanden in den 1980er Jahre die ersten **Gesundheitszirkelprojekte** in Industrieunternehmen im Rahmen des Förderprogramms "Humanisierung der Arbeitswelt" statt. Mitarbeitende sollten als "Experten in eigener Sache" in Problemanalysen und Lösungsentwicklungen am Arbeitsplatz einbezogen werden; sie wurden dabei durch außerbetriebliche Moderator/innen unterstützt.

3 Partizipation und Krankenhaus – Impulse durch die WHO

Ein weiterer wichtiger Diskussions- und Handlungsansatz ergab sich mit der **Ottawa-Charta der WHO (1986)**. Die Weltgesundheitsorganisation beschrieb einen erweiterten Gesundheitsbegriff und definierte verschiedene "Handlungsfelder". Dem erweiterten Gesundheitsverständnis der WHO lag das theoretische Konzept der **Salutogenese** von Aaron Antonowksy zugrunde. Sein Ansatz bot eine grundlegende **Perspektivenerweiterung**: Jetzt richtete sich die Frage nicht länger nur darauf, was Menschen krank macht, sondern auch darauf, was sie gesund erhält – unter anderem am jeweiligen Arbeitsplatz. Dabei rückten auch die sogenannten Kohärenzgefühle, also "Verstehbarkeit", "Sinnhaftigkeit" und "Handhabbarkeit" als gesundheitsförderliche Potentiale ins Blickfeld.

Der neue **Gesundheitsbegriff der WHO** umfasste sowohl das **körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden des Menschen** – dementsprechend umfassend ist auch das Verständnis, das sich z. B. in Begriffen wie "**gesunde Arbeit**" und "**gesundes Führungsverhalten**" spiegelt: Die (strategische) Bedeutung und die Erreichbarkeit von **Partizipation und**

Empowerment der Individuen als Einzelne und in ihren jeweiligen Lebens- und Arbeitszusammenhängen wurden zu zentralen Qualitätsmerkmalen in der Projekt- und Prozessgestaltung.

Im sogenannten "**Setting-Ansatz**" wurden auch Betriebe und andere Organisationen als soziale Settings und zentrale "Lebensumwelten" in den Blick genommen.

Die WHO hatte außerdem u. a. das **Handlungsfeld "Neuorientierung der Gesundheitsdienste"** definiert und Krankenhäusern in diesem Zusammenhang eine besondere Rolle zugeordnet. Das Krankenhaus als Arbeitsplatz und die Schaffung einer gesundheitsförderlichen Arbeitsumgebung bildeten dabei nur eines von mehreren zu erreichenden Merkmalen.

4 Krankenhäuser – Kein Arbeitsplatz wie jeder andere

Schnell wurde klar, dass **Arbeitsplätze in Krankenhäusern** nicht mit denen in anderen Unternehmen und Organisationen vergleichbar sind. Hier sind besondere Rahmenbedingungen und Organisationsmerkmale zu beachten: Krankenhäuser weisen zum einen nach innen äußerst komplexe Strukturen auf. Zum anderen sind sie Bestandteil eines komplizierten Geflechts interner und externer Anforderungen, Kooperationen und Konkurrenzen, Ziel- und Interessenkonflikte. Seit Beginn der 1990er-Jahre sind Krankenhäuser außerdem durch grundlegende gesetzliche Weichenstellungen einem starken Ökonomisierungsdruck und einer massiven Veränderungsdynamik ausgesetzt.

Parallel zum Projekt PARCURA forderte die **Corona-Pandemie** darüber hinaus die Organisation Krankenhaus und die darin tätigen Menschen in vielfältiger Weise.

Im Förderschwerpunkt "**Arbeiten an und mit Menschen**" des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF), in dem auch das Projekt PARCURA angesiedelt ist, steht Arbeit mit direkter Interaktion im Fokus (vgl. BAuA 2020).

In Krankenhäusern bilden vielfältigste **direkte Interaktionen** seit jeher eine zentrale Anforderung und Aufgabe, sowohl innerhalb und zwischen Berufsgruppen als auch mit Patient/innen und Angehörigen und vielen anderen mehr, wie z. B. internen oder externen Dienstleistern im Bereich der ambulanten und stationären Pflege. Auch das ist seit vielen Jahren Gegenstand von Forschungen und Interventionen, u. a. mit Bezug auf Einflüsse durch eine zunehmende Technisierung (vgl. Feuerstein et al 1991).

Entsprechende Diskussionen und Ergebnisse finden sich in der Vergangenheit mit Bezug auf Arbeitsanforderungen, Arbeitsbedingungen und Interaktionserfordernisse aber eher unter den Themenschwerpunkten "Qualität personenbezogener Dienstleistungen" und/oder in Diskussionen über "Ausbildung und Fortbildung der Beschäftigten", z. B. unter den Ansätzen "Patientenorientierung" und "Shared Decision Making" und/oder unter "Kommunikation und Kooperation innerhalb und zwischen Berufsgruppen" – die Liste ließe sich problemlos fortsetzen.

5 Partizipative Arbeitsplatzgestaltung und Qualitätsförderung im Krankenhaus – Ansätze, Erfolge, Erfahrungen

Die Salutogenese, das erweiterte Gesundheitsverständnis und die neue Strategie der WHO bildeten vor mehr als 30 Jahren die Grundlage für Diskussionen, Modellprojekte und Netzwerke in Krankenhäusern auf europäischer und nationaler Ebene. Im November **1992** fand in Magdeburg die WHO-Tagung "**Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung in Betrieben, Krankenhäusern und Schulen**" statt.

Parallel dazu und im unmittelbaren Austausch mit diesen Entwicklungen wurde das bundesweit erste Forschungs- und Interventionsprojekt zur **gesundheitsförderlichen Arbeits- und Organisationsgestaltung im System Krankenhaus** konzipiert und umgesetzt. Es wurde von **1992–1995** durch die **Hans-Böckler-Stiftung** gefördert. In einem Krankenhaus der Maximalversorgung wurden hier Analysetools, Projektmanagementmethoden und Evaluationsansätze auf das System Krankenhaus übertragen. Auf Grundlage umfassender Analysen und im Anschluss an die Priorisierung von Einsatzbereichen im **Steuerkreis** wurden zunächst **ein Jahr lang berufsgruppen- und hierarchieübergreifende Gesundheitszirkel** in einer Kardiologischen Klinik und einer Dialyseabteilung erprobt und umfassend evaluiert (vgl. z. B. Müller, Münch, Badura 1997). Im gleichen Zeitraum fanden auch erste Qualitätszirkelprojekte in der Krankenhauspflege statt. Sie befassten sich u. a. mit mitarbeitenden-orientierten Arbeitszeitmodellen.

In den Folgejahren gab es zahlreiche, z. T. wissenschaftlich begleitete **Interventions- und Forschungsprojekte in Krankenhäusern** und anderen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, sowie Fachtagungen, in deren Rahmen die Ergebnisse und Effekte dieser Projekte beschrieben, fördernde Bedingungen und Stolpersteine herausgearbeitet sowie Nachhaltigkeit und Transfer diskutiert wurden. Die Projekte, die immer **Partizipation und Empowerment zur Grundlage** hatten, zielten u. a. auf veränderte, verlässlichere Dienstplangestaltungen, einen professionelleren Umgang mit Gewalt und Aggressionen im Krankenhaus, auf verbesserte Kommunikation und Kooperation innerhalb und zwischen Berufsgruppen, auf die gesundheitsförderliche Gestaltung von Reorganisationsprozessen oder den konstruktiven Umgang mit zunehmender Diversität bei Beschäftigten, Patient/innen und Angehörigen.

In nach gesundheitsförderlichen Prinzipien organisierten Projekten wurden auch institutionsübergreifend Erweiterungen in der Versorgungsstruktur erreicht und neue medizinische und pflegerische Angebote angestoßen und konzipiert. Anlass und Ausgangspunkt war häufig, dass Beschäftigte nicht mehr unter den gegebenen Arbeitsbedingungen arbeiten und ihre Arbeitszufriedenheit sowie die Qualität ihrer Arbeit und somit der Versorgung von Patient/innen (wieder) fördern wollten.

Voraussetzung für den Erfolg der Projekte war auch, dass Trägerorganisationen oder einzelne Krankenhäuser zeitliche, räumliche und andere Ressourcen für Partizipation und Empowerment der Beschäftigten zur Verfügung stellten, und die Projekte zumindest zeitweilig extern unterstützt und begleitet wurden. Für den Transfer von Projektergebnissen, die nachhaltige Sicherstellung des Erreichten, die Evaluation und eine weitere Qualitätssicherung wurden zum Teil interne Kompetenzen ausgeweitet sowie neue Rollen und Aufgaben verankert.

Förderliche und hemmende Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen, Nachhaltigkeit und Transfer sowie notwendige politische Weichenstellungen u. v. a. m. wurden in Netzwerken (z. B. inqa, DNBGF) sowie auf Fachtagungen diskutiert und sind u. a. in Expertisen und Beispielen guter Praxis dokumentiert (vgl. z. B. inqa, Gute Lösungen in der Pflege, 2005 und 2008, Müller 2012).

Erforderliche Grundlagen, Handlungsfelder, Strukturen und Prozesse, Methoden und Instrumente wurden bereits seit Anfang der 1990er Jahre auch in Fachpublikationen für die Organisation Krankenhaus beschrieben. Hingewiesen sei in diesem Zusammenhang auf die Veröffentlichungen von Grossmann/Scala (1994) und Rosenthal/Wagner (2004). Die Autoren knüpften dabei übrigens u. a. an Erfahrungen aus dem europäischen und dem deutschen WHO-Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser an.

Diese und weitere Ergebnisse bildeten z. T. auch die Grundlage veränderter Unterstützungs- und Qualifizierungsangebote durch Berufsgenossenschaften, Krankenkassen und Gewerkschaften für Mitarbeitende aus Krankenhäusern und aus anderen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens; sie flossen in die Neuorientierung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes ein (vgl. u. a. bgw-online.de, Müller 2017).

In Beiträgen zur sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung sind darüber hinaus inzwischen auch "Stufen des Kriteriums Partizipation" beschrieben, die für eine qualitative Einordnung von Vorgehensweisen herangezogen werden könnten (vgl. BZgA, 2021).

6 Partizipation im Projekt PARCURA

Im Projekt PARCURA war ein partizipatives Vorgehen ebenso festgeschrieben wie eine iterative Projektentwicklung.

Auf einer Metaebene lassen sich drei zentrale Aspekte benennen, die die Umsetzung eines abgestimmten, partizipativen und organisationsbezogenen Vorgehens massiv beeinflussten:

- Jeder der Projektpartner hatte sich in einer Kooperationsvereinbarung dazu verpflichtet, die für vom BMBF geförderten und vom Projektträger Karlsruhe (PTKA) betreuten Verbundprojektes zugewiesenen Projektmittel orientiert an den beschriebenen Aufgaben durchzuführen. Das beeinflusste die übergeordnete Projektsteuerung sowie die Abstimmung von Instrumenten und die Reihenfolge von Arbeitsschritten.
- Das Projekt startete 2020 unter Corona-Bedingungen: Über Monate waren Kooperationen mit projektexternen Mitarbeitenden in den beteiligten Krankenhäusern erschwert oder unmöglich. Die Zusammensetzung von Arbeitsgruppen und die Beteiligung der Projektpartner an Workshops orientierte sich dementsprechend im Projektablauf nicht primär an methodischen und wissenschaftlichen Kriterien, sondern häufig an maximalen Teilnehmendenzahlen, Raumgrößen und Abstandsregeln.

- Die Ersetzung oder Ergänzung von partizipativen Vorgehensweisen war schon deshalb überwiegend nicht durch EDV-gestützte Vorgehensweisen möglich, weil die Projektpartner/innen mit unterschiedlichen Systemen arbeiteten, die z. T. in den Modellkrankenhäusern schon aus Datenschutzgründen nicht eingesetzt werden durften.

Im Folgenden wird daher nur auf die Vorerfahrungen und die partizipativen Vorgehensweisen sowie Ergebnisse und Effekte eingegangen, die das Team der FH Münster verantwortet.

7 Das Team der FH Münster

Wie bei allen anderen Projektpartnern änderte sich auch die personelle Situation im Projektteam der FH Münster: Die einzige "Konstante" im Team bildete **Prof. Marcellus Bonato**. Er konzipierte, steuerte und begleitete schon seit den 1990er Jahren Innovationsprozesse in Krankenhäusern mit dem Schwerpunkt "Qualitätsmanagement".

Denitsa Goranova, Teammitglied seit Dezember 2020, bekam über ihr Studium der Personal- und Wirtschaftspsychologie an der Universität Münster Einblick in die Thematik und befasst sich in ihrer Masterarbeit mit dem Thema "Digital Readiness" (Goranova 2023).

Brigitte Müller ist ebenfalls seit den frühen 1990er Jahren mit dem Schwerpunkt einer gesundheitsförderlichen Arbeits- und Organisationsgestaltung sowie mit der Entwicklung und Umsetzung partizipativer Innovationsprojekte in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens befasst. Sie gehörte dem FH-Team seit März 2021 an.

Petra Huning, Projektmitarbeiterin von April 2021 bis Dezember 2021, brachte als gelernte Gesundheits- und Krankenpflegerin mit einem Zusatzstudium der Pflegepädagogik weitere einschlägige Vorerfahrungen und Kompetenzen in den Projektverlauf ein.

8 Partizipation konkret – Blitzlichter

8.1 Die Auftaktworkshops

Im Oktober 2020 fanden am St. Franziskus-Hospital (SFH) in Münster und am Maria-Josef-Hospital Greven (MJH) Treffen statt, bei denen zum einen in den jeweiligen Teams über das Projekt informiert werden sollte, und zum anderen Tätigkeiten von Pflegepersonen im Nachtdienst sowie Erwartungen und Befürchtungen an die Einführung von Datenbrillen aus Sicht der Mitarbeitenden erfasst werden sollten.

Für das Treffen in Münster, an dem 13 Personen teilnahmen, standen 1 ½ Stunden zur Verfügung, für das Treffen in Greven mit 9 Teilnehmenden 45 Minuten. Die Vorbereitungen auf die Sitzung wurden zwischen beteiligten Verbundpartnern abgestimmt.

Während im SFH zunächst Tätigkeiten erfasst wurden, entfiel diese Bestandsaufnahme aus Zeitgründen im MJH. In beiden Häusern widmete man sich danach den Erwartungen und Befürchtungen (Sorgen) der Anwesenden in Bezug auf das Projekt PARCURA und die Einführung einer Datenbrille.

Auffällig war u. a., dass in dem Krankenhaus, in dem es bereits eine elektronische Patientenakte gab, sich Schwerpunkte bei den Erwartungen und Befürchtungen z. T. deutlich anders darstellten als bei den Kolleg/innen des anderen Hauses.

Bemerkenswert war auch, dass bereits in den Auftaktworkshops zentrale Anforderungen beschrieben wurden, die bei der Auswahl des Datenbrillenmodells später eine zentrale Rolle spielten: Dabei ging es einmal um die Anwendbarkeit des Modells auch für Brillenträger/innen und um hygienische Aspekte beim Handling.

Die Bestandsaufnahmen wurden mit Moderationsmethoden erfasst, anschließend gebündelt und mit anderen Analyseinstrumenten abgeglichen. Dabei ging es u. a. um die Frage, ob wissenschaftlich validierte und für das Krankenhaus konzipierte Erhebungsinstrumente noch heute Strukturen und Prozesse sowie Tätigkeitsmerkmale adäquat abbilden können.

Eine genaue Beschreibung von allen Tätigkeiten in der Krankenhauspflege sollte die Basis für die Auswahl von möglichen Einsatzbereichen der Datenbrille liefern. Die Erhebung von Tätigkeiten wurde durch die Projektmitarbeiterinnen im SFH mit Unterstützung der FH Münster ausdifferenziert. Der Tätigkeitskatalog, der die Komplexität pflegerischer Arbeit eindrucksvoll abbildet, wurde ebenso für den Ergebnistransfer aufbereitet (Focke/Löckemann/Bonato 2022) wie die Darstellung des Verlaufs und der Ergebnisse aus den Workshops, die wir allen Projektpartner/innen und den Teilnehmenden an den Workshops zur Verfügung stellten (Müller 2021).

8.2 Teilnehmende Beobachtung und Mitarbeit in Arbeitsgruppen

Zwischenzeitlich hatten die Mitarbeitenden des Teams der FH Münster an den Bearbeitungsprozessen der anderen Forschungspartner zum Teil beobachtend teilgenommen, zum Teil aber auch Hospitationen durchgeführt und die Arbeitsprozesse in den Kliniken mit Unterstützung der internen Projektmitarbeiter/innen analysiert.

Bei den teilnehmenden Beobachtungen an den von der Hochschule Ruhr West (HRW) durchgeführten Workshops in den Projektkrankenhäusern und bei einer Präsentation der HRW im Rahmen einer Steuerkreissitzung wurde bestätigt, wie ähnlich Begründungen für und Vorgehensweisen in der Moderation von Workshops sind.

Petra Huning, selbst Pflegefachkraft, arbeitete außerdem in der Arbeitsgruppe mit, in der die HRW und Vertreter Pflege aus den beiden Krankenhäusern in einem intensiven Ko-Kreationsprozess einen speziell im Wundmanagement einsetzbaren Prototypen für die Datenbrille entwickelt haben. Über die Ergebnisse dieser Arbeiten wurde in einer Ausgabe des krankenhauses-internen Newsletters berichtet. Die Erfahrungen und Einschätzungen von Petra Huning zum partizipativen Vorgehen in diesem Kontext, zu Ergebnissen und Effekten waren u. a.

Gegenstand eines leitfadengestützten Interviews, das wir am 17.03.2022 mit ihr führten und aufzeichneten, um so Daten für eine Reflexion des partizipativen Vorgehens unter den Projektpartnern zu generieren.

8.3 Die Workshops zu den Einsatzfeldern "Mensch hilft Mensch" und "System hilft Mensch"

Nachdem eine Usability-Studie durchgeführt und bestätigt war, dass die Datenbrille nicht mehr im Projektzeitraum im Realbetrieb in die Arbeitsabläufe eingeführt werden könnte, gab es zwei wichtige Weichenstellungen:

- Die beteiligten Pflegefachpersonen aus Münster und Greven wurden in den weiteren Bearbeitungsprozess einbezogen.
- Die Mitarbeiter/innen der FH Münster übernahmen die weitere Bearbeitung der Einsatzfelder der Datenbrille "Mensch hilft Mensch" und "System hilft Mensch".

Im zweiten Halbjahr 2022 fanden dazu in beiden Krankenhäusern je drei aufeinander aufbauende Workshops statt.

In den jeweils ersten beiden Workshops wurden durch Kartenabfragen, Diskussionen und Priorisierungen mögliche Situationen und Tätigkeiten für den Einsatzbereich "Mensch hilft Mensch" sowie Wissensbestände für die Wundversorgung im Einsatzbereich "System hilft Mensch" spezifiziert. Die Zwischenergebnisse wurden in Protokollen und Arbeitspapieren festgehalten und den Teilnehmenden zur Verfügung gestellt.

Die konkreten Bedarfe waren in den beiden Häusern unterschiedlich priorisiert worden: So war in Münster von den Teilnehmenden der "Blick über die Schulter" bzw. die fachliche Unterstützung durch die externe Wundmanagerin bezogen auf den "diabetischen Fuß" ausgewählt worden und in Greven zunächst die Unterstützung bei der Versorgung eines "Dekubitus".

Zu den spezifischen Rahmenbedingungen gehören in beiden Häusern bspw. die Einsatzzeiten und somit die Erreichbarkeit der Wundmanagerinnen.

Dementsprechend haben wir im jeweils dritten Workshop versucht, durch ein sogenanntes "Schwimmbahndiagramm" den derzeitigen Prozess der Wundversorgung mit den jeweiligen beteiligten Berufsgruppen und mit den zugrunde liegenden Dokumenten abzubilden. Durch diese auch im Qualitätsmanagement angewendete Methode können wir herausfinden, welche (standardisierten) Verfahren in einem bestimmten Prozess überhaupt bekannt und handlungsweisend sind, und welche Berufsgruppen in bestimmten Teilprozessen Verantwortung tragen. Jede Schwimmbahn dokumentiert den Teilprozess einer Berufsgruppe und die Verbindungslinien zwischen den Schwimmbahnen bilden Kooperationserfordernisse ab. Auf diese Weise wird somit eine Grundlage dafür geschaffen, dass anschließend reflektiert werden kann, was sich im Prozess tatsächlich verändern würde und müsste, wenn die Datenbrille zur Anwendung käme. Und nicht zuletzt ergeben sich daraus wieder Fragestellungen, welche Rahmenbedingungen in den Blick genommen und ggf. wie angepasst werden müssten.

parcura

Einsatzfeld 2:
Mensch hilft Mensch = "Blick über die Schulter"

Partizipative Einführung von Datenbrillen
in der Pflege im Krankenhaus

Erhebung der Prozessbeschreibung zum
diabetischen Fußsyndrom methodisch
mittels **Schwimmbahndiagramm**

- Workshop III im SFH am 10.11.2022
- Workshop III im MJH am 01.12.2022

FH MÜNSTER
University of Applied Sciences

Quelle: Marcellus Bonato, Konferenz der Pflegedirektor:innen, 07.12.2022

Vorab musste aber noch geklärt werden, inwieweit sich der "Blick über die Schulter" durch eine Wundmanagerin, die sich an einem anderen Ort im Krankenhaus befindet und ggf. noch die Rückmeldung durch einen Arzt oder eine Ärztin benötigt, überhaupt technisch erproben lässt.

Leider war dieser "Blick über die Schulter" technisch zunächst weder in den beteiligten Krankenhäusern noch im FranziskusSIM, dem Simulationszentrum am St. Franziskus-Hospital möglich.

Die genannten Fragestellungen sollten ursprünglich auch Gegenstand in einem jeweils vierten Workshop in den beiden Häusern sein. Weil die entsprechenden Voraussetzungen lange fehlten, fanden diese Workshops aus fachlichen, methodischen und personellen Erwägungen nicht mehr statt.

Die Ergebnisse aus einem Schwimmbahndiagramm wurden aber mit der Wundmanagerin im SFH im April 2023 validiert, und das auch darüber hinaus sehr aufschlussreiche Gespräch aufgezeichnet.

Die Mitarbeitenden haben wir über diese Arbeitsschritte zum einen in der vierten Ausgabe des hausinternen Projekt-Newsletters informiert. Zum anderen erhielten die Teilnehmer/innen an den Workshops verschiedene Arbeitspapiere und Protokolle, um den Informationsfluss über Rahmenbedingungen, Zwischenergebnisse und weitere Arbeitsschritte im partizipativen Prozess zu unterstützen.

9 Partizipative Forschung – Möglichkeiten und Grenzen

Zwischen den Verbundpartnern waren Strukturen geschaffen worden, um eine partizipative Forschung zu unterstützen: So fanden bspw. Steuerkreissitzungen als Videokonferenzen statt, die ab Juli 2021 modifiziert wurden und sich im Folgenden zu einem Austauschforum zwischen den jeweiligen Projektleitungen der Verbundpartner/innen entwickelten.

Sehr viel häufiger fanden anlassbezogen "bilateral" oder in Kleingruppen Abstimmungen, Beratungen, gemeinsame Vorbereitungen auf Treffen und Präsentationen statt, wie z. B. in Zusammenhang mit den Vorbereitungstreffen für das 2021 veranstaltete Pflege-Kolloquium zum Thema Partizipation im Rahmen der Kolloquienreihe "Interaktionsarbeit in der Pflege" oder auch durch unsere Beteiligung am PARCURA-Stand beim Deutschen Pflergetag im November 2022 in Berlin.

Die Frage, wie für ein Innovationsprojekt relevante Rahmenbedingungen und Prozesse im jeweiligen Krankenhaus abgebildet und welche Quellen genutzt werden können, um auch Informationen über Arbeitsplatzbedingungen und Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten in Krankenhäusern zu erhalten, war auch Gegenstand eines Workshops, zu dem wir im September 2021 nach Münster eingeladen hatten und an dem Mitarbeitende des TAT Rheine und der FH Münster teilnahmen. In Kleingruppen wurden beispielsweise u. a. auch ein Austausch zum Krankenhaus-Analyseinstrument (TAA) vorbereitet und durchgeführt sowie die Vorbereitung auf die Pflegedirektor/innenkonferenz der Franziskus Stiftung.

Darüber hinaus waren wir u. a. auch an der Vorbereitung und Durchführung des eintägigen Workshops für alle Projektpartner beteiligt, der im November 2021 in Bottrop stattfand und deutlich machte, dass ein Austausch auf Augenhöhe und auf Grundlage sehr unterschiedlicher fachlicher Perspektiven gelingen kann.


10 Fazit: Was in Bezug auf Partizipation warum (nicht) erreicht werden konnte

Aufgrund unserer Vorerfahrungen mit den Arbeitsbedingungen und Veränderungsprozessen in der Organisation Krankenhaus sind Partizipation und Empowerment wichtige Faktoren, um Innovationsprozesse zielgerichtet durchzuführen und Ergebnisse zu sichern bzw. deren nachhaltige Anwendung zu unterstützen.

Gerade vor dem Hintergrund der extrem dynamischen internen und externen Rahmenbedingungen und Anforderungen, die das "System Krankenhaus" kennzeichnen, sind wir auch immer wieder darauf gestoßen, wie wichtig es ist, die jeweils aktuellen und unmittelbaren Arbeitsbedingungen in der Pflege selbst in den Blick zu nehmen. Das gilt darüber hinaus auch für die Kooperationsbeziehungen, die in den verschiedenen Fachdisziplinen sehr unterschiedlich sind.

Den Hintergrund für die durch uns durchgeführten Workshops bildete dementsprechend die Überzeugung, dass die Einführung in den Realbetrieb nur sinnvoll gelingen kann, wenn zuvor verschiedene Rahmenbedingungen systematisch in den Blick genommen werden, und die

Anwendungsbereiche stark an den Erfahrungen und Bedarfen der Mitarbeitenden orientiert sind. Die Vielschichtigkeit dieser Rahmenbedingungen zeigt sich in der folgenden Abbildung, die Marcellus Bonato bei der Konferenz der Pflegedirektor/innen der St. Franziskus-Stiftung Münster am im Dezember 2022 vorstellte:




Partizipative Einführung von Datenbrillen
in der Pflege im Krankenhaus

**Herausforderungen bei der Einführung in den Realbetrieb
für die Einsatzfelder Mensch hilft Mensch und System hilft Mensch**

Integration digitaler Anwendungen in den Alltagsbetrieb erfordert eine systematische Berücksichtigung der strukturellen, personellen, technischen und materiellen Rahmenbedingungen des jeweiligen Anwendungskontextes

- **strukturell:**
z.B. Organisationsaufbau (Verantwortlichkeiten); Prozessmanagement, Bildungs und Wissensmanagement
- **personell:**
z.B. Digital Readiness, digitale und fachliche Kompetenzen
- **technisch:**
z.B. Schnittstellen, stabile WLANZugänge
- **materiell:**
z.B. Material zur Wundversorgung; Datenbrille: Zugänglichkeit, Wartung



FH MÜNSTER
University of Applied Sciences

Quelle: Marcellus Bonato, Konferenz der Pflegedirektor/innen, 07.12.2022

Unsere Aufzeichnungen aus den Workshops bieten außerdem Material, um darüber zu reflektieren, wie eine partizipative Gestaltung in Zeiten des Fachkräftemangels überhaupt noch möglich ist, sinnvoll gestaltet werden kann, und was in dem Zusammenhang bedacht und berücksichtigt werden muss.

Dass die Mitarbeitenden eine partizipative Gestaltung wünschen und als Wertschätzung und Bereicherung empfinden, wurde nicht zuletzt an der engagierten Beteiligung an den Workshops deutlich.

Bezogen auf das gewählte Anwendungsgebiet erwies sich die Aussicht darauf, gemeinsam von unterschiedlichen Orten aus bspw. auf dieselbe Wunde schauen zu können, nicht nur als reizvoll, sondern zum Erhalt oder dem Ausbau von Versorgungsleistungen und -qualität als dringend erforderlich. Dadurch könnten Wege und Abstimmungsprozesse verkürzt werden, ein Thema, das u. a. vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels extrem relevant ist und durch veränderte Qualifikationsanforderungen an die Wundversorgung durch ambulante Pflegedienste aktuell noch einmal neue Herausforderungen mit sich bringt.

In den Gesprächen mit einem Oberarzt und einer Wundmanagerin im SFH im September 2022 und im April 2023 wurde bestätigt, wieviel Potenzial durch eine räumlich-getrennte und doch gemeinsame Begutachtung z. B. auch bezogen auf die Reduzierung von Fehleinweisungen

ins Krankenhaus erreicht werden könnte. Aber dazu wären sicher nicht nur in technischer Hinsicht noch einige dicke Bretter zu bohren.

Kritisch zu reflektieren bleibt u. a.:

- Mit welcher Projektorganisation und Projektbegleitung kann ein so komplexes Forschungs- und Innovationsprojekt adäquat gesteuert und begleitet werden?
- Welche Effekte haben starke Diskontinuitäten in der personellen Zusammensetzung in Forschungsgruppen sowie bei den Akteuren mit und ohne Führungsverantwortung in den Projektkrankenhäusern selbst auf Partizipationsprozesse und -ergebnisse?
- Welche Partizipationsinstrumente und Beteiligungsformen sind sinnvoll und unter welchen Rahmenbedingungen so einsetzbar, dass Aufwand und Nutzen im Gleichgewicht sind und bleiben?
- Wie bewerten die Teilnehmenden rückblickend Verlauf, Ergebnisse und Effekte auf Personen und Organisationen.

Orientiert an der bisherigen Forschungslage und -ergebnissen über förderliche und hemmende Faktoren sowie über Gelingens- und Misserfolgs-Bedingungen bei Innovationen im Krankenhaus ließen sich hier zusätzliche Erkenntnisse ableiten.

Literatur und Quellen

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (o. J.):
Online <https://www.bgw-online.de>.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg.) (2020): Interaktionsarbeit gestalten. Projektatlas des BMBF-Förderschwerpunkts "Zukunft der Arbeit: Arbeiten an und mit Menschen", Dortmund.

Feuerstein, G.; Badura, B. (1991): Patientenorientierung durch Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Zur Technisierung, Organisationsentwicklung, Arbeitsbelastung und Humanität im modernen Medizinbetrieb. Düsseldorf.

Focke, N.; Löckemann, G.; Bonato, M. (2022): Tätigkeiten professioneller Erwachsenenpflege auf peripheren Stationen in deutschen Krankenhäusern.
Online: https://parcura.de/pdf/PARCURA_Focke-et-al_Taetigkeitsinventar.pdf.

Goranova, D. (2023): Bereitschaft zur technischen Innovation in der Pflege – Anschluss an das Beispiel vom Projekt PARCURA (Partizipative Einführung von Datenbrillen in der Pflege im Krankenhaus).

Grossmann, R.; Scala, K. (1994): Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. Juventa Verlag.

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Hrsg.) (2021): Kriterien für eine gute Praxis der sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. 4. Auflage.

Müller, B. (2005): Gute Lösungen in der Pflege. Beispiele guter Praxis einer gesundheitsgerechten und qualitätsfördernden Arbeitsgestaltung von Pflegearbeitsplätzen in Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten. inqa-Bericht, Bd. 14. Hrsg. BAuA in Kooperation mit dem DNBGF.

Müller, B. (2008): Gute Lösungen in der Pflege (II). inqa-Bericht, Bd. 35. Hrsg. BAuA in Kooperation mit dem DNBGF.

Müller, B. (2012): ... und wer denkt an uns? Gesundheitsförderung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. In: Faller (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. 2. Auflage. Hans Huber Verlag.

Müller, B. (2017): Zwischen Marketing und Organisationsentwicklung – Was lässt betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) im Gesundheitswesen (nicht) gelingen? In: Hofmann, F.; Reschauer, G; Stößel, U. (Hrsg.): Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst. Bd. 30. Edition FFAS.

Müller, B. (2023): Führung im Gesundheitswesen – Von A wie Anforderungen bis Z wie Zumutungen. In: Stößel, U.; Reschauer, G; Michaelis, M. (Hrsg.): Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst. Bd. 36. Edition FFAS

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

Rosenbrock, R.; Hartung, S., (Hrsg.) (2012): Handbuch Partizipation und Gesundheit. Verlag Hans Huber.

Rosenthal, T.; Wagner, E. (2004): Organisationsentwicklung und Projektmanagement im Gesundheitswesen. Grundlagen – Methoden – Fallstudien. Economica Verlag.

Die Autorin



Brigitte Müller, M.A., ist seit Anfang der 1990er Jahre mit Fragen rund um eine "Gesundheitsförderliche Arbeits- und Organisationsgestaltung" befasst. Sie startete als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Uni Bielefeld und gründete 1996 "mediCONcept – Organisationsentwicklung im Gesundheitswesen". Zu ihren Arbeitsschwerpunkten, die sie seit März 2021 im Projekt PARCURA am Fachbereich Gesundheit der FH Münster einbringen konnte, gehören Rahmenbedingungen, Methoden und Kompetenzen für die Gestaltung von partizipativen Veränderungsprozessen.

Kontakt:
info@mediconcept.org

Copyright © 2023

Dieser Beitrag steht unter der Creative-Commons-Lizenz Namensnennung - Keine Bearbeitungen 4.0 International (CC BY-ND 4.0) – <https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>.

Empfohlene Zitierweise des Beitrags

Müller, Brigitte (2023): Partizipation ist Mehrwert?! Online:
https://parcura.de/pdf/PARCURA_FHMS_Mueller_Partizipation-ist-Mehrwert.pdf