



Bachelorarbeit

**Das Teamklima in der gerontologischen
Langzeitpflege**

Manuela Britschgi

Vertiefungsrichtung Arbeits- und Organisationspsychologie

Referent: Dr. phil. Michael Zirkler

Aarau, Mai 2012

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Bachelorstudienganges am Departement P der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

Abstract

In der vorliegenden Arbeit wurde das Teamklima in der gerontologischen Langzeitpflege untersucht. Ziel dabei war, eventuelle Ressourcen und Defizite bezüglich des Teamklimas zu erkennen, die subjektive Einschätzung des Teamklimas der verschiedenen Berufsgruppen der Pflege zu vergleichen und das Teamklima mit den krankheitsbedingten Fehlzeiten der Pflegekräfte in Verbindung zu bringen. Dazu wurden in einer empirischen Untersuchung mittels quantitativem Auswertungsverfahren die Pflegekräfte von vier Altersheimen befragt. Verwendet wurde der Fragebogen zur Arbeit im Team, welcher die Dimensionen Zielorientierung, Aufgabenbewältigung, Zusammenhalt und Verantwortungsübernahme untersucht. Bei der Datenanalyse wurde festgestellt, dass die Dimension der Zielorientierung als Ressource bezüglich des Teamklimas gewertet werden kann. Klare Defizite konnten nicht festgestellt werden. Die verschiedenen Berufsgruppen zeigten im Vergleich ähnliche Werte in allen Dimensionen des Teamklimas und unterschieden sich somit nicht signifikant voneinander. Eine hohe Anzahl der krankheitsbedingten Fehlzeiten hingegen korrelierte mit einer negativen Bewertung des Teamklimas. Die Dimension Verantwortungsübernahme korrelierte negativ mit der Dauer der Absenzen.

Inhalt

1	Einleitung	1
1.1	Ausgangslage	1
1.2	Fragestellungen und Hypothesen	2
1.3	Aufbau	2
1.4	Methode	3
1.5	Abgrenzungen	3
2	Theoretischer Teil	3
2.1	Die Gruppe	3
2.1.2	Formen der Gruppenarbeit	4
2.2	Das Team	5
2.2.1	Gruppe versus Team	5
2.2.2	Teamformen	6
2.3	Das Teamklima	7
2.3.1	Definitionen	7
2.3.2	Wirkfaktoren	8
2.4	Modelle	14
2.4.1	Das Team-Reflexivity-Modell	14
2.4.2	Das SGRPI-Modell	16
2.4.3	Die Kasseler Teampyramide	18
2.5	Stand der Forschung	20
3	Empirischer Teil	23
3.1	Fragestellungen und Hypothesen	23
3.2	Der Fragebogen zur Arbeit im Team FAT	24
3.2.1	Aufbau des Fragebogens zur Arbeit im Team	24
3.2.2	Theoretische Befunde	25
3.2.3	Angaben zur Person	25
3.3	Methodik	25
3.3.1	Durchführung der Datenerhebung	26
3.3.2	Stichprobe	26
3.3.3	Datenanalyse	26
3.4	Darstellung der Ergebnisse	27

3.4.1 Stichprobe	27
3.4.2 Altersheime	27
3.4.3 Geschlecht.....	27
3.4.4 Alter	28
3.4.5 Funktion	28
3.5 Ergebnisse.....	28
3.5.1 Ausprägungen der Dimensionen der Struktur- und Personenorientierung	28
3.5.2 Einschätzung des Teamklimas der verschiedenen Berufsgruppen	29
3.5.3 Zusammenhang zwischen Defiziten im Teamklima und Fehlzeiten	34
4 Diskussion.....	38
4.1 Zusammenfassung	38
4.2 Interpretation und Diskussion der Resultate	39
4.2.1 Ausprägungen der Dimensionen der Struktur- und Personenorientierung	39
4.2.2 Einschätzung des Teamklimas der verschiedenen Berufsgruppen	42
4.2.3 Zusammenhang zwischen Defiziten im Teamklima und Fehlzeiten	42
4.3 Fazit.....	43
4.4 Methodenkritik	44
4.5 Ausblick	45
Literatur	46
Anhang	48

Abbildungen

Abbildung 1: Das Team-Reflexivity-Modell	15
Abbildung 2: Das SGRPI-Modell	17
Abbildung 3: Die Kasseler Teampyramide.....	19
Abbildung 4: Ausprägungen der Dimensionen des FAT.....	29
Abbildung 5: Einschätzung der Zielorientierung der Berufsgruppen	30
Abbildung 6: Einschätzung der Aufgabenbewältigung der Berufsgruppen	31
Abbildung 7: Einschätzung des Zusammenhalts der Berufsgruppen	33
Abbildung 8: Einschätzung der Verantwortungsübernahme der Berufsgruppen	34

Tabellen

Anhang B

1. Einleitung

1.1 Ausgangslage

Der Arbeitsalltag in der gerontologischen Langzeitpflege ist geprägt vom Prinzip des Tagesgeschäfts. Arbeiten können selten aufgeschoben und nur unerheblich gekürzt werden, wodurch die Mitglieder eines Pflorgeteams in besonderem Mass auf die Arbeitsleistung und das Teamwork jeder einzelnen Pflegekraft angewiesen sind. Dies verdeutlicht, wie wichtig die harmonische und zielgerichtete Zusammenarbeit für ein Pflorgeteam ist. Ohne Teamwork kann eine optimale Ressourcenverteilung bei der Pflgetätigkeit nicht garantiert werden, was in Zeiten des steigenden Kostendrucks im Gesundheitswesen immer mehr an Bedeutung gewinnt. Zudem entstehen durch die verschiedenen Berufsgruppen mit unterschiedlichem Ausbildungsniveau zahlreiche Bedürfnisse, die im Arbeitsalltag berücksichtigt werden müssen und somit auch das Teamklima beeinflussen können.

So entstand die Idee, die Struktur des Teamklimas in der gerontologischen Langzeitpflege zu untersuchen. Dabei war von besonderem Interesse, wie sich das Teamklima mit seinen Facetten in diesem Bereich zeigt. Durch die Strukturen und Arbeitsweisen in der gerontologischen Langzeitpflege, könnten sich Bereiche des Teamklimas stärker entwickelt haben als andere.

Des Weiteren ergab sich durch die Einführung der neuen Ausbildung zur Fachangestellten, zum Fachangestellten Gesundheit, kurz FaGe, eine Reorganisation im Pflegebereich. Der erste Ausbildungsgang zur/zum FaGe startete 2002, erste Absolventen wurden 2005 in der Berufswelt aktiv (Institut Beruf und Bildung, 2002, S. 6). So mussten sich die verschiedenen Pflegeberufe im Arbeitsalltag, bedingt durch das neue Kompetenzprofil der Fachangestellten Gesundheit, neu organisieren. Es ist anzunehmen, dass sich solche fundamentalen Changeprozesse massgeblich auf das Teamklima auswirken. Auch diese Überlegung sollte in die Arbeit miteinfließen.

Der letzte Interessenspunkt galt den krankheitsbedingten Fehlzeiten der Pflegekräfte der gerontologischen Langzeitpflege und wie diese mit dem empfundenen Teamklima in Zusammenhang stehen.

1.2 Fragestellungen und Hypothesen

Aus den genannten Überlegungen wurden folgende Fragestellungen generiert:

- Zeigen Pflorgeteams der gerontologischen Langzeitpflege bezüglich der Personen- und der Strukturorientierung nennenswerte Ressourcen oder Defizite?
- Gibt es Unterschiede zwischen den verschiedenen Berufsgruppen eines Pflorgeteams in der Einschätzung des Teamklimas?
- Gibt es einen Zusammenhang zwischen der subjektiven Einschätzung des Teamklimas und den Fehlzeiten der Pflegenden?

Aus diesen Fragestellungen lassen sich folgende drei Hypothesen ableiten:

Hypothese 1:

- In der Beurteilung des Teamklimas der Pflegekräfte zeigen sich signifikante Ressourcen, wie auch Defizite in den Bereichen der Strukturorientierung und der Personenorientierung.

Hypothese 2:

- Die verschiedenen Berufsgruppen in Pflorgeteams zeigen einen signifikanten Unterschied in der Einschätzung des Teamklimas.

Hypothese 3:

- Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen den subjektiv empfundenen Defiziten des Teamklimas und den Fehlzeiten der Pflegekräfte.

1.3 Aufbau

In einem Theorieteil werden als erstes Begrifflichkeiten bezüglich der Gruppe und des Teams geklärt und verschiedene für die Arbeitswelt relevante Teamtypen erklärt. Danach wird der Begriff des Teamklimas umschrieben und wesentliche Faktoren die das Teamklima beeinflussen erläutert. Abschliessend zum theoretischen Teil werden drei Modelle erklärt, welche die Facetten des Teamklimas in einen strukturierten Rahmen bringen.

Anschliessend werden im zweiten, empirischen Teil der Arbeit die Hypothesen erneut aufgegriffen. Danach werden das Forschungsdesign und das Messinstrument zur Datenerhebung erläutert. Es folgen die statistische Datenauswertung und die daraus resultierenden Ergebnisse.

Im letzten Teil der Arbeit werden die Erkenntnisse des Theorieteils noch einmal kurz zusammengefasst. Darauf folgt die Interpretation der Ergebnisse der empirischen Untersuchung mit dem Fokus auf die formulierten Fragestellungen und Hypothesen. In einem Fa-

zit werden dann sowohl die Fragestellungen beantwortet, wie auch die Hypothesen verifiziert oder falsifiziert. Als Abschluss wird die Arbeit kritisch reflektiert und weiterführende Überlegungen werden angestellt.

1.4 Methode

Es handelt sich um eine empirische Arbeit mit quantitativer Erhebungs- und Auswertungsmethodik.

1.5 Abgrenzungen

Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf die Pflegekräfte der gerontologischen Langzeitpflege. Andere Tätigkeitsbereiche der Pflege und Institutionsformen werden nicht miteinbezogen. Gender und Diversity Aspekte fließen nicht in die Arbeit mit ein. Bezüglich der Fehlzeiten bei Pflegepersonen wird ausschliesslich die Korrelation zum Teamklima beachtet. Andere Wirkmechanismen, ob privater oder beruflicher Art, werden nicht beachtet. Zugunsten der Anonymität werden keine Schlüsse auf einzelne Pflgeteams gezogen.

2. Theoretischer Teil

2.1 Die Gruppe

2.1.1 Definition

Umgangssprachlich ist eine Gruppe die Mehrzahl von Menschen. In sozialpsychologischen Kontext macht es jedoch Sinn, diese Mehrzahl von Menschen differenzierter zu betrachten. Die Definition, was eine Gruppe im sozialpsychologischen Sinn ausmacht, erfährt in den letzten 50 Jahren eine enorme Wandlung. Noch 1969 definierte Homans die Gruppe als „eine Reihe von Personen, die in einer Zeitspanne häufig miteinander Umgang haben und deren Anzahl so gering ist, dass jede Person mit allen anderen Personen in Verbindung treten kann, und zwar nicht über andere Menschen, sondern von Angesicht zu Angesicht (Homans, 1969, S. 29).“ Die gemeinsame Basis und die Beziehungsebene der Gruppenmitglieder wird bei Homans Definition nicht beachtet. Diese sozialen Komponenten einer

Gruppe werden über die Jahre immer zentraler. Das Gefühl der Zusammengehörigkeit der Gruppenmitglieder, sowie gemeinsame Normen, Werte und Ziele gewinnen an Bedeutung. Gebert und von Rosenstiel bringen dies 2002 mit ihrer Definition auf den Punkt:

Eine Gruppe lässt sich kennzeichnen als eine Mehrzahl von Personen, die bei Bestehen unmittelbarer Interaktionen und Überwiegen der Binnenkontakte für eine längere Dauer beisammen sind, dabei Rollen ausdifferenzieren, gemeinsame Normen, Werte und Ziele entwickeln sowie Kohäsion in dem Sinne zeigen, dass die Zusammengehörigkeit für die Mitglieder attraktiv ist, woraus sich ein Wir-Gefühl ergibt. (Gebert & von Rosenstiel, 2002, S.18)

Wesentliche Definitionsbestandteile (von Rosenstiel, 2007, S. 288) der Gruppe sind also:

- Mehrzahl von Personen
- Direkte Interaktion
- Bestehend über eine längere Zeitspanne
- Differenzierte Rollen
- Gemeinsame Normen, Werte und Ziele
- Wir-Gefühl

Grundsätzlich wird in der Sozialpsychologie davon ausgegangen, dass Personen sich bedingt durch die soziale Motivation des Menschen Anschluss an andere Menschen suchen. Im organisationspsychologischen Bereich geschieht die Gruppenbildung nicht allein durch die vorgegebenen Strukturen des Unternehmens. Vielmehr wird durch die Häufigkeit des Kontaktes der Teammitglieder bereits ein Wir-Gefühl entstehen. Auch die wahrgenommene Ähnlichkeit durch die gemeinsamen Arbeitsinhalte erzeugt Nähe. Ausserdem fördert der gemeinsame Erfolg bei der Aufgabenerfüllung die Festigung der Bindungen zwischen den Teammitgliedern (von Rosenstiel, 2007, S. 292-293).

Betrachten wir die Gruppe nun weiter im Unternehmenskontext, muss ein zusätzlicher wichtiger Punkt hinzugefügt werden: die gemeinsame Aufgabenstellung mit den dazugehörigen Zielsetzungen. Sie bildet den Gruppenmittelpunkt (Antoni, 2000, S. 19). Das kooperative Handeln, der gemeinsame Erfolg und die gemeinsame Bewältigung von Schwierigkeiten führen zu einer gemeinsamen Identität. Die Struktur der Organisation spielt hier-

bei wohl auch eine Rolle, macht aber die soziale Realität der Gruppe nur bedingt aus (von Rosenstiel, 2007, S. 291).

2.1.2 Formen der Gruppenarbeit

Die sozialpsychologische Kleingruppenforschung unterscheidet drei Kriterien zur Beschreibung von Gruppen in Organisationen (Kauffeld, 2001, S. 17):

Formell – Informell: Formelle Gruppen sind durch das Organigramm eines Unternehmens definiert. Sie unterstehen einer Hierarchie und dienen als Einheit, um spezifische Aufgaben zu erledigen. Davon abweichende Konstellationen inner- und ausserhalb dieser formellen Gruppen werden als informelle Gruppen bezeichnet. Diese dienen vorwiegend der Befriedigung sozialer und psychischer Bedürfnisse der Gruppenmitglieder.

Interagierend – Koagierend: Interagierende Gruppen sind geprägt durch die gemeinsame Ausführung einer Aufgabe. Die Kommunikation innerhalb der Gruppe ist zur Zielerreichung unabdingbar. Durch die enge Zusammenarbeit entsteht innerhalb der Gruppe eine Abhängigkeit zwischen den einzelnen Mitgliedern. In koagierende Gruppen hingegen agieren die Gruppenmitglieder relativ autonom. Es wird nebeneinander gearbeitet. Rein koagierende Gruppen sind in der Arbeitswelt selten anzutreffen. Sie werden in der organisationspsychologischen Literatur nicht als eigentliche Gruppen definiert.

Offen – Geschlossen: Charakteristisch für eine offene Gruppe ist die Möglichkeit zur Aufnahme und zum Ausscheiden von Gruppenmitgliedern. Dies ist in der Arbeitswelt die gebräuchlichste Form. Geschlossene Gruppen mit fest bestehenden Gruppenmitgliedern kommen kaum vor.

2.2 Das Team

2.2.1 Gruppe versus Team

Viele Autoren versuchen einen deutlichen Unterschied zwischen den Begriffen „Gruppe“ und „Team“ hervorzuheben. Sie sehen die Differenz vor allem in der fehlenden Intensivität der Interaktion in einer Gruppe, den fehlenden Antrieben und dem Ausweichen von Konflik-

situationen. Dem Team wird hingegen ein Gemeinschaftsgeist zugesprochen, zu dem ein sogenanntes „Wir-Gefühl“ gehört. Ausserdem ist die Rede von gemeinsamen Normen und Werten, sowie einem Antrieb zu Leistung. Bay (1998, S. 18) erklärt, dass ein Team immer auch eine Gruppe ist, eine Gruppe aber nicht zwangsläufig ein Team. Der Faktor, der den grössten Unterschied des Teams zur Gruppe macht, ist die soziale Identität eines Teams, das Gefühl der Zusammengehörigkeit. Vor allem im Englischsprachigen Raum, wird der Teambegriff deutlich von dem der Gruppe unterschieden (Bay, 1998, S.17). Dementsprechend beschreiben Robbins, Judge & Campbell (2010, S. 262) die Unterschiede zwischen „Work Groups“ und „Work Teams“ wie folgt:

A work group is a group that interacts primarily to share information and to make decisions to help each member perform within his or her area of responsibility. (...) There is no positive synergy that would create an overall level of performance that is greater than the sum of the inputs. A work team generates positive synergy through coordinated effort. The individual efforts result in a level of performance that is greater than the sum of those individual inputs. (Robbins, Judge & Campbell, 2010, S. 262)

Eine scharfe Trennung der Begriffe Team und Gruppe ist jedoch nicht möglich. Die Abgrenzungskriterien sind jeweils zu unscharf und somit bleibt unklar, ab welchem Zeitpunkt man von einem Team sprechen würde (Antoni, 2000, S.20). Im Kontext dieser Arbeit werden die Begriffe deshalb synonym verwendet.

2.2.2 Teamformen

In der Literatur sind zahlreiche Begrifflichkeiten rund um die Thematik des Teams zu finden. Zu unterscheiden sind zeitlich befristete Teams und zeitlich unbegrenzte Teamformen. Dabei können zeitlich begrenzte, wie auch zeitlich unbegrenzte Teamformen identisch mit der bestehenden formalen Organisation sein. Sie agieren weiterhin in ihrer gewohnten Arbeitsumgebung mit den durch die formale Organisation gegebenen Arbeitspartnern. Teams die nicht der formalen Organisation entsprechen, bestehen hingegen aus Mitgliedern mit unterschiedlichen Qualifikationen, die im sonstigen Berufsalltag nicht zusammenarbeiten (Bay, 1998, S. 19).

Pflegeteams sind in ihrer Form unbefristete Teams, welche klassische Arbeitsgruppen oder teilautonome Arbeitsgruppen darstellen können. Beide Formen gehören zur regulären Ar-

beitsorganisation und sind durch die kontinuierliche Zusammenarbeit geprägt (Antoni, 2000, S. 26). Sowohl die klassische Arbeitsgruppe, wie auch die teilautonome Arbeitsgruppe ist für ein Pflorgeteam praktikabel, darum werden beide kurz beleuchtet.

In klassischen Arbeitsgruppen sind sowohl Funktionen, wie auch Arbeiten klar strukturiert und zugeteilt. Das Team wird von einem/einer Vorgesetzten geführt und handelt nach dessen/deren Anweisungen. Der/die Vorgesetzte plant, steuert und kontrolliert die zu erledigenden Arbeitsaufgaben. Problemlösungsprozesse gehören ebenfalls in den Zuständigkeitsbereich der Führungsperson. Da bei der klassischen Arbeitsgruppe keine gemeinsamen Ziele bestehen und jeder Mitarbeiter, jede Mitarbeiterin seine/ihre eigene Aufgabenstellung hat, ist die Definition der Gruppenarbeit im engeren Sinne nicht erfüllt (Antoni, 2000, S. 37).

Teilautonome Arbeitsgruppen hingegen steuern und koordinieren Arbeiten in den von der Führungsperson definierten Rahmenbedingungen selbständig. Aufgaben werden eigenverantwortlich erkannt und delegiert. So wird der kollektive Handlungsspielraum der Gruppe hinsichtlich Entscheidungen, Tätigkeiten und Interaktionen vergrößert. Ziel hierbei ist eine Erhöhung der Produktivität, der Qualität und der Flexibilität. Zusätzlich haben teilautonome Arbeitssysteme einen positiven Einfluss auf die Arbeitsmotivation der Mitarbeiter/-innen (Antoni, 2000, S. 42 ; Robbins, Judge & Campbell, 2010, S. 264).

2.3 Das Teamklima

2.3.1 Definition

In der Literatur ist keine eigentliche Definition des Teamklimas zu finden. Das Teamklima wird vielmehr als Oberbegriff verwendet, welcher verschiedene Aspekte rund um die Gruppe und ihre dynamischen Prozesse integriert. Auch auf der Ebene des Organisationsklimas bleiben die Definitionen vage. Campbell, Dunette, Lawler, & Weick (1970, S. 390) beschreiben das Organisationsklima als „eine Menge von Attributen und Erwartungen“, die die Organisation beschreiben. Auch wird es als „Persönlichkeit“ oder „Charakter“ einer Organisation bezeichnet (Porter & Lawler, 1975, S. 64). Schlussendlich beeinflusst diese Wahrnehmung einer Organisation durch den Einzelnen massgeblich sein Verhalten (von Rosenstiel, 2007, S. 382). Auf die Gruppe angewendet würde dies also bedeuten, dass das Teamklima sowohl Erwartungen und Attribute der Gruppe beschreibt, wie auch eine

Gruppencharakteristik oder Gruppenpersönlichkeit, welche das Verhalten seiner Mitglieder beeinflusst.

Chemnitz (1978, S. 119) Definition des Sozialklimas ermöglicht eine Annäherung an die Thematik:

Sozio-emotionales Klima ist die Bezeichnung für ein Gruppenphänomen, das typisch für eine Gruppe ist und als diffus-gefühlartige Ganz- oder Komplexqualität einer Gruppe zu eigen ist.

Hier wird deutlich, dass das Gruppenklima spezifisch für die jeweilige Gruppe ist und sowohl emotionale, wie auch soziale Komponenten beinhaltet. Das Teamklima im organisationspsychologischen Kontext beinhaltet aber nicht nur sozio-emotionale Faktoren. Ebenso zentral sind die Bereiche der Aufgaben- und Zielorientierung. Brodbeck, Anderson & West (2001, S. 8) listeten die für die Entwicklung eines positiven Teamklimas wichtigsten Punkte auf:

- Visionen
- Aufgabenstil
- Partizipation
- Sicherheit
- Qualität der Kommunikation
- Normen
- Kohäsion
- Innovation

2.3.2 Wirkfaktoren

Kauffeld unterteilt in ihrem Modell der Kasseler Teampyramide die Wirkmechanismen des Teamklimas in Personen- und Strukturorientierte Faktoren (Kauffeld, 2001, S.130). Um die verschiedenen Wirkfaktoren auf das Teamklima systematisch zu betrachten, erscheint diese Aufteilung als Grundraster sinnvoll.

Personenorientierung

Gruppenkohäsion

Als Gruppenkohäsion wird die Attraktivität der Gruppe für ihre einzelnen Mitglieder verstanden (von Rosenstiel, 2007, S.294). Die Kohäsion einer Gruppe wird auch als „Wir-Gefühl“ und somit den Zusammenhalt der Gruppe bezeichnet. Die Stärke der Kohäsion hängt von der Qualität der emotionalen Beziehungen der einzelnen Gruppenmitgliedern und der Attraktivität der Aufgabenstellung ab (Antoni, 2000, S. 23).

Gemäss Robbins, Judge & Campbell (2010, S. 244) wirken sich folgende Massnahmen positiv auf die Gruppenkohäsion aus:

“(1) Make the group smaller, (2) encourage agreement with group goals, (3) increase the time members spend together, (4) increase the status of the group and the perceived difficulties of attaining membership in the group, (5) stimulate competition with other groups, (6) give rewards to the group rather than to individual members and (7) physically isolate the group.(Robbins, Judge & Campbell, 2010, S. 244)”

Das Bestehen einer Gruppe ist wahrscheinlicher, falls viele Mitglieder der Gruppe diese mittel bis sehr attraktiv finden, als wenn einige Mitglieder angetan von der Gruppe sind, andere hingegen aversiv auf die Gruppe reagieren. Jedoch wird das Weiterbestehen einer Gruppe auch beeinflusst von der Abhängigkeit der einzelnen Mitglieder von der Gruppe beeinflusst. Dies zum Beispiel, falls damit gerechnet werden muss, dass das Verlassen einer Gruppe für diese Person Nachteile mit sich bringt. Man spricht hier von der sogenannten Dependenz von der Gruppe.

Kohäsion und Dependenz erreichen je nach Ausprägung also unterschiedliche Wirkungen auf die Gruppe. Es zeigt sich, dass eine hoch bewertete Kohäsion auch bei geringer Dependenz vor Fluktuation und Absentismus schützt. Hingegen schützt eine hoch eingestufte Dependenz gepaart mit gering ausgeprägter Kohäsion zwar vor Fluktuation, produziert aber dafür eine hohe Absentismusrate. Die Gruppenmitglieder meiden die Gruppe, ohne die damit verbundenen Vorteile aufgeben zu müssen (von Rosenstiel, 2007, S. 294).

Die Gruppenkohäsion korreliert wie zu erwarten stark mit der Arbeitszufriedenheit. Ausserdem steigt die Gruppenkohäsion, wenn die Gruppengemeinschaft als ähnlich erlebt wird und als wichtig erlebte Arbeiten erledigt werden. Darum wirkt sich ein Mitbestimmungsrecht bei der Gestaltung und Verteilung der Aufgaben (zum Beispiel bei „teilautonomen Arbeitsgruppen“) positiv auf die Gruppenkohäsion aus. Vielseitige Möglichkeiten zur In-

teraktion in der Gruppe bewirken ebenfalls einen Kohäsionsanstieg (von Rosenstiel, 2007, S. 303).

Eine Arbeitsgruppe mit ausgeprägter Kohäsion bedeutet aber nicht automatisch eine erhöhte Leistung. Die Kohäsion im Team stellt wohl die Basis für eine hohe Leistungsfähigkeit dar, jedoch müssen auch die Ziele der Unternehmung mit denen der Individuen übereinstimmen. So kann die Gruppe von den Individuen positiv als Werkzeug zur Zielerreichung erkannt werden, was die Leistungsbereitschaft steigert (von Rosenstiel, 2007, S. 304). Die Leistung der Gruppe hängt so auch massgeblich von den gruppeninternen Normen ab, die die Zielerreichung betreffen. Wertet die Gruppe die Zielerreichung als hoch, wird eine Gruppe mit ausgeprägter Kohäsion das bessere Ergebnis erbringen, als eine Gruppe mit tiefer Kohäsion (Robbins, Judge & Campbell, 2010, S. 244).

Gruppennormen

Bei länger bestehenden Arbeitsteams wird beobachtet, dass vor allem in den von der Gruppe als wichtig erachteten Verhaltensbereichen die individuellen Verhaltensweisen der Gruppenmitglieder zurückgehen und sich so zu Gruppenverhalten standardisieren. Dies hängt mit den sogenannten Gruppennormen zusammen. Die Gruppenmitglieder teilen Erwartungen an das Denken und Handeln in bestimmten Situationen (von Rosenstiel, 2007, S. 296). Dies bezieht sich auf den eigentlichen Arbeitsbereich, aber auch auf soziale Belange, das Erscheinungsbild und die Ressourcenverteilung (personell und materiell) (Robbins, Judge & Campbell, 2010, S. 237). Falls diese Gruppennormen von einem Mitglied missachtet werden, muss dieses mit negativen Sanktionen rechnen. Die Intensität dieser Sanktionen ist umso höher, je grösser die Abweichung des Verhaltens von der Gruppennorm ist. Dabei ist der Ausschluss des Mitglieds die stärkste Sanktion. Je höher die Kohäsion der Gruppe also ist, desto weniger individuelles Verhalten in für die Gruppe bedeutsamen Bereichen, um den Gruppennormen zu entsprechen und einen Ausschluss aus der Gruppe zu vermeiden (von Rosenstiel, 2007, S. 296).

Rollen

Hier werden die verschiedenen Funktionen und Aufgaben innerhalb einer Arbeitsgruppe auf ihre Mitglieder verteilt. Diese Rollen produzieren erwartete Verhaltensweisen, die jemandem in der sozialen Einheit zugesprochen werden (Robbins, Judge & Campbell, 2010, S. 234). Diese Rollenverteilung ist zentral für die Erfüllung der Aufgabenstellungen, um Unsicherheiten zu vermeiden und Effizienz zu ermöglichen (Antoni, 2000, S. 22).

Status

Die hierarchische Position, die einer Person in der Gruppe durch die anderen Gruppenmitglieder zugesprochen wird, nennt man Status. Status ergibt sich aus folgenden drei Komponenten (Robbins, Judge & Campbell, 2010, S. 241):

- Den Machtanspruch, den eine Person gegenüber den anderen Gruppenmitgliedern beansprucht
- Die Leistungsbereitschaft und Mitarbeit an der Zielerreichung
- Individuelle Persönlichkeitsmerkmale wie zum Beispiel Intelligenz, Aussehen und Extraversion

Je höher der Status einer Person in einer Gruppe ist, desto grosszügiger wird von der Gruppe über dessen/deren Vergehen hinweggesehen. Verletzt zum Beispiel ein Gruppenmitglied mit hohem Status eine Gruppennorm, wird dieses Mitglied mit weniger Konsequenzen rechnen müssen, als ein Gruppenmitglied mit tieferem Status. Dies bezieht sich aber nur auf soziale Normen. Die Gefährdung der Zielerreichung wird meist von der Gruppe meist nicht toleriert.

Die Bildung dieser Gruppeninternen Hierarchien geschieht aber keineswegs willentlich. Vielmehr ist es ein impliziter Vorgang zwischen allen Gruppenmitgliedern. Dadurch ist das Konstrukt sehr fragil. Fällt eine Person höheren Status weg, oder kommt eine neue hinzu, die einen Statusanspruch mit sich bringt, kann dies leicht zu Konflikten innerhalb der Gruppe führen (Robbins, Judge & Campbell, 2010, S. 242).

Verantwortungsübernahme

Gemäss Kauffeld (2001, S. 139) wirkt sich die Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme der einzelnen Teammitglieder auf die Qualität des Teamklimas aus. Sie betont, dass das Ausmass der Verantwortungsübernahme innerhalb eines Teams von dessen Mitgliedern als entscheidender Erfolgs- oder Misserfolgswert bei Gruppenprozessen empfunden wird. Laut Kauffeld kann Verantwortung nur übernommen werden, falls sowohl Ziele und Aufgaben klar definiert sind, wie auch Rollentransparenz gelebt wird.

Die Gründe für eine Vermeidung der Übernahme von Verantwortung sind in der Organisation der Arbeitsabläufe zu suchen. Falls den Teammitgliedern nicht genügend Raum gegeben wird, um sich innovativ einzubringen, distanzieren sich diese innerlich von ihrer Arbeit und lehnen es ab, Verantwortung für ihr Handeln zu übernehmen (Maslach & Leiter, 2001, S. 42).

Strukturorientierung

Zielsetzung

Ein sinnvoller Zielsetzungsprozess orientiert sich an den übergeordneten Unternehmenszielen. Diese können durch die Vorgesetzten und die Teammitglieder auf die Ebene des Teams heruntergebrochen werden. So werden Teamziele entwickelt, die die Ziele des Gesamtunternehmens unterstützen, was sich motivierend und sinnstiftend auf die Arbeit des Teams auswirkt und dessen Verhalten prägt (Tschan & von Cranach, 1996, S. 105). Es sind vier Kategorien von Zielen zu unterscheiden (Bay, 1998, S.111):

- Durchbruchziele: Sie orientieren sich stark an der Unternehmensstrategie und gelten als die dringlichsten Ziele in einer Unternehmung. Darum sollten sie auch auf Teamebene angemessen gewichtet werden.
- Standardziele: Sie dienen zum Erhalt der bereits erreichten Qualität der Teamarbeit. Sie sind notwendig, um ein Leistungsniveau aufrechtzuerhalten.
- Problemlösungsziele: Sie werden bei Problemstellungen im Team aktuell oder falls es nicht gelingt, ein bereits definiertes Ziel zu erreichen.
- Innovationsziele: Sie initiieren die Durchsetzung von Neuerungen. Häufig werden Innovationsziele interdisziplinär erarbeitet.

Gemäss Bay (1998, S. 109) ist es unabdingbar, Teamziele im Team zu entwickeln. Damit Zielbildvorstellungen nicht zu individuell sind, müssen diese besprochen werden, um ein gebündeltes, gemeinsam abgeklärtes Zielbild zu generieren. Diffuse Zielbilder führen zu unklaren Arbeitsaufgaben, was Frustrationen zur Folge haben kann. Die Zielklärungsphase ist eine eigentliche Orientierungsphase um Struktur zu schaffen. Auch wird eine Zielidentifikation der einzelnen Gruppenmitglieder wahrscheinlicher, wenn die Zieldefinitionen vollumfänglich verstanden werden.

Um dies zu erreichen, sollten Ziele konkret formuliert und festgehalten werden und anhand beobachtbaren Verhaltensweisen beschrieben werden. Dies macht sie überprüfbar. Diese konkreten Ziele werden nach ihrer Priorität in eine Rangordnung gebracht. Ebenfalls wichtig ist die Definition des zeitlichen Rahmens zur Zielerreichung, um einen Evaluationszeitpunkt festzusetzen. Dabei sollte jedes Teammitglied die Zielsetzung beurteilen und kontrollieren können. Das Ziel sollte realistisch erreichbar sein und eine klare Ober- und Untergrenze enthalten. Ziele sollten sich nicht gegenseitig widersprechen, um Zielkonflikte zu vermeiden.

Aufgabengestaltung

Die Charakteristik der Aufgabengestaltung beeinflusst sowohl Teamprozesse, wie auch das Arbeitsergebnis. Um die Aufgabenstellung zufriedenstellend erfüllen zu können, müssen die Aufgabenstellung und die daraus abzuleitenden Anforderungen an eine Gruppe transparent sein. Nur wenn den Gruppenmitgliedern klar ist, was ihre Aufgabe ist, können allzu automatisierte Verhaltensweisen oder implizites Handeln vermieden werden. Dabei sollte die Definition der einzelnen Aufgaben nicht zu allgemein gehalten werden, sondern spezifisch und im Detail beschrieben. Dies garantiert, dass auch Sub-Ziele nicht aus den Augen verloren gehen (Tschan & von Cranach, 1996, S.95).

Die Gestaltung der Teamaufgaben fördert idealerweise die intrinsische Arbeitsmotivation der Gruppenmitglieder. Die Merkmale der intrinsischen Motivation bezogen auf die Arbeitsaufgabe beschreibt Antoni (2000, S. 104) wie folgt:

Die Ausführung der Arbeitsaufgabe befriedigt in sich selbst Bedürfnisse des Beschäftigten oder die Merkmale der Arbeitsaufgabe fördern die Aufgabenorientierung.

Extrinsische Arbeitsmotivation hingegen basiert auf dem Leistungs-Belohnungs-Prinzip und verhindert im schlimmsten Fall intrinsische Motivation. Die beste Voraussetzung für intrinsische Arbeitsmotivation ist gegeben, falls die MitarbeiterInnen Arbeitsmittel und -abläufe selbst kontrollieren und die Aufgabe strukturelle Merkmale aufweist, die bei den Teammitgliedern Energien freisetzt und sie so zur Fortführung und schliesslich zur Vollendung der Aufgabe bewegen (Antoni, 2000, S. 104). Die autonome Kontrolle der Arbeitsaufgabe hängt vom Ausmass der externen Kontrolle durch Vorgesetzte und dem Vorhandensein anderer Kontrollinstanzen wie zum Beispiel der Qualitätssicherung ab. Auch muss beachtet werden, ob die Arbeitsaufgabe die Möglichkeit zu alternativem Handeln bietet. Wenn keine Handlungsspielräume vorhanden sind, fällt die Kontrolle der Handlung durch die Gruppenmitglieder weg. Bezüglich der Merkmale einer Aufgabe, die intrinsische Motivation begünstigen, sind fünf Kategorien zu nennen (Ulich, 1998, S.24):

- Ganzheitliche Tätigkeit: Ermöglicht den Mitarbeitenden die Arbeitsergebnisse mit den Arbeitsanforderungen zu vergleichen. Dies verdeutlicht den eigenen Arbeitsfortschritt.
- Anforderungsvielfalt: Sie wird dadurch erreicht, dass sowohl die Planungsphase, wie auch die Durchführung und kontrollierende Funktionen zur Arbeitsaufgabe gehören.
- Möglichkeit zur sozialen Interaktion: Aufgaben, die soziale Interaktion ermöglichen, erleichtern die Kooperation der verschiedenen Gruppenmitglieder.

- **Autonomie:** Hierfür muss die Aufgabe die Möglichkeit zur eigenen Entscheidung und zur Disposition von Arbeiten beinhalten.
- **Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten:** Den Gruppenmitgliedern wird ermöglicht, ihre Kompetenzen und Qualifikationen zu erweitern, um kompetent auf Problemstellungen reagieren zu können.

Je grösser der autonome Handlungsspielraum einer Gruppe ist, desto klarere Informationen über die Aufgabenanforderungen, die vorhandenen Ressourcen und die Beurteilungskriterien und -standards werden benötigt. Nur so kann die Gruppe angemessene Entscheidungsstrategien entwickeln, um Problemstellungen zu lösen.

Kooperation

Die Zusammenarbeit innerhalb eines Teams hängt davon ab, wie autonom die Arbeiten ausgeführt werden können bzw wie hoch das Mass an Kooperation zur Erfüllung der Aufgabe sein muss. Falls die Planung, Durchführung und Steuerung von Arbeitsprozessen eine gemeinsame Erarbeitung erfordern, ist eine Kooperation der Gruppenmitgliedern unabdingbar (Antoni, 2000, S. 23). Probleme bei dieser lateralen Kooperation könnten unter anderem Konflikte darstellen. Da die Weisungsbefugnis unter Gleichrangigen fehlt, können Konflikte nicht mit direkten Weisungen gelöst werden. Auch der Status der einzelnen Gruppenmitglieder ist nicht klar definiert, was „Rangkämpfe“ begünstigt (Wunderer, 2009, S. 27).

2.4 Modelle

2.4.1 Das Team-Reflexivity-Modell

West (1994) entwickelte zum besseren Verständnis von Teamprozessen das Modell der Team Reflexivity. Es gründet auf zwei fundamentalen Dimensionen, der Social Reflexivity und der Task Reflexivity. Die Task Reflexivity beschreibt alle Bereiche des Funktionierens eines Teams, die sich auf die Aufgabenorientierung beziehen. Hier werden die Wege und Skills zur Aufgabenbewältigung eines Teams betrachtet. Bei der Social Reflexivity hingegen, wird das Augenmerk vermehrt auf die sozialen Kompetenzen eines Teams gelegt. Hier geht es um die Wahrnehmung gegenseitiger Unterstützung, Konfliktlösungsprozesse und das Wir-Gefühl des Teams. Erstrebenswert wäre nach West die grösstmögliche Aus-

prägung sowohl der Task Reflexivity, wie auch der Social Reflexivity, um voll funktionsfähige Teamarbeit zu erreichen.

Diese Unterteilung ist an sich jedoch nichts Neues. Schon vor Wests Team-Reflexivity-Modell tauchen die beiden Dimensionen unter den verschiedensten Bezeichnungen bei zahlreichen Autoren auf. Schon 1951 erläutert Homans (zit. n. Kauffeld, 2001, S. 133), dass das Erreichen von Zielsetzungen bei Gruppen sowohl von Bereichen der Effektivität, wie auch von sozio-emotionalen Bedürfnissen gesteuert werden. So definiert er auch Unterschiede bei der Motivation der Individuen einer Gruppe, wonach diese eher aufgabenorientiert handeln oder aber durch den sozialen Kontext angetrieben sind, das Gruppenziel zu erreichen. Cartwright und Zander (1968, zit. n. Kauffeld, 2001, S. 133) ergänzen diesen Gedanken dadurch, dass je enger und intensiver die Zusammenarbeit einer Gruppe wird, neben den aufgabenbasierenden Zielen ebenfalls sozio-emotionale Ziele entstehen, die auf den Bedürfnissen der einzelnen Gruppenmitgliedern basieren. Auch auf das Führen von Teams wurden die beiden Dimensionen der Aufgaben- und der Sozio-emotionalen-Orientierung angewendet. Bales (zit n. Kauffeld, 2001, S. 134) beschrieb 1958, dass sich Führungspersonen sowohl aufgabenorientierte, wie auch mitarbeiterorientierte Handlungskompetenzen benötigen.

Trotzdem geht Wests (1994) Team-Reflexivity-Modell etwas weiter als die ihm vorausgehenden Konzepte anderer Autoren. Er stellt die Ausprägung der Task- und der Social-Reflexivity in Zusammenhang zueinander und leitet daraus vier Typen von Teams ab, wie in Abbildung 1 verdeutlicht:

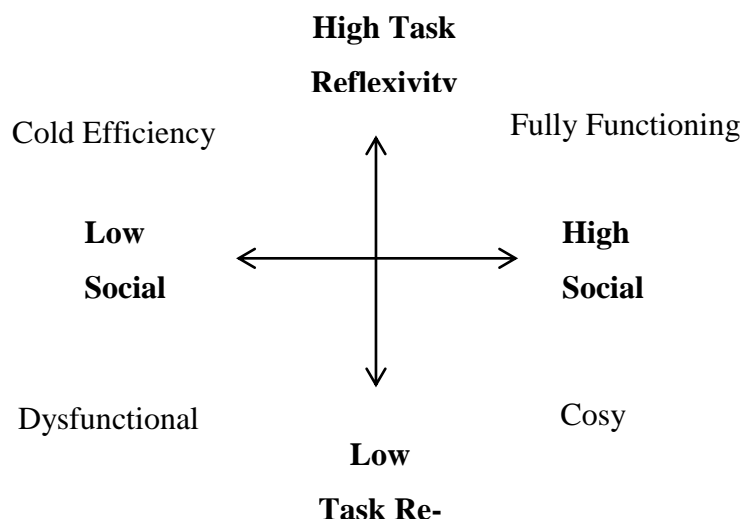


Abbildung 1: Das Team-Reflexivity-Modell (Quelle: Kauffeld, 2001, S.131)

Falls sowohl Task-, wie auch Social-Reflexivity sehr ausgeprägt sind, spricht West von einem „Fully Functioning Team“. Eine hohe Task-Reflexivity gepaart mit einer tiefen Social-Reflexivity ergibt ein „Cold Efficiency Team“, das wohl effizient arbeitet, jedoch „kalt“ im Umgang innerhalb des Teams ist. Ist hingegen die Social-Reflexivity stark ausgeprägt und die Task-Reflexivity tief, nennt West dies ein „Cosy Team“, also ein gemütliches Team, das eher an ein Treffen unter Freunden erinnert, als an ein Arbeitsteam. Falls beide Reflexivity Dimensionen tief ausgeprägt sind, handelt es sich nach West schlicht um ein „Dysfunctional Team“.

2.4.2 Das SGRPI-Modell

Das SGRPI-Modell wurde ursprünglich von Beckhard (1972) entwickelt und diente als Modell der Funktion von aufgabenorientierten Gruppen. Er fasst die Gründe, welche eine Teaminterview notwendig machen wie folgt zusammen:

To set goals and/or priorities, to analyse or allocate the way the work is performed, to examine the way a group is working; its processes (such as norms, decision making, communication) and to examine relationships among the people doing the work.
(Beckhard, 1972, S. 24)

Daraus entwickelte Beckhard (Rubin & Beckhard, 1984, S.199) vier Schlüsselvariablen, die in jeder Gruppensituation eine zentrale Rolle spielen. Die Schlüsselvariablen unterliegen einer hierarchischen Struktur gemäss ihres Einflusses auf die Gruppenmitglieder, wie in Abbildung 2 verdeutlicht:

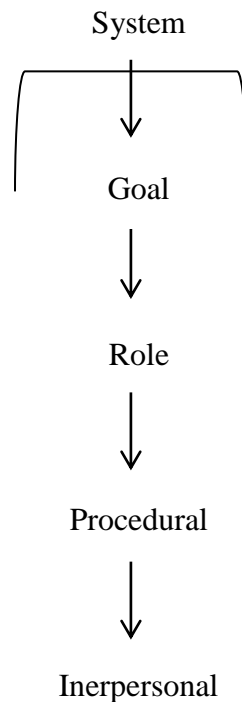


Abbildung 2: Das SGRPI-Modell (Rubin & Beckhard, 1984, S. 209)

Die Gewichtung der Ebenen verläuft von oben nach unten, wobei die erste Ebene des Systems nicht als eigentliche Ebene gesehen werden kann. Gemeint ist mit der Ebene des Systems das Umfeld, in dem sich die Gruppe befindet. Das System gibt dem Team gewisse Regeln und Richtlinien vor, die für die Gruppe richtungweisend sind. Da die Gruppe aber nur sehr bedingt oder gar nicht Einfluss darauf nehmen kann, wird das System von Beckhard nicht als eigentliche Ebene des Gruppenprozesses verstanden.

Goals: Um die Aufgaben einer Gruppe zu definieren, müssen zuerst die Ziele klar formuliert werden. Die Ziele müssen von jedem Gruppenmitglied verstanden und auch akzeptiert werden. Berücksichtigt werden müssen bei der Zieldefinition auch interdisziplinäre Gruppen, die in Zusammenarbeit mit der eigentlichen Arbeitsgruppe stehen, die Erwartungen des Unternehmens und die Bedürfnisse der Kunden. Nach der Zieldefinition folgt die Operationalisierung der Ziele, welche genauso konkret und erreichbar formuliert werden sollte, wie die Ziele zuvor (Kauffeld, 2001, S. 129).

Roles: Nach der Zieldefinition können nun die Aufgaben verteilt werden. Vor allem bei Arbeiten, die vielfältige Kompetenzen erfordern, oder in der interdisziplinären Tätigkeit ist ein Verständnis der eigenen Rolle unerlässlich (Bouwen & Fry, 1996, S. 536). Unklare

Rollenverteilungen und somit unklare Aufgabenverteilung führt oftmals zu Konflikten und zieht die Energie von der Aufgabe ab (Kauffeld, 2001, S. 129).

Procedural: Sobald die Rollen in einer Gruppe klar definiert sind, können die Prozesse innerhalb der Gruppe genauer betrachtet werden. Hier entwickelt man zum Beispiel Wege um Entscheidungen zu treffen und wie man untereinander kommuniziert. Diese Entscheidungen betreffen jedoch nicht nur die Gruppe an sich:

Groups are also linked via procedures to the wider organizational arrangements for rewards and resource allocation. Procedures always have an interfacing quality with the environment. (Bouwen & Fry, 1996, S. 536).

Interpersonal: Als letzte Schlüsselvariable kommen nun interpersonale Themen zum Tragen. Hier geht es um die Beziehungen zwischen den verschiedenen Gruppenmitgliedern, den gegenseitigen Respekt, die Kohäsion und sowohl implizite, wie auch explizite Normen und Werte der Gruppe (Kauffeld, 2001, S. 129).

Dysfunktionale Teamarbeit basiert nach Beckhard auf diesen vier Schlüsselvariablen. Falls eine der Schlüsselvariablen negativ ausgeprägt ist, wirkt sich das auf die Teamarbeit aus. Dabei sind die Gründe für negativ ausgeprägte Schlüsselvariablen des unteren Bereichs, wie zum Beispiel die interpersonalen Beziehungen, immer in den darüber liegenden Variablen zu suchen. So kann zum Beispiel ein dysfunktionales Kommunikationsmuster einer Gruppe, ein Symptom für eine unklare Zielsetzung, sowie Aufgabenverteilung und Rollenbewusstsein sein (Fry, Rubin & Plovnick, 1981, S. 42).

2.4.3 Die Kasseler Teampyramide

Bei der Entwicklung des Fragebogens zur Arbeit im Team, welcher als Befragungsinstrument in dieser Arbeit diente, wurde ein dem Test zugrundeliegendes Modell der Teamarbeit entwickelt. Es orientiert sich stark an den beiden Modellen von West (1994) und Beckhard (1972), welche vorgängig vorgestellt wurden.

Wie schon bei Beckhard (1972) sind die verschiedenen Ebenen des Modells hierarchisch angeordnet:



Abbildung 3: Die Kasseler Teampyramide (Kauffeld, 2001, S. 138)

Basis des Modells stellt auch hier die Zielorientierung dar. Nur wenn die Ziele klar definiert sind und von allen Teammitgliedern akzeptiert werden, kann Teamarbeit entstehen. Ist dies nicht der Fall, verfolgen die Teammitglieder individuelle Interessen. Ziele sollten nach Kauffeld (2001, S. 138) konkret formuliert und erreichbar operationalisiert sein. Ausserdem sollte ihre Evaluation mit einem geeigneten Messinstrument erfolgen.

Die zweite Ebene der Kasseler Teampyramide stellt die Aufgabenbewältigung dar. Die Aufgaben sollten sich an den Zielen des Teams orientieren. Auch sollten die Aufgaben benannt und Prioritäten klar definiert sein. Der Aufwandaufwand muss koordiniert werden und Informationen sollten rechtzeitig ausgetauscht werden.

Wenn die Kriterien der Zielorientierung und der Aufgabenbewältigung erfüllt sind, sind die Voraussetzungen für eine positive Entwicklung auf der dritten Ebene, der des Zusammenhalts möglich. Hier kann gegenseitiges Vertrauen, Respekt und Unterstützung entstehen, welches den Zusammenhalt der Gruppe fördert. Unklare Ziele und Aufgabenstellungen hingegen bewirken auf dieser Ebene Konkurrenz und gegenseitiges Unverständnis.

Die Spitze der Pyramide und letzte Ebene stellt die Verantwortungsübernahme dar. Je klarer die Ziele und Aufgaben sind und je mehr sich die Teammitglieder untereinander verbunden fühlen, desto mehr Verantwortung werden die einzelnen Mitglieder für das Gesamtergebnis übernehmen. Hier geht es vorrangig um Themen wie die Einsatzbereitschaft und das Engagement.

Die vier Ebenen werden von einem Kreis umgeben, welcher das Umfeld des Teams darstellt. Gemeint ist damit das System, in welchem das Team tätig ist. Dies sind zum Beispiel Richtlinien, die betriebsübergreifend gelten, Informationssysteme und Erwartungen von Vorgesetzten. Der Betrieb formuliert seinerseits Ziele, die vom Team aufgenommen und in ihrem Rahmen umgesetzt werden müssen. Die Umwelt des Teams nimmt somit vor allem Einfluss auf die unteren Ebenen der Ziele und Aufgaben. Der Zusammenhalt und die Verantwortungsübernahme werden deutlich weniger von aussen beeinflusst.

Probleme in der Teamarbeit, die sich in den oberen Ebenen zeigen, müssen sich aber gemäss Kauffeld (2002, S. 139) nicht zwingend in den unteren Ebenen bedingt sein. Jedoch muss in Erwägung gezogen werden, dass sich das Problem in einer der oberen Ebenen äussert, sich der Ursprung jedoch in der Zielorientierung oder der Aufgabenbewältigung befindet. Kauffeld (2002, S. 139) äussert sich dazu wie folgt:

So können schlechte Beziehungen ein suboptimales Ergebnis bedingen, aber auch ein ungenau festgelegtes Ziel Streit auf der Beziehungsebene fördern und so ein wenig erfreuliches Ergebnis bedingen.

Probleme auf einer Ebene sollten demnach nie losgelöst, sondern immer im Kontext der anderen Hierarchieebenen beurteilt und bearbeitet werden.

2.5 Stand der Forschung

Teamarbeit wurde im sozialen Arbeitsbereich nach dem Vorbild industrieller Betriebe übernommen, um Kosten zu reduzieren, den Zusammenhalt der Mitarbeiter zu fördern und den Arbeitnehmern die Möglichkeit zur Kreativität und Innovation zu bieten (Rasmussen & Jeppesen, 2006, S.111). Ausserdem steigert die Arbeit im Team die Qualität der Pflege (Mukamel, Cai & Temkin-Greener, 2009, S. 1310). Diese Auswirkung auf die Pflegequalität zeigt sich laut Yeatts und Cready (2007, zit. n. Dackert, 2010, S.303) aber vor allem bei Pflegefachpersonen. Pflegehilfen hingegen zeigen kaum eine Verbesserung in ihrer Leistung. Antoni (2000, S. 100) schrieb dazu:

Das Wissen und Können der Gruppenmitglieder hängt in erster Linie von der personellen Zusammensetzung der Gruppe ab. Für effektive Gruppenarbeit sollten die Gruppenmitglieder fachlich gut qualifiziert sein und soziale Kompetenzen besitzen. Ferner sollte die Gruppenstruktur eine gewisse Heterogenität aufweisen, um eine gegenseitige Ergänzung und Befruchtung der Gruppenmitglieder zu ermöglichen.

Schon Widmer stellte 1988 (S. 138) in einer Studie fest, dass Konflikte in einem Pflege-
team einer der grössten Stressoren für das Pflegepersonal darstellen. Dementsprechend
wurde der Zusammenhalt im Team als zweitwichtigster Aspekt bezüglich der Arbeitszu-
friedenheit genannt.

In einer Studie mit 6441 Spitalangestellten fanden Kivimäki, Vanhala, Pentti, Länsisalmi,
Virtanen, Elovainio und Vahtera (2007, S.6) heraus, dass sich ein schlechtes Teamklima in
Kündigungsabsichten der Mitarbeiter äussert. So betonen sie auch, dass bei schlecht emp-
fundenem Teamklima der Krankenhausangestellten eine Intervention auf Teamebene wich-
tig wäre, um den Betrieb vor einer hohen Fluktuationsrate zu schützen.

Es ist eine grosse Herausforderung für die Betreuungsinstitutionen, ihren Bewohnern eine
qualitativ hochstehende Betreuung und Pflege zu bieten und dabei gleichzeitig bei steigen-
dem Kostendruck für die Pflegenden ein Arbeitsumfeld zu gestalten, das ihr Wohlbefinden
und ihre Gesundheit fördert (Dackert, 2010, S. 302). Ein Ansatzpunkt hierbei wäre die
Stationsgrösse. Wenderlein (2002, S. 172) stellte in einer Studie an 1020 deutschen Pfl-
gekräften fest, dass sich die Grösse eines Pflegeteams auf die Qualität des Teamklimas
auswirkt. Dies wurde auf mittelgrossen Stationen mit 13-24 Pflegekräften mehr als doppelt
so häufig mit „sehr gut“ bewertet, als auf grossen Stationen mit mehr als 25 Pflegenden.
Wenderlin vermutet hierbei, dass bei kleineren Stationen ein besseres Zusammengehörig-
keitsgefühl entsteht und die Pflegenden dadurch mehr Verantwortung übernehmen. Bei
Mobbing Problemen zeigte sich ein ähnliches Bild, wie beim Teamklima. Auch hier zeig-
ten die mittelgrossen Stationen mit 8% einen deutlich tieferen Wert als grosse Stationen,
mit einem Wert von 30%.

In Schweden wurde festgestellt, dass die Fehlzeiten bei Pflegekräften in gerontologischen
Institutionen massiv höher ist, als bei anderen Berufsgruppen (Dackert, 2010, S. 302).

Eine der umfassendsten Fehlzeiterhebung bei Mitarbeitern des Gesundheitswesens bietet
die deutsche DAK in ihrem Fehlzeitenrapport 2001 (zit. n. Wenderlein, 2002, S. 4). Die
Zahlen der Fehlzeiten im Gesundheitswesen liegen hier mit 4.1% deutlich über den ande-
ren Wirtschaftsbereichen, die alle zwischen 3.0 und 3.8% liegen. Einzig die öffentliche
Verwaltung erreicht einen noch höheren Prozentsatz.

Für die Schweiz sind keine repräsentativen Zahlen über die Fehlzeiten von Pflegenden
vorhanden. Laut Bundesamt für Statistik liegen die Absenzen im Bereich Gesundheits- und
Sozialwesen im Durchschnitt. Da dies aber alle Berufsgruppen dieses Sektors mitein-
schliesst, lassen sich keine Schlüsse auf die Pflege ziehen (Bundesamt für Statistik, 2010,
online).

Die Gründe für Fehlzeiten in der Krankenpflege wurden schon mehrfach untersucht. Somatische Erkrankungen aufgrund der berufsbedingten Nähe zu infektiösen Keimen tragen aber nicht dazu bei. Vielmehr sind es folgende Punkte, die bei der Analyse hoher Fehlzeiten immer wieder genannt werden (Wenderlein, 2002, S.6):

- Körperliche Belastung durch schweres Heben und Tragen
- Konflikte zwischen verschiedenen Berufsgruppen
- Psychische Belastungen durch schwierige Patientensituationen
- Schichtdienst
- Probleme bei der Gestaltung der eigenen Work-Life-Balance
- Behinderung der sozialen Kontakte durch die Arbeitszeiten
- Schnelle und unvorhersehbare Änderungen im Arbeitsalltag

Für Frauen im öffentlichen Dienst stellen Überforderung und Stress bei der Arbeit ein potentiell Risiko für eine Langzeiterkrankung dar (Vingard, Lindberg und Josephson, 2005, S. 372).

Wenderlein (2002, S. 142), die den Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit und den Fehlzeiten untersuchte, stellte fest, dass die Gruppenkohäsion und die gegenseitige Unterstützung innerhalb der Teams fast immer als gut bewertet wurde. Nur 7% der Pflegekräfte beurteilten dies als eher schlecht. Hingegen wurde die Klarheit der Arbeitsaufgaben in dieser Studie von 13% der Probanden als schlecht bewertet. Bei Personen, die die Kohäsion ihrer Arbeitsgruppe als negativ bewerteten waren es sogar 55%. In der Studie fand sich jedoch kein Zusammenhang zwischen dem Stationsklima und den Fehlzeiten der Pflegenden. Besonders zu erwähnen sind jedoch die Gründe, die die Pflegenden hinter den Fehlzeiten vermuteten. 71% der Probanden und Probandinnen vermuteten, dass hohe Fehlzeiten aufgrund eines schlechten Betriebsklimas entstehen. Ausserdem schätzten 50% der Pflegenden, dass die Hälfte aller Fehlzeiten motivationsbedingt sind (Wenderlein, 2002, S. 159).

Dackert (2010, S. 308) fand in ihrer Studie an 493 ProbandInnen in schwedischen Institutionen der gerontologischen Langzeitpflege einen positiven Zusammenhang zwischen einem Teamklima, dass Innovation fördert und dem individuellen Wohlbefinden der Pflegekräfte. Ausserdem ergab ihre Studie eine Korrelation zwischen einem negativ empfundenen Teamklima und Stress. Zudem war bei den Teilnehmenden die Aufgaben- und Zielorientierung ihres Teams deutlich weniger ausgeprägt, als bei Teams anderer Bereiche des Gesundheitswesens. Als Erklärungsansatz zu dieser Feststellung äussert sich Dackert (2010, S. 308) wie folgt:

One explanation for this might be that in long-term care, there are less clear objectives to achieve.

Als Schlussfolgerung der Untersuchung gibt Dackert zu bedenken, dass die Förderung eines innovativen Teamklimas die persönlichen Kompetenzen der einzelnen Mitarbeiter wachsen und somit eine höhere Qualität der Pflegeleistungen erreicht werden könnte. Dadurch würde eine bessere Kompensation von berufsbedingtem Stress möglich.

Personalkosten machen zwei Drittel der Kosten eines Krankenhauses aus. Beim stetigen Kostendruck im Gesundheitswesen ist eine Kostenreduktion durch die Senkung der Fehlzeiten der Mitarbeiter somit mehr als erstrebenswert (Wenderlein, 2002, S. 6).

3. Empirischer Teil

3.1 Fragestellung und Hypothesen

Da sich in den Studien von Wnderlein (2002, S. 142-159) und Dackert (2010, S. 308) sowohl in der Task-Reflexivity, wie auch in der Social-Reflexivity (Kauffeld, 2001, S.131) Defizite einzelner Dimensionen bei Pflgeteams zeigten, ergibt sich folgende erste Hypothese bezüglich der Teams der gerontologischen Langzeitpflege:

Hypothese 1: In der Beurteilung des Teamklimas der Pflegekräfte zeigen sich signifikante Ressourcen, wie auch Defizite in den Bereichen der Strukturorientierung und der Personorientierung.

Antoni betont, wie wichtig gut ausgebildete, kompetente Mitarbeiter für die Teamarbeit sind. In Zusammenhang mit der Erkenntnis von Yeatts und Cready (2007, zit. n. Dackert, 2010, S.303), dass sich die Qualität der Arbeitsleistung durch die Teamarbeit vor allem bei ausgebildetem Pflegepersonal verbessert, nicht aber bei Pflegepersonen ohne Ausbildung führt dies zu folgender zweiter Hypothese:

Hypothese 2: Die verschiedenen Berufsgruppen in Pflgeteams zeigen einen signifikanten Unterschied in der Einschätzung des Teamklimas.

Die dritte Hypothese gründet auf den Ergebnissen von Dakert (2010, S. 308), dass ein als negativ empfundenenes Teamklima bei den Pflegenden Stress erzeugt und das Wohlbefinden negativ beeinflusst. Stress wiederum stellt für Frauen im öffentlichen Dienst ein Risiko für Langzeiterkrankungen dar (Vingard, Lindberg und Josephson, 2005, S. 372). Daraus ergibt sich folgende Annahme:

Hypothese 3: Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen den subjektiv empfundenen Defiziten des Teamklimas und den Fehlzeiten der Pflegekräfte.

3.2 Der Fragebogen zur Arbeit im Team FAT

3.2.1 Aufbau des Fragebogens zur Arbeit im Team

Zur Erhebung des Teamklimas wurde der Fragebogen zur Arbeit im Team kurz FAT (Kauffeld, 2004) verwendet. Der FAT erfragt die zwei Dimensionen der Strukturorientierung und der Personenorientierung. Die Strukturorientierung ist wiederum aufgeteilt in die Subskalen Zielorientierung und Aufgabenbewältigung. Der Personenorientierung unterstehen die Subskalen Zusammenhalt und Verantwortungsübernahme. Veranschaulicht wurde diese Aufteilung in der Kasseler Teampyramide. Die Bestimmung des Teamklimas mittels des FAT eignet sich laut Kauffeld (2004, S.23) für sämtliche Formen der Teamarbeit. Von Rosenstiel (2007, S. 302) hebt den FAT jedoch als das zu bevorzugende Diagnoseinstrument bei permanenten Arbeitsteams hervor. Somit stellt der FAT ein optimales Diagnoseinstrument bei Pflgeteams dar.

Erfragt werden die verschiedenen Dimensionen des FAT mithilfe zwei gegensätzlicher, bipolarer Aussagen, welche einander gegenübergestellt werden. Die TeilnehmerInnen können nun auf einer sechsstufigen Ratingskala von einer Aussage zur anderen, die für sie gültige Position ihres Teams wählen. Negativformulierungen einiger Items sollen dabei einer einseitigen Antworttendenz entgegenwirken (Kauffeld, 2004, S.18).

Der FAT umfasst insgesamt 24 Items, wobei zwei Items der Erfragung der sozialen Erwünschtheit dienen. Die Bearbeitung des Tests dauert knapp zehn Minuten.

3.2.2 Theoretische Befunde

Reliabilität

Die internen Konsistenzen der beiden Skalen beträgt durchschnittlich gemäss Cronbach Alpha Koeffizient $\alpha=.86$, was als hoher Wert gewichtet werden kann. Die interne Konsistenz der Subskalen beträgt durchschnittlich $\alpha=.78$, was als genügende interne Konsistenz gewertet werden kann (Kauffeld, 2004, S.46; Brosius, 2006, S. 800-802).

Validität

Die Validität des Tests wurde in verschiedenen Bereichen der Arbeitswelt ermittelt. Es wurde dabei sowohl die Konstruktvalidität, wie auch die Kriteriumsvalidität untersucht. Jedoch waren die Stichprobengrößen jeweils zu klein, um allgemeine Aussagen über die teamübergreifende Validität des Tests zu machen. Weitere Untersuchungen sind geplant (Kauffeld, 2004, S.49)

3.2.3 Angaben zur Person

Um das erfasste Teamklima mit den für die Hypothesen relevanten Faktoren der Funktion und der Absenzen in Verbindung bringen zu können, wurde die dem FAT bereits angegliederte Befragung zur Person durch eine selbstkonzipierte ersetzt. Diese wurde an 5 Testpersonen aus dem Pflegebereich getestet, um die Verständlichkeit der Items zu überprüfen. Die Fragen wurden von den Versuchspersonen als gut verständlich bewertet und damit unverändert an den FAT angehängt.

3.3 Methodik

Um eine möglichst breite und allgemeingültige Aussage über das Teamklima in der gerontologischen Langzeitpflege machen zu können, wurde die Befragung quantitativ durchgeführt.

Obwohl EDV-Kenntnisse auch in der Pflege unablässig sind, wurde im Gespräch mit den teilnehmenden Altersheimen doch deutlich, dass eine Erfassung mittels Papier und Bleistift

von den MitarbeiterInnen der Institutionen bevorzugt würde. Zudem besitzt nicht jede/jeder Pflegende einen eigenen E-Mail Account, was die Verteilung eines elektronischen Fragebogens zusätzlich erschwert hätte. So wurden die Daten mittels Papier und Bleistift erhoben.

3.3.1 Durchführung der Datenerhebung

Vor der Datenerhebung wurden die teilnehmenden Institutionen mittels eines Schreibens bezüglich der bevorstehenden Befragung über den zeitlichen Ablauf und die wichtigsten Eckdaten der Befragung informiert. Die Fragebögen wurden durch die Verantwortlichen Bereichsleiter der Institutionen selbständig zwischen 6. Februar und 6. März an die TeilnehmerInnen verteilt und wieder zusammengetragen. Da dadurch eine mündliche Testinstruktion durch einen Testleiter wegfiel, wurde diese schriftlich verfasst. Nach Bortz und Döring (2006, S. 256) sollte diese möglichst unmissverständlich sein. Darum wurde die Testinstruktion vorgängig mittels den fünf Pretestern aus dem Pflegebereich getestet. Nach kleinen Korrekturen wurde die Instruktion als klar und gut verständlich bewertet und konnte als Deckblatt vor den eigentlichen Fragebogen geheftet werden. Die Befragung erfolgte anonym und auf freiwilliger Basis.

3.3.2 Stichprobe

Die Stichprobe wurde mittels Anfrage der Heimleitungen verschiedener Altersheime im Raum Zürich, Aargau und Solothurn generiert. Von den angefragten Altersheimen stellten sich schliesslich drei private Altersheime der Stadt Zürich und ein öffentliches Altersheim im Kanton Aargau zur Verfügung. Da das Altersheim im Kanton Aargau rund doppelt so viele Pflegepersonen als Mitarbeiter zählt als die privaten Institutionen, werden beide Institutionsformen gleichermassen berücksichtigt.

3.3.3 Datenanalyse

Die Daten wurden mittels des vorgängig beschriebenen Verfahrens erfasst. Anschliessend erfolgte die Datenanalyse mit dem IBM SPSS 19.0 für Windows.

93 Fragebögen wurden retourniert. Drei Fragebögen mussten wegen wiederholten Mehrfachnennungen aussortiert werden. Fehlende Werte kamen nicht vor. So wurden schlussendlich 90 Fragebögen für die Ermittlung der Ergebnisse verwendet.

3.4 Darstellung der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die für die Überprüfung der Hypothesen relevanten Ergebnisse aus der Datenanalyse dargestellt. Der erste Teil informiert über die Stichprobe. Im zweiten Teil werden die Ergebnisse der statistischen Datenauswertung behandelt.

3.4.1 Stichprobe

Die TeilnehmerInnen wurden zu ihrem Arbeitsort, ihrem Geschlecht, ihrem Alter und der Funktion, in der sie tätig sind, befragt. Die Tabellen des IBM SPSS 19.0 zu den Häufigkeitsverteilungen sind dem Anhang zu entnehmen.

3.4.2 Altersheime

9 TeilnehmerInnen arbeiten im Altersheim 1 (10%), 22 TeilnehmerInnen im Altersheim 2 (24.4%), 25 TeilnehmerInnen im Altersheim 3 (27.8%) und 34 TeilnehmerInnen im Altersheim 4 (37.8%). Die Altersheime 1-3 sind private Institutionen, das Altersheim 4 ist eine öffentliche Institution. Somit stammen ein gutes Drittel der Daten von TeilnehmerInnen aus der öffentlichen Institution und knapp zwei Drittel der Daten von TeilnehmerInnen aus einer privaten Institution.

3.4.3 Geschlecht

Die Stichprobe von insgesamt 90 Personen besteht aus 85 Frauen und 5 Männern. Die weiblichen Teilnehmer machen somit einen Prozentsatz von 94.4% aus, die männlichen TeilnehmerInnen einen Prozentsatz von 5.6%.

3.4.4 Alter

4 (4.4%) TeilnehmerInnen gaben an, unter 20 Jahre zu sein. 22 (24.4%) TeilnehmerInnen gaben an, 21-30 Jahre alt zu sein. 11 (12.2%) TeilnehmerInnen gaben an, 31-40 Jahre zu sein. 24 (26.7%) TeilnehmerInnen gaben an, 41-50 Jahre zu sein. 29 (32.2%) TeilnehmerInnen gaben an, über 50 Jahre zu sein. Rund zwei Drittel der TeilnehmerInnen sind also über 40 Jahre alt. Ein Drittel der Stichprobe ist jünger als 40 Jahre.

3.4.5 Funktion

Bei den Funktionen bilden die Pflegehilfen und PflegeassistentInnen die grösste Gruppe mit einer Anzahl von 42 (46.7%). Die nächstgrösste Gruppe sind die diplomierten Pflegefachpersonen mit einer Anzahl von 35 (38.9%) zu nennen. Die kleinste Gruppe bilden die neuste Ausbildungsform der Fachangestellten Gesundheit mit 13 (14.4%) Personen.

3.5 Ergebnisse der Statistischen Datenauswertung

Nachfolgend werden die für die Beantwortung der Fragestellungen relevanten Daten erläutert, beginnend mit den Daten zur ersten Fragestellung, bis hin zu den Daten zur letzten Fragestellung. Die Auswertungstabellen des IBM SPSS 19.0 sind dem Anhang zu entnehmen.

Um die Nennungen der Probanden verwerten zu können, wurde die Sechskerskala des FAT gewichtet, wobei die Negativaussage den tiefsten Wert erhielt und die Positivaussage den höchsten Wert. So wurde der Wert 1 als „sehr schlecht“, der Wert 2 als „schlecht“, der Wert 3 als „eher schlecht“, der Wert 4 als „eher gut“, der Wert 5 als „gut“ und der Wert 6 als „sehr gut“ definiert.

3.5.1 Ausprägungen der Dimensionen der Struktur- und Personenorientierung

Zur Einschätzung der Ausprägungen der verschiedenen Dimensionen des Teamklimas wurden die Mittelwerte der Dimensionen Zielorientierung, Aufgabenbewältigung, Zusammenhalt und Verantwortungsübernahme mittels des FAT bestimmt.

Den höchsten Wert erreichte die Zielorientierung, mit einem Mittelwert von $\chi = 4.8$. Darauf folgt die Aufgabenbewältigung mit dem Wert $\chi = 4.4$. Fast gleichwertig mit einem

Wert von $\chi = 4.3$ folgt die Verantwortungsübernahme. Den tiefsten Wert erzielte die Dimension des Zusammenhalts mit einem Wert von $\chi = 4.1$.

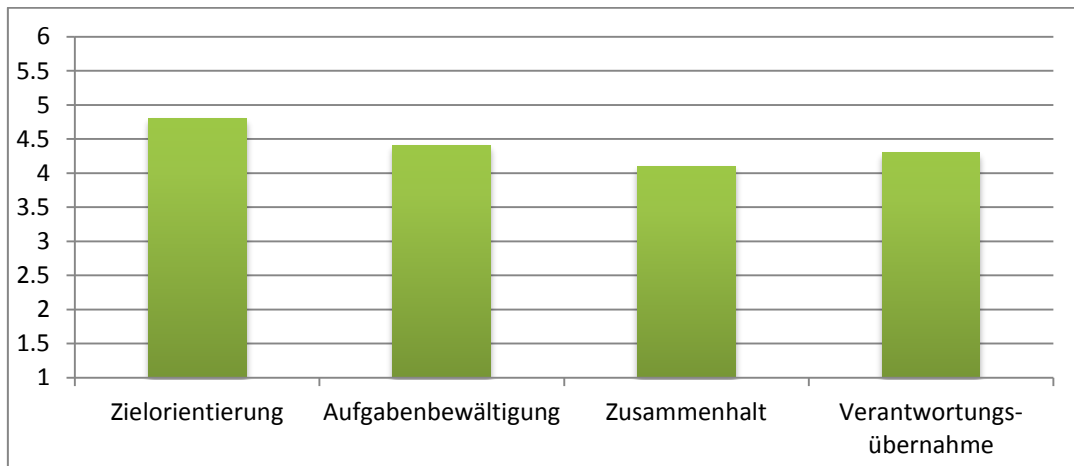


Abbildung 4: Ausprägungen der Dimensionen des FAT

Die Werte reichten bei der Zielorientierung von 2.8 bis 6. Die meisten Personen befanden sich zwischen den Werten 4.0 und 5.8. Den tiefsten Wert bei der Aufgabenbewältigung war der Wert 1, der höchste Wert 6. Somit verteilen sich bei der Aufgabenorientierung die Werte über den gesamten Bereich der Skala. Die meisten Personen sind jedoch zwischen dem Wert 3.5 und dem Wert 5 zu finden. Bei der Dimension des Zusammenhalts liegt der tiefste Wert bei 2.3, der höchste bei 5.8. Hier sind die Werte über diese Spannbreite flach verteilt. Die Werte bezüglich der Verantwortungsübernahme verteilen sich zwischen 2.5 und 5.8. Hier sind die meisten Personen eher im mittleren Bereich, zwischen den Werten 3.5 und 4.8 angesiedelt.

3.5.2 Einschätzung des Teamklimas der verschiedenen Berufsgruppen

Zur Bearbeitung der zweiten Fragestellung, ob die verschiedenen Berufsgruppen der Pflege eine differente Einschätzung des Teamklimas zeigen, wurden die vier Dimensionen des FAT mit den drei definierten Berufsgruppen der diplomierten Pflegefachpersonen“, den „Fachangestellten Gesundheit“ und den „Pflegehilfen und PflegeassistentInnen“ in Verbindung gebracht. Dazu wurden bei der Gesamtstichprobe von 90 Probanden mit einer einfaktoriellen Varianzanalyse die Mittelwerte der Berufsgruppen miteinander verglichen und überprüft, ob die Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe einen Einfluss auf die Beurtei-

lung der Dimensionen „Zielorientierung“, „Aufgabenbewältigung“, „Zusammenhalt“ und „Verantwortungsübernahme“ hat.

Die Kategorien „diplomierte Pflegefachpersonen“, „Fachangestellte Gesundheit“ und Pflegehilfen und PflegeassistentInnen“ treten in unterschiedlicher Grösse auf. Die kleinste Gruppe stellen die „Fachangestellten Gesundheit“ dar, mit 13 TeilnehmerInnen (14.4%). Die nächst grössere Gruppe bilden die „diplomierten Pflegefachpersonen“ mit 35 TeilnehmerInnen (38.9%). Die grösste Gruppe der Stichprobe sind die „Pflegehilfen und PflegeassistentInnen“ mit 42 TeilnehmerInnen (46.7%). Die Berufsgruppe der „Pflegehilfen und PflegeassistentInnen“ machen also fast die Hälfte der Stichprobe aus.

Zielorientierung

Deskriptive Statistik

Der Gesamtmittelwert der Stichprobe beträgt 4.8 bei einem möglichen Minimalwert von 1 (=sehr schlecht) und einem möglichen Maximalwert von 6 (= sehr gut). Mit einem Mittelwert von 4.8 befindet sich die Gruppe der „Pflegehilfen und PflegeassistentInnen“ genau in diesem Mittel. Die „Fachangestellten Gesundheit“ liegen mit einem Wert von 4.7 knapp unter dem Gesamtmittelwert. Die „diplomierten Pflegefachpersonen“ zeigen mit 4.9 den höchsten Wert der Gruppen.

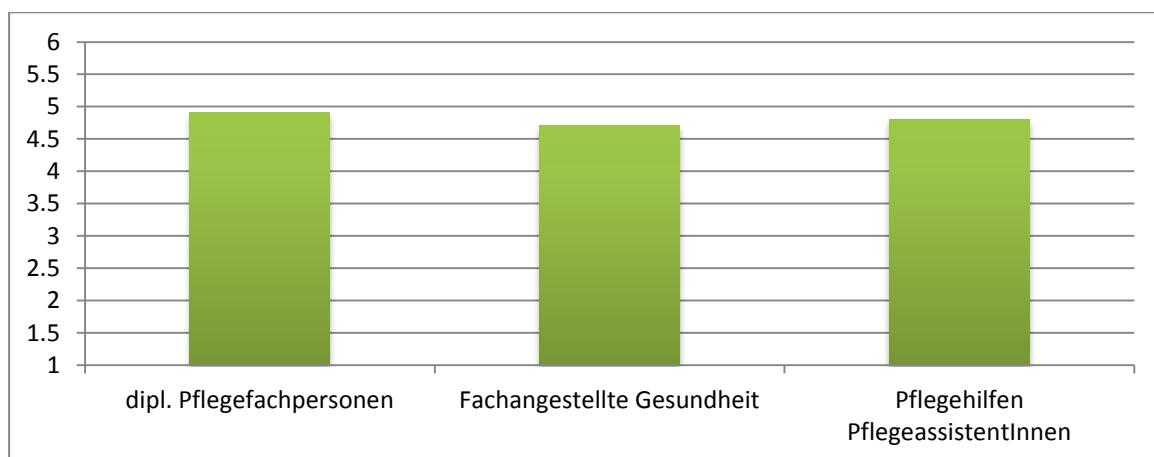


Abbildung 5: Einschätzung der Zielorientierung der Berufsgruppen

Der tiefste genannte Wert für die Stichprobe liegt bei 2.8, der Höchstwert beim Maximalwert 6. Die Standardabweichungen $s_1=.72$, $s_2=.81$ und $s_3=.73$ sind ähnlich. Gemäss dem Q-Q-Diagramm ist die Normalverteilung gegeben.

Resultate und Signifikanztest

Mit einer Signifikanz des F-Wertes im Levene-Test von $p = .745$ ist das Signifikanzniveau von $\geq .2$ erreicht und somit die Varianzhomogenität erfüllt. Die Varianzen der Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander. Ob die Varianz zwischen den Gruppen grösser ist als die Varianz innerhalb der Gruppen wurde mit dem F-Test geprüft und liefert folgendes Ergebnis: $F = .228, p = .797$.

Mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p > .05$ wird die Nullhypothese angenommen. Die Varianz zwischen den Berufsgruppen ist nicht signifikant grösser als die Varianz innerhalb der Berufsgruppen. ($F = 1$). Die Mittelwerte der Berufsgruppen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander. Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Berufsgruppe und der Bewertung der Dimension der Zielorientierung.

Aufgabenbewältigung

Deskriptive Statistik

Der Gesamtmittelwert der Stichprobe von 90 TeilnehmerInnen liegt bei 4.4. Der mögliche Minimalwert beträgt 1 (= sehr schlecht), der mögliche Maximalwert 6 (=sehr gut). Den tiefsten Mittelwert der verschiedenen Berufsgruppen erzielten die „Pflegehilfen und PflegeassistentInnen“ mit einem Wert von 4.2, gefolgt von den „Fachangestellten Gesundheit“ mit einem Mittelwert von 4.4. Den höchsten Mittelwert bei der Dimension Aufgabenbewältigung erreichten die „diplomierten Pflegefachpersonen“ mit einem Wert von 4.6.

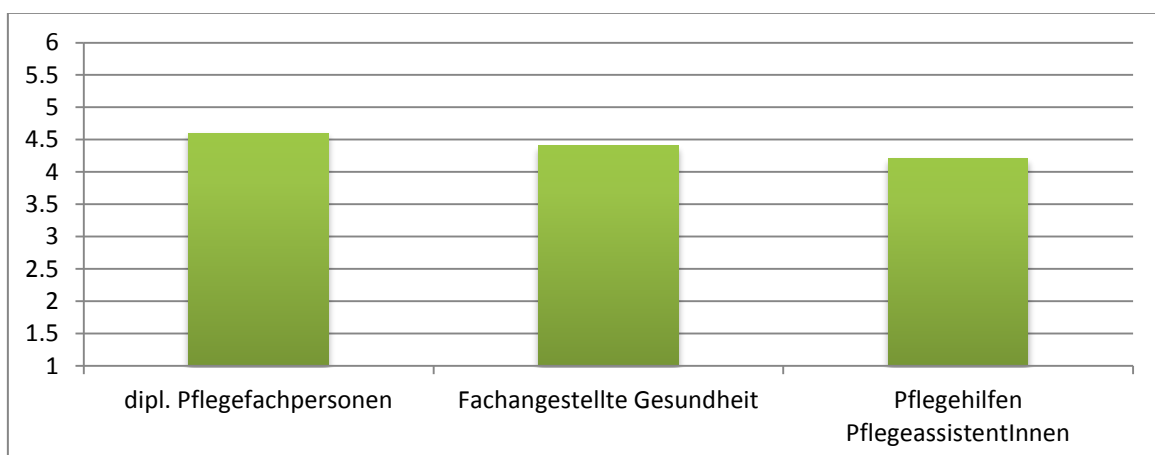


Abbildung 6: Einschätzung der Aufgabenbewältigung der Berufsgruppen

Tiefster Nennwert der Befragung war der Wert 3, Höchstwert erneut beim Maximalwert von 6. Die Standardabweichungen $s_1=.67$, $s_2=.73$ und $s_3=.75$ sind ähnlich. Das Q-Q-Diagramm zeigt eine Normalverteilung.

Resultate und Signifikanztest

Im Levene-Test wurde das Signifikanzniveau von $\geq .2$ mit einem Signifikanztest von $p = .865$ erreicht. Die Varianzhomogenität ist damit erfüllt. Die Varianzen der Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander. Ob die Varianz zwischen den Gruppen grösser ist als die Varianz innerhalb der Gruppen wurde mit dem F-Test geprüft. Das Ergebnis für den F-Wert war hierbei $F = 1.909$, der Signifikanztest lag bei $p = .154$.

Mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p > .05$ wird die Nullhypothese angenommen. Die Varianz zwischen den Berufsgruppen ist nicht signifikant grösser als die Varianz innerhalb der Berufsgruppen ($F = 1$). Die Mittelwerte der Berufsgruppen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander. Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Berufsgruppe und der Bewertung der Dimensionen der Zielorientierung.

Zusammenhalt

Deskriptive Statistik

Bei der Stichprobe von 90 TeilnehmerInnen liegt der Gesamtmittelwert bei 4.1. Möglicher Minimalwert ist der Wert 1 (= sehr schlecht). Der mögliche Maximalwert ist auf den Wert 6 (= sehr gut) definiert. Tiefster Mittelwert der Berufsgruppen ist der Wert 4, den die „Fachangestellten Gesundheit“ erreichten. Sowohl die „diplomierten Pflegefachpersonen“, wie auch die „Pflegehilfen und PflegeassistentInnen“ erreichten einen Mittelwert von 4.1, der nur knapp über dem Mittelwert der Fachangestellten Gesundheit liegt.

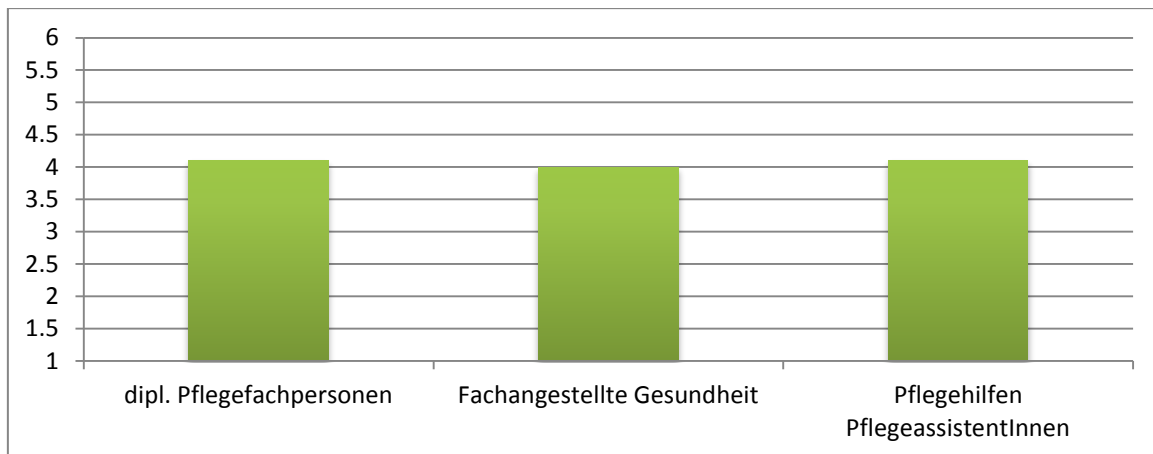


Abbildung 7: Einschätzung des Zusammenhalts der Berufsgruppen

Der tiefste genannte Wert in der Befragung bezüglich des Zusammenhalts war der Wert 2.3, der höchste genannte Wert der Wert 5.8. Mit $s_1=.86$, $s_2= 1$ und $s_3 = .83$ sind die Standardabweichungen ähnlich. Im Q-Q-Diagramm ist eine Normalverteilung zu sehen.

Resultate und Signifikanztest

Mit einer Signifikanz von $p = .821$ des F-Wertes im Lavene-Test ist das Signifikanzniveau von $p \geq 2$ erreicht und damit ist die Varianzhomogenität erfüllt. Die Varianzen der Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander. Somit konnte der F-Test herangezogen werden, um zu bestimmen, ob die Varianz zwischen den Gruppen grösser ist als die Varianz innerhalb der Gruppen. Dabei lag der F-Wert bei $F = .16$, die Signifikanz lag bei $p = .852$.

Die Nullhypothese wird mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p > .05$ angenommen. Die Varianz zwischen den Berufsgruppen ist nicht signifikant grösser als die Varianz innerhalb der Berufsgruppen ($F = 1$). Die Mittelwerte der Berufsgruppen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander. Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Berufsgruppe und der Bewertung der Dimension Zusammenhalt.

Verantwortungsübernahme

Deskriptive Statistik

Bei einem möglichen Maximalwert von 6 (= sehr gut) und einem möglichen Minimalwert von 1 (= sehr schlecht) befand sich der Gesamtmittelwert der Stichprobe von 90 TeilnehmerInnen bei 4.3. Den höchsten Mittelwert von 4.3 erzielten sowohl die „diplomierten Pflegefachpersonen“, wie auch die „Pflegehilfen und PflegeassistentInnen“. Die „Fachan-

gestellten Gesundheit“ lagen mit einem Mittelwert von 4 unter den beiden anderen Berufsgruppen.

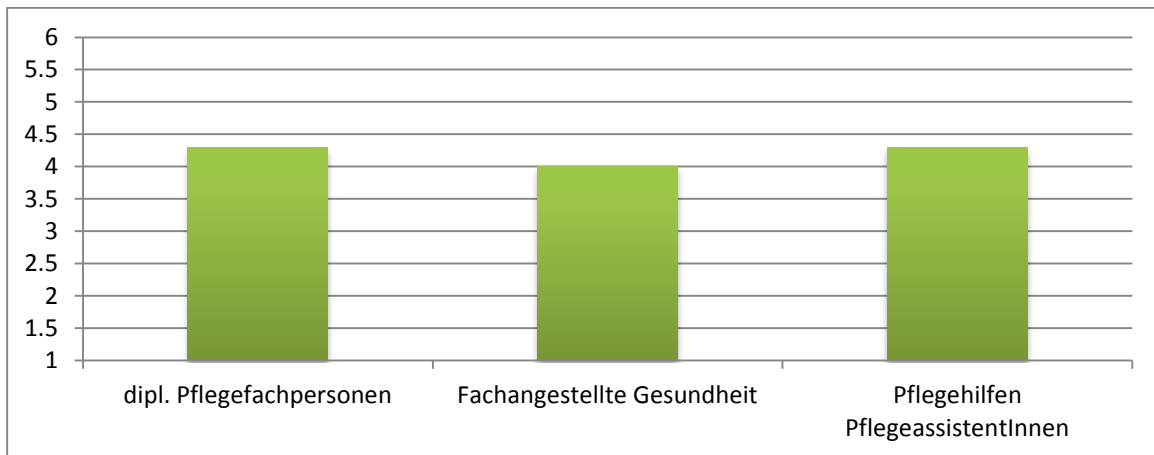


Abbildung 8: Einschätzung der Verantwortungsübernahme der Berufsgruppen

Der Wert 2.5 war der tiefste genannte Wert der gesamten Stichprobe. Höchstwert aller Nennungen war der Wert 5.8. Die Standardabweichungen sind mit $s_1=.75$, $s_2= 1$ und $s_3 = .72$ eher unterschiedlich. Im Q-Q-Diagramm ist eine Normalverteilung zu sehen.

Resultate und Signifikanztest

Mit einer Signifikanz des F-Wertes im Levene-Test von $p = .057$ ist das Signifikanzniveau von $p \geq .2$ nicht erreicht und somit die Varianzhomogenität nicht erfüllt. Deshalb wird der modifizierte F-Test (Welch-Test) herangezogen. Mit dem modifizierten F-Test wurde überprüft, ob die Varianz zwischen den Gruppen grösser ist als die Varianz innerhalb der Gruppen. Der geschätzte F-Wert betrug $F = .594$, die Signifikanz $p = .559$.

Mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p > .05$ wird die Nullhypothese angenommen. Die Varianz zwischen den Berufsgruppen ist nicht signifikant grösser als die Varianz innerhalb der Berufsgruppen ($F=1$). Es gibt keinen signifikanten Unterschied der Mittelwerte der Berufsgruppen. Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Berufsgruppe und der Bewertung der Dimension Verantwortungsübernahme.

3.5.3 Zusammenhang zwischen Defiziten im Teamklima und Fehlzeiten

Zur Untersuchung der dritten Hypothese wurden die Anzahl der krankheitsbedingten Fehlzeiten im letzten Jahr und die durchschnittliche Dauer der Absenzen mit den vier Dimensionen Zielorientierung, Aufgabenbewältigung, Zusammenhalt und Verantwortungsüber-

nahme des FAT auf ihren Zusammenhang geprüft. Die Skala für die Anzahl der krankheitsbedingten Fehlzeiten war in der Befragung in drei Stufen unterteilt, nämlich 1 (= nie), 2 (= 1-3 mal) und 3 (= mehr als 3 mal). Die Skala Dauer der Absenzen bestand aus vier Stufen und war in 0 (= keine), 2 (= 1-2 Tage), 3 (= 3-5 Tage) und 4 (= mehr als 5 Tage) unterteilt.

Zur Analyse der Daten wurde die Korrelation anhand des Korrelationskoeffizienten der einzelnen Dimensionen und der Anzahl der krankheitsbedingten Fehlzeiten, sowie der Dauer der Absenzen berechnet. Alle 90 TeilnehmerInnen konnten in die Berechnungen miteinbezogen werden. Es gab keine Fehlenden Werte.

Als erster Schritt wird im Unterkapitel der deskriptiven Statistik die Häufigkeiten der Anzahl der krankheitsbedingten Fehlzeiten und der Dauer der Absenzen erläutert. Auf eine erneute Betrachtung der deskriptiven Statistik der vier Dimensionen des FAT wird verzichtet, da diese im vorangehenden Kapitel bereits ausführlich erläutert wurde. Als zweiter Schritt werden die Resultate und der Signifikanztest der Korrelationen erläutert.

Deskriptive Statistik

Anzahl der krankheitsbedingten Fehlzeiten

39 TeilnehmerInnen (43.3%) gaben an, in den letzten 12 Monaten nie krankheitshalber bei der Arbeit gefehlt zu haben. Die grösste Gruppe der Stichprobe machten die TeilnehmerInnen aus, die 1-3 mal bei der Arbeit gefehlt hatten, nämlich 41 Personen (45.6%). Mehr als 3 mal krankheitsbedingt gefehlt zu haben, gaben hingegen nur 10 Teilnehmerinnen (11.1%) an. Somit machen die Gruppen die nie oder 1-3 mal gefehlt hatten je fast die Hälfte der Stichprobe aus. Krankheitsbedingte Ausfälle von über 3 mal sind mit 11.1% eher selten.

Dauer der Absenzen

Bei der Angabe über die Dauer der Absenz, entspricht die Angabe von 0 Tagen mit 39 Nennungen (43.3%) den Teilnehmerinnen, die angegeben hatten, in den letzten 12 Monaten nie bei der Arbeit gefehlt zu haben. 24 Personen (26.7%) gaben an, die Dauer der meisten ihrer Absenzen betrug 1-2 Tage. Bei 15 TeilnehmerInnen (16.7%) betrug die Dauer der Krankheitsabsenz 3-5 Tage. Die kleinste Gruppe machten mit 12 Nennungen (13.3%) die Teilnehmerin mit Krankheitsabsenzen von über 5 Tagen aus.

Resultate und Signifikanztests

Zielorientierung

Der lineare Zusammenhang zwischen der Dimension Zielorientierung, der Anzahl der krankheitsbedingten Fehlzeiten und der Dauer der Absenzen wurde mit dem Korrelationskoeffizienten getestet und ergab folgende Ergebnisse:

Anzahl der krankheitsbedingten Fehlzeiten

Die Nullhypothese wird abgelehnt. Der Korrelationskoeffizient $r = -.237$ unterscheidet sich signifikant von Null. Mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p = .024$ ($p < .05$) besteht zwischen den Variablen Zielorientierung und Anzahl der Krankheitstage ein signifikanter negativer Zusammenhang. Es handelt sich um eine kleine bis mittlere Effektstärke.

Dauer der Absenzen

Mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p = .628$ ($p > .05$) wird die Nullhypothese angenommen. Der Korrelationskoeffizient $r = -.052$ unterscheidet sich nicht signifikant von Null. Zwischen den beiden Variablen Zielorientierung und Dauer der Absenz besteht kein signifikanter Zusammenhang.

Aufgabenbewältigung

Zwischen den Variablen der Aufgabenbewältigung, der Anzahl der Krankheitstage und der Dauer der Absenzen wurde mithilfe des Korrelationskoeffizienten der lineare Zusammenhang getestet. Daraus ergaben sich folgende Ergebnisse:

Anzahl der krankheitsbedingten Fehlzeiten

Der Korrelationskoeffizienten von $r = -.329$ mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p = .002$ ($p < .05$) unterscheidet sich signifikant von Null. Die Nullhypothese wird daher abgelehnt. Es besteht ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen der Variable Aufgabenbewältigung und der Variable Anzahl der Krankheitstage. Die Effektstärke bezeichnet einen mittleren Zusammenhang.

Dauer der Absenzen

Die Nullhypothese wird angenommen. Mit einem Korrelationskoeffizienten von $r = -.207$ und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p = .051$ ($p > .05$) ist die signifikante Unterscheidung von Null nicht gegeben. Zwischen den Variablen Aufgabenbewältigung und Dauer der Absenzen besteht kein signifikanter Zusammenhang.

Zusammenhalt

Mit dem Korrelationskoeffizienten wurde der lineare Zusammenhang zwischen der Variable Zusammenhalt und den Variablen Anzahl der Krankheitstage und Dauer der Absenzen getestet, was folgende Ergebnisse lieferte:

Anzahl der krankheitsbedingten Fehlzeiten

Mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p = .001$ ($p < .05$) wird die Nullhypothese angenommen. Der Korrelationskoeffizient $r = -.336$ unterscheidet sich signifikant von Null. Zwischen den Variablen Zusammenhalt und Anzahl der Krankheitstage besteht ein signifikanter negativer Zusammenhang. Die Effektstärke ist als mittel einzustufen.

Dauer der Absenzen

Der Korrelationskoeffizient von $r = -.196$ mit einer Signifikanz von $p = .065$ ($p > .05$) unterscheidet sich nicht signifikant von Null. Die Nullhypothese wird angenommen. Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen den Variablen Zusammenhalt und Dauer der Absenz.

Verantwortungsübernahme

Der lineare Zusammenhang zwischen den Variablen Verantwortungsübernahme, Anzahl der Krankheitstage und Dauer der Absenzen wurde mittels des Korrelationskoeffizienten getestet und ergab folgendes Ergebnis:

Anzahl der krankheitsbedingten Fehlzeiten

Die Nullhypothese wird abgelehnt, da sich der Korrelationskoeffizient $r = -.23$ signifikant von Null unterscheidet. Mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p = .029$ ($p < .05$) besteht zwischen den Variablen Verantwortungsübernahme und Anzahl der Krankheitstage ein

signifikanter negativer Zusammenhang. Die Effektstärke bezeichnet einen kleinen bis mittleren Zusammenhang.

Dauer der Absenzen

Mit einem Korrelationskoeffizienten von $r = -.23$ und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p = .029$ ($p < .05$) kann die Nullhypothese abgelehnt werden, da sich der Korrelationskoeffizient signifikant von Null unterscheidet. Zwischen den Variablen Verantwortungübernahme und Dauer der Absenzen besteht ein signifikanter negativer Zusammenhang. Die Effektstärke ist als klein bis mittel einzustufen.

4. Diskussion

4.1 Zusammenfassung

Ziel der Arbeit bestand darin, einen Überblick über die Struktur des empfundenen Teamklimas in der gerontologischen Langzeitpflege zu erlangen. Dabei sollten sowohl die Ausprägungen der verschiedenen Dimensionen des Teamklimas berücksichtigt werden, wie auch die Unterschiede bei der Einschätzung, die verschiedene Berufsgruppen der Pflege bei der Bewertung zeigen. Ausserdem sollte ein Bezug zwischen dem empfundenen Teamklima und den Absenzen der Pflegepersonen hergestellt werden.

Aus dieser Basis entstanden folgende Fragestellungen:

- Zeigen Pflgeteams der gerontologischen Langzeitpflege bezüglich der Personen- und der Strukturorientierung nennenswerte Ressourcen oder Defizite?
- Gibt es Unterschiede zwischen den verschiedenen Berufsgruppen eines Pflgeteams in der Einschätzung des Teamklimas?
- Gibt es einen Zusammenhang zwischen der subjektiven Einschätzung des Teamklimas und den Fehlzeiten der Pflegenden?

Bezüglich der Fragestellungen wurden folgende Hypothesen generiert:

Hypothese 1:

- In der Beurteilung des Teamklimas der Pflegekräfte zeigen sich signifikante Ressourcen, wie auch Defizite in den Bereichen der Strukturorientierung und der Personenorientierung.

Hypothese 2:

- Die verschiedenen Berufsgruppen in Pflorgeteams zeigen einen signifikanten Unterschied in der Einschätzung des Teamklimas.

Hypothese 3:

- Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen den subjektiv empfundenen Defiziten des Teamklimas und den Fehlzeiten der Pflegekräfte.

Im theoretischen Teil wurden zuerst die Begrifflichkeiten „Gruppe“ und „Team“ geklärt. Danach folgte ein Definitionsversuch des Teamklimas, welcher von Definitionen der Sozialpsychologie und der Arbeits- und Organisationspsychologie hergeleitet wurde. Das Teamklima wurde in die wesentlichen Faktoren zerlegt, von denen es beeinflusst wird. Dazu gehören die Gruppenkohäsion, die Gruppennormen, die Rollen, der Status und die Verantwortungsübernahme, welche eine erste Gruppe der Personenorientierung bildeten. Zur zweiten Gruppe der Strukturorientierung wurden die Faktoren der Zielsetzung, der Aufgabengestaltung und der Kooperation genannt. Zum Schluss des theoretischen Teils, wurden die Modelle der Team-Reflexivity, das SGRPI und die Kasseler Teampyramide erklärt.

Im empirischen Teil wurde dann an einer Stichprobe von Pflegekräften aus vier Altersheimen eine quantitative Erhebung mittels des Fragebogens zur Arbeit im Team durchgeführt. Danach folgte die Auswertung der Daten anhand der formulierten Hypothesen. Dies führt nun zur Interpretation der Daten.

4.2 Interpretation und Diskussion der Resultate

Die Interpretation und Diskussion der Resultate wird zugunsten der Strukturierung anhand der einzelnen Hypothesen vorgenommen. Dies führt zur Verifizierung oder Falsifizierung der Hypothesen im Fazit der Arbeit.

4.2.1 Ausprägungen der Dimensionen der Struktur- und Personenorientierung

Als erste Hypothese wurde folgende Aussage gewählt:

- In der Beurteilung des Teamklimas der Pflegekräfte zeigen sich signifikante Ressourcen, wie auch Defizite in den Bereichen der Strukturorientierung und der Personenorientierung.

Strukturorientierung

Auffallend ist in diesem Bereich der durchschnittlich hohe Wert der Zielorientierung, der mit einem Mittelwert von 4.8 als gut eingestuft werden kann. Dies lässt schliessen, dass sich die Institutionen der gerontologischen Langzeitpflege der Wichtigkeit einer präzise definierten Zielsetzung auf Teamebene bewusst sind. Gemäss dem Modell der Kasseler Teampyramide (Kauffeld, 2001, S. 138) und des SGRPI-Modells nach Beckhard (Rubin & Beckhard, 1984, S. 209) ist damit die Basis für eine erfolgreiche Teamarbeit gegeben. Dies ist ein wertvoller Grundstein, auf dem aufgebaut werden kann.

Die Aufgabenbewältigung als zweite Dimension des Bereichs Strukturorientierung liegt mit einem Mittelwert von 4.4 etwas unter dem Mittelwert der Zielorientierung. Dieser Wert widerspiegelt eine genügende bis gute Ausprägung der Dimension Aufgabenbewältigung. Die Verteilung der Probanden bei der Einschätzung der Aufgabenbewältigung liegt tiefer als bei der Einschätzung der Zielorientierung. Dies könnte darauf hinweisen, dass für die Pflegenden der gerontologischen Langzeitpflege bei der Definition und Verteilung der Arbeitsaufgaben mehr Unklarheiten bestehen als bei der Klärung der Ziele. Dafür kann es verschiedene Gründe geben. Einerseits könnten die Aufgabenstellungen und die damit verbundenen Anforderungen an die Pflegenden zu vage formuliert sein. Auch eine ungenügende Qualitätssicherung oder fehlende Handlungs- und Entscheidungsspielräume könnten diese tiefere Einschätzung bedingen.

Möglichkeiten zur Verbesserung der Dimension Aufgabenbewältigung bieten vor allem die von Ulrich (1998, S. 24) definierten Aufgabenmerkmale zur Steigerung der intrinsischen Motivation. Dazu gehören die ganzheitliche Tätigkeit, die Anforderungsvielfalt, die Möglichkeit zur sozialen Interaktion, das autonome Handeln und Entscheiden, sowie Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten. Werden nach diesen Gesichtspunkten Aufgaben gestaltet und transparent kommuniziert, dürfte sich die Einschätzung der Qualität der Dimension Aufgabenbewältigung verbessern.

Personenorientierung

Die Mittelwerte der Dimension Zusammenhalt mit 4.1 und Verantwortungsübernahme mit 4.3 liegen etwas tiefer als die Mittelwerte der Strukturorientierung.

Die Dimension Zusammenhalt erreicht den tiefsten Wert der vier Dimensionen. Der Mittelwert 4.1 entspricht der Wertung genügend. Hier befinden sich die Mittelwerte nicht wie bei den anderen Dimensionen um die Mitte verteilt, sondern flach über fast die gesamte Spannweite der Skala verstreut. Ein Grund dafür könnte sein, dass die Gruppenkohäsion subtiler gelebt und erlebt wird, als die Dimensionen der Strukturorientierung. Die Qualität der Kohäsion, sowie die Dependenz einer Gruppe werden von Gruppennormen, dem Status der einzelnen Gruppenmitglieder und der Rollenverteilung innerhalb der Gruppe beeinflusst. Diese emotional besetzten Beziehungsmechanismen sind im Arbeitsalltag wohl schwieriger konkret zu definieren als die Dimensionen der Strukturorientierung. Auch sind transparente Gespräche über die Beziehungen innerhalb des Teams wohl schwieriger zu erreichen, als bei den eher rational geprägten Ziel- und Aufgabendefinitionen. Widmers (1988, S. 138) Ergebnisse, dass der empfundene Gruppenzusammenhalt einen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte hat, zeigen die Relevanz der Dimension Zusammenhalt. Um eine Fluktuationsrate zu vermeiden, muss ein positiver Zusammenhalt in den Pflgeteams gefördert werden. Gemäss Beckhard (Rubin & Beckhard, 1984, S. 209) und auch Kauffeld (2001, S. 138) ist durch die stabilen Werte sowohl in der Dimension Zielorientierung, wie auch in der Dimension Aufgabenbewältigung die Basis für eine positiv empfundene Kohäsion gegeben. Also scheint es, als ob die Kohäsion eines Teams mit all ihren Einflussfaktoren in den Pflgeteams der gerontologischen Langzeitpflege bewusster wahrgenommen, beleuchtet und erarbeitet werden müsste. Hier sind Führungspersonen gefragt, die sich mit den Beziehungsmustern innerhalb des Teams auseinandersetzen und mit den Teammitgliedern aktiv daran arbeiten, um eine einheitlichere und positivere Wahrnehmung des Zusammenhalts des Teams zu erreichen.

Die Dimension Verantwortungsübernahme ist mit dem Mittelwert 4.3 als genügend bis gut zu werten. Sie liegt nahe beim Mittelwert der Aufgabenorientierung. Dies entspricht der Aussage von Maslach und Leiter (2001, S. 42), dass das Mass an Verantwortung, die Mitarbeiter zu übernehmen bereit sind, stark von der Organisation der Arbeitsabläufe abhängen. Eine Steigerung der Verantwortungsübernahme wäre daher durch eine klare Aufgabendefinition und die Möglichkeit zur Innovation gegeben. Gemäss dem Modell von Kauffeld (2001, S. 138) wird die Dimension Verantwortungsübernahme als oberste Dimension der Kasseler Teampyramide auch wesentlich von der Dimension Zusammenhalt beeinflusst. Eine Intervention auf der Stufe des Zusammenhalts könnte also auch eine positive Auswirkung auf die Dimension Verantwortungsübernahme beinhalten.

4.2.2 Einschätzung des Teamklimas der verschiedenen Berufsgruppen

Die zweite Hypothese lautet wie folgt:

- Die verschiedenen Berufsgruppen in Pflgeteams zeigen einen signifikanten Unterschied in der Einschätzung des Teamklimas.

Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Berufsgruppen in der Beurteilung des Teamklimas festgestellt werden. Dies trifft auf alle vier Dimensionen des FAT zu. Parallelen zur Theorie können hier keine gezogen werden, da keine Resultate im Bereich Teamklima bezüglich der verschiedenen Berufsgruppen der Pflege bekannt sind.

Besonderes Augenmerk galt der noch neuen Berufsgruppe der Fachangestellten Gesundheit. Hier hätten sich Unterschiede zeigen können, wenn die vor der Einführung der Fachangestellten Gesundheit herrschenden Strukturen unter den diplomierten Pflegefachpersonen und den PflegeassistentInnen und Pflegehilfen nicht aufgebrochen und umstrukturiert worden wären. Dies scheint aber gut gelungen zu sein. Einzig zu bedenken gilt, dass die Probandenzahl mit 13 TeilnehmerInnen vergleichsweise tief ist. Ein wirklich repräsentatives Resultat bezüglich der Einschätzung des Teamklimas der Fachangestellten Gesundheit, würde eine grössere Stichprobe erfordern.

4.2.3 Zusammenhang zwischen Defiziten im Teamklima und Fehlzeiten

Bezüglich der Fehlzeiten wurde folgende Hypothese formuliert:

- Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen den subjektiv empfundenen Defiziten des Teamklimas und den Fehlzeiten der Pflegekräfte.

Sämtliche Dimensionen des FAT, also Zielorientierung, Aufgabenbewältigung, Zusammenhalt und Verantwortungsübernahme korrelierten negativ mit der Variable Anzahl der krankheitsbedingten Fehlzeiten. Das heisst, je positiver die Dimensionen des Teamklimas gewertet wurden, desto weniger fehlten die Teilnehmer im letzten Jahr krankheitsbedingt. Umgekehrt korreliert eine negative Einschätzung des Teamklimas mit einer hohen Anzahl der Krankheitsausfälle. Vor allem die beiden Dimensionen der Aufgabenorientierung und des Zusammenhalts mit mittleren Effektstärken zeigen deutlich auf, wie relevant die Be-

achtung des Teamklimas in der Prävention von Krankheitsabsenzen ist. Diese Erkenntnis deckt sich auch mit der Untersuchung von Dackert (2010, S. 308), die einen Zusammenhang zwischen dem negativ empfundenen Teamklima und dem Wohlbefinden der Teilnehmer feststellte. Die Studie von Wenderlein (2002, S. 142), die keinen Zusammenhang zwischen den Fehlzeiten der Pflegenden und ihren Fehlzeiten feststellen konnte, widerspricht jedoch den Resultaten dieser Studie. Möglich ist hierbei, dass sich die Wirkung des Teamklimas in anderen Bereichen der Pflege als der gerontologischen Langzeitpflege anders verhält.

Das Teamklima hatte jedoch in den meisten Dimensionen keinen Einfluss darauf, wie lange diese krankheitsbedingten Absenzen dauern. Einzig die Dimension Verantwortungsübernahme korrelierte negativ mit der Variable der Dauer der Absenzen. Das heisst je negativer die Verantwortungsübernahme der Pflegekräfte empfunden wird, desto länger fallen die Krankheitsabsenzen aus. Dies könnte mit der zusätzlichen Belastung durch die Konzentration der Verantwortlichkeiten auf wenige Personen zusammenhängen. Dies ist jedoch nur eine Spekulation.

Durch die Korrelation des Teamklimas mit der Häufigkeit der Fehlzeiten und bei der Verantwortungsübernahme auch auf deren Dauer, hat das Teamklima auch einen erheblichen Einfluss auf die Wirtschaftlichkeit einer Institution. Krankheitstage kosten den Betrieb erhebliche Geldsummen. Durch die Förderung eines positiven Teamklimas könnten diese Ausgaben reduziert werden. Ebenfalls wichtig ist auch hier die Rolle der Vorgesetzten. Ihnen sollte vermittelt werden, welchen Einfluss das Teamklima auf die Mitarbeiter hat. So können Vorgesetzte bei wiederkehrenden Fehlzeiten gezielter nach als defizitär empfundenen Dimensionen des Teamklimas bei der betreffenden Pflegekraft nachfragen und gegebenenfalls Massnahmen zur Verbesserung treffen.

4.3 Fazit

Fragestellung 1: Zeigen Pflgeteams der gerontologischen Langzeitpflege bezüglich der Personen- und der Strukturorientierung nennenswerte Ressourcen oder Defizite?

Die Hypothese 1

- In der Beurteilung des Teamklimas der Pflegekräfte zeigen sich signifikante Ressourcen, wie auch Defizite in den Bereichen der Strukturorientierung und der Personenorientierung.

kann nur teilweise verifiziert werden. Es zeigen sich zwar Unterschiede in den vier Dimensionen der Struktur- und der Personenorientierung, diese sind jedoch zu gering, um von wirklichen Defiziten zu reden. Zumindest einen genügenden Mittelwert erreichten alle vier Dimensionen des FAT. Einzig die Dimension der Zielorientierung ist mit dem höchsten Mittelwert als eindeutige Ressource zu Werten. Dies kann als Basis für ein funktionierendes Teamklima gesehen werden, auf der aufgebaut werden kann.

Fragestellung 2: Gibt es Unterschiede zwischen den verschiedenen Berufsgruppen eines Pflorgeteams in der Einschätzung des Teamklimas?

Die Hypothese 2

- Die verschiedenen Berufsgruppen in Pflorgeteams zeigen einen signifikanten Unterschied in der Einschätzung des Teamklimas.

muss eindeutig falsifiziert werden. Keine der Untersuchten Berufsgruppen zeigte eine signifikante Abweichung in ihrer Beurteilung der vier Dimensionen des FAT.

Fragestellung 3: Gibt es einen Zusammenhang zwischen der subjektiven Einschätzung des Teamklimas und den Fehlzeiten der Pflegenden?

Die Hypothese 3

- Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen den subjektiv empfundenen Defiziten des Teamklimas und den Fehlzeiten der Pflegekräfte.

hingegen kann zumindest für die Anzahl der krankheitsbedingten Fehlzeiten einer Pflegeperson verifiziert werden. Für die Dauer der Krankheitsausfälle kann nur die Dimension der Verantwortungsübernahme verifiziert werden.

4.4 Methodenkritik

Die Arbeit mit dem Fragebogen zur Arbeit im Team FAT ermöglichte eine strukturierte und nachvollziehbare Gliederung des Teamklimas in vier Dimensionen. Dies erwies sich als hilfreiches Raster, um den vielfältigen Bereich des Teamklimas zu ordnen und diesen systematisch zu betrachten.

Durch die verständliche Formulierung des FAT blieben im Rücklauf Fragebögen mit fehlenden oder fehlerhaften Angaben grösstenteils aus. Auch erstreckte sich der Rücklauf über

alle getesteten Berufsgruppen, was eine gute Verständlichkeit des Tests über verschiedene Bildungsstufen verdeutlicht. Somit eignete sich der FAT hervorragend für die Befragung des Teamklimas.

Die genaue Rücklaufquote konnte nicht berechnet werden, da die Altersheime die Fragebögen selbständig an die Mitarbeiter verteilten und somit nicht nachvollziehbar ist, wie viele der Fragebögen tatsächlich bei den Mitarbeitenden angekommen sind. Dies kann als Kritik für die Methode gewertet werden, da die genaue Anzahl der verteilten Fragebögen auch eine Aussagekraft über die Bereitschaft der Pflegekräfte an der Mitarbeit am Projekt hätte.

Möglicherweise wäre durch eine grössere Stichprobe ein anderes Resultat bei den Ausprägungen der Dimensionen bei der Einschätzung des Teamklimas durch die verschiedenen Berufsgruppen zu erwarten. Die Durchschnittswerte liegen so nahe beieinander, dass mit einer höheren Teilnehmerzahl eventuell klarere Unterschiede zwischen den Variablen ersichtlich würden. Ausserdem ist die Stichprobe der Fachangestellten Gesundheit zu klein, um wirkliche Rückschlüsse auf diese Berufsgruppe ziehen zu können.

4.5 Ausblick

Um eine wirkliche Aussage über die Ressourcenquellen und die Belastungen von Pflegekräften machen zu können, reicht die Betrachtung des Teamklimas nicht aus. Die Ergebnisse dieser Untersuchung müssten mit anderen Erkenntnissen aus der Forschung verknüpft werden. Hierzu wären auch spezifische Zahlen zu den Fehlzeiten bei Pflegepersonen hilfreich und nötig. Nur so könnte ein umfassendes Bild entstehen, welches ein besseres Verständnis dieser komplexen Berufsgruppe ermöglichen könnte. Im Sinne der Wirtschaftlichkeit sollte es im Interesse der Institutionen liegen, die Wirkmechanismen im Arbeitsalltag von Pflegepersonen genauer zu betrachten, um präventiv gegen Absenzen und hohe Fluktuation vorgehen zu können.

Als weiterführende Überlegung wäre ein Vergleich mit Pflegekräften anderer Institutionen, wie zum Beispiel Spitälern oder ambulanten Pflegeeinrichtungen interessant. Auch der Vergleich mit anderen medizinischen Berufsgruppen könnte aufschlussreiche Resultate bringen. So könnten die Ergebnisse dieser Untersuchung besser verortet werden.

Literatur

- Antoni, C.H. (2000) *Teamarbeit gestalten*. Weinheim: Beltz.
- Bales, R.F. (1958). Task roles and social roles in problem solving groups. In E. Maccoby, T.M. Newcomb & E.L. Hartley (Eds.), *Readings in social psychology* (3rd Ed., pp. 437-447). New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bay, R.H. (1998). *Teams effizient führen. Teamarbeit – Teamentwicklung – TQM im Team*. Würzburg: Vogel.
- Beckhard, R. (1972). Optimizing Team-Building Efforts. *Journal of Contemporary Business*, 1, 23-32
- Bouwen, R. & Fry, R. (1996). Facilitating group development: Interventions for a relational and contextual construction. In M. A. West (Ed.), *Handbook of work group psychology* (pp. 531-552). Chichester: Wiley.
- Brodbeck, F.C., Anderson, N. & West, M. (2001). *Teamklima Inventar*. Ludwigs-Maximilians-Universität München: Institut für Psychologie.
- Bundesamt für Statistik. (2010) *Erwerbstätigkeit und Arbeitszeit – Indikatoren Absenzen*. [online] Available: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/03.html>
- Campbell, J.P.; Dunette, M.D.; Lawler, E.E. & Weick, K.E. (1970). *Managerial behaviour, performance and effectiveness*. New York: McGraw Hill.
- Cartwright, D. & Zander, A. (1968). *Group dynamics. Research and theory*. London: Tavistock Publications.
- Chemnitz, G. (1978). *Das sozio-emotionale Klima in Schulklassen*. Dissertation. Mainz: Johannes-Gutenberg Universität.
- Dackert, I. (2010). The impact of team climate for innovation on well-being and stress in elderly care. *Journal of Nursing Management*, 18, 302-310
- Fry, R., Rubin, I. & Plovnick, M. (1981). Dynamics of groups that execute or manage policy. In R. Payne & C. Cooper (Eds.), *Groups at Work* (pp. 41-57). New York: Wiley.
- Gebert, D. & von Rosenstiel, R. (2002). *Organisationspsychologie: Person und Organisation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Homans, G.C. (1951). *The human group*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Kauffeld, S. (2001). *Teamdiagnose*. Göttingen: Hogrefe.
- Kivimäki, M.; Vanhala, A.; Pentti, J.; Lämsäalmi, H.; Virtanen, M.; Elovainio, M. & Vantera, J. (2007). *Team climate, intention to leave and turnover among hospital employees: Prospective cohort study*. *BMC Health Services Research*, 7, 1-8

- Maslach, C. & Leiter, M.P. (1997). *The truth about burnout: How organisations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Mukamel, D.B.; Cai, S. & Temkin-Greener, H. (2009) Cost implications of organizing nursing home workforce in teams. In *Health Services Research*, 44, 1309-1925
- Porter, L.H. & Lawler, E. (1975). *Behaviour in organizations*. New York: McGraw Hill
- Rasmussen, T. & Jeppesen, J. (2006). Teamwork and associated psychological factors: a review. In *Work and Stress*, 20, 105-128
- Robbins, S.P.; Judge, T.A. & Campbell, T.T. (2010). *Organisational Behaviour*. Harlow: Pearson Education Limited.
- Rubin, I. & Beckhard, R. (1984). Factors influencing the Effectiveness of health teams. In D.A. Kolb, I. Rubin & J.M. McIntire (Eds.), *International Review of Industrial and Organizational Psychology* (Vol.3, pp. 58-88). Chichester: Wiley.
- Sherif, M. & Sherif, C. W. (1969), *Social Psychology*. New York: Harper & Row.
- Tschan, F. & von Cranach, M. (1996). Group Task Structure, Processes and Outcome. In M.A. West (Ed.), *Handbook of work group psychology* (pp. 95-121). Chichester: Wiley.
- Ulich, E. (1998). *Arbeitspsychologie*. (4. Aufl.) Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Vingard, E.; Lindberg, P. & Josephson, M. (2005). Long-term sick-listing among women in the public sector and its associations with age, social situation, lifestyle and work factors: a three year follow-up study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33, 370-375
- Von Rosenstiel, L. (2007). *Grundlagen der Organisationspsychologie* (6. Aufl.). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Wenderlein, U. (2002). *Analyse hoher Fehlzeiten bei Pflegekräften – Schwerpunkt Arbeitszufriedenheit*. Ulm: Medizinische Fakultät.
- West, M.A. (1994). *Effective Teamwork*. Exeter: BPC Weatons Ltd.
- Widmer, M. (1988). Stress, Stressbewältigung und Arbeitszufriedenheit beim Krankenpflegepersonal. In Schweizerisches Institut für Gesundheits- und Krankenhauswesen (Hrsg.), *Schriftenreihe des Schweizerischen Instituts für Gesundheits- und Krankenhauswesen* (S. 136-142), Band 40. Aarau: Schweizerisches Institut für Gesundheits- und Krankenhauswesen.
- Wunderer, R. (2009). *Führung und Zusammenarbeit*. (8. Aufl.). Köln: Wolters Kluwer.
- Yeatts, D. E. & Cready, C.M. (2007). Consequences of empowered CAN teams in nursing home settings: a longitudinal assessment. *The Gerontologist*, 47, 323-339

Anhang

- A Fragebogen zur Arbeit im Team und Angaben zur Person
- B Windows SPSS 19.0 Tabellen

A Fragebogen zur Arbeit im Team und Angaben zur Person

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer

Im vorliegenden Fragebogen geht es um das Klima und die Zusammenarbeit in Ihrem Team. Bei der Beantwortung gibt es keine richtigen oder falschen Antworten – jede Antwort ist dann zutreffend, wenn sie Ihre persönliche Einschätzung wiedergibt. Beantworten Sie deshalb jede Aufgabe möglichst offen und ehrlich. Gehen Sie bei der Beantwortung zügig vor. Der erste Eindruck ist normalerweise auch der Beste.

Jede der folgenden Aufgaben ist in Form von zwei gegensätzlichen Aussagen dargestellt. Bitte lesen Sie jeweils beide Aussagen sorgfältig durch. Zwischen den beiden Extremausagen sind sechs Kästchen. Machen Sie Ihr Kreuz bitte da, wo Sie Ihr Team persönlich einschätzen. Pro Aufgabe ist nur eine Antwort erlaubt. Bitte beantworten Sie alle 26 Aussagen, sowie die Angaben zu Ihrer Person auf der letzten Seite.

Beispiel einer Aufgabe:

1. Die Ziele unseres Teams sind uns klar Uns sind die Ziele des Teams unklar.

Falls Sie das Kästchen ganz links ankreuzen bedeutet dies, dass Sie der Aussage links voll und ganz zustimmen. Falls Sie das Kästchen ganz rechts ankreuzen bedeutet dies, dass Sie der Aussage rechts voll und ganz zustimmen. Die Kästchen dazwischen sind die Stufen zwischen den beiden Extremen. Die Kästchen von links nach rechts bedeuten also:

Die Aussage links trifft sehr zu.	Die Aussage links trifft zu.	Die Aussage links trifft eher zu.	Die Aussage rechts trifft eher zu.	Die Aussage rechts trifft zu.	Die Aussage rechts trifft sehr zu.
-----------------------------------	------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------	------------------------------------

Wenn Sie den Fragebogen ausgefüllt haben, stecken Sie diesen bitte zurück in das Couvert und deponieren Sie ihn in dem dafür vorgesehenen grossen Couvert auf Ihrer Station.

Die Befragung ist anonym, Rückschlüsse auf einzelne Personen sind nicht möglich.

Ich danke Ihnen für Ihre Mithilfe bei meiner Bachelorarbeit!

1. Die Ziele unseres Teams sind uns klar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Uns sind die Ziele des Teams unklar.
2. Alle bringen sich in gleichem Masse in das Team ein.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Einige lassen sich von den anderen Teammitgliedern durchziehen.
3. Unsere Ziele sind realistisch und erreichbar.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Unsere Ziele sind unrealistisch und unerreichbar.
4. Unsere Prioritäten sind unklar.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Unsere Prioritäten sind klar
5. Wir erreichen alle Ziele mit Leichtigkeit.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Manchmal haben wir den Eindruck, dass wir die Ziele nicht erreichen.
6. Die Teammitglieder kennen ihre Aufgaben.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Die Teammitglieder wissen nicht genau, was sie zu tun haben.
7. Wir koordinieren unsere Anstrengungen schlecht.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wir koordinieren unsere Anstrengungen gut.
8. Wir reden offen und frei miteinander.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wir reden nicht offen und frei miteinander.
9. Wir bringen alle wichtigen Informationen in unser Team ein.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wir behalten Informationen für uns.
10. Wir fühlen uns untereinander verstanden und akzeptiert.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wir fühlen uns untereinander unverstanden und nicht akzeptiert.
11. Einige denken zu viel an sich selbst.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Das Team steht im Mittelpunkt und nicht der Einzelne.
12. Es gibt niemals Spannungen im Team.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Manchmal gibt es Spannungen unter den Teammitgliedern.
13. Es gibt Konkurrenz zwischen den Teammitgliedern.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Konkurrenz zwischen den Teammitgliedern ist kein Thema.

14. Die Teammitglieder vermeiden es, Verantwortung zu übernehmen.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Die Mitglieder übernehmen Verantwortung.
15. Die Anforderungen an unsere Arbeitsergebnisse sind klar formuliert.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Die Anforderungen an unsere Arbeitsergebnisse sind nicht klar formuliert.
16. Die Teammitglieder helfen sich gegenseitig, wenn einer in Zeitnot gerät.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Die Teammitglieder helfen sich nicht, wenn einer in Zeitnot gerät.
17. Einzelne Teammitglieder versuchen sich - auf Kosten anderer – in den Vordergrund zu drängen.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Es versucht niemand, sich – auf Kosten anderer – in den Vordergrund zu drängen.
18. Wir denken ständig über Verbesserungen nach.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wir denken selten über Verbesserungen nach.
19. Ich identifiziere mich mit den Zielen des Teams.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ich identifiziere mich nicht mit den Zielen des Teams.
20. Informationen werden rechtzeitig ausgetauscht.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Informationen werden oft zu spät ausgetauscht.
21. Die Erreichung unserer Ziele ist wichtig für die Gesamtorganisation.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Die Erreichung unserer Ziele ist unwichtig für die Gesamtorganisation.
22. Wir haben Kriterien, um den Grad der Zielerreichung bestimmen zu können.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wir haben keine Kriterien, um den Grad der Zielerreichung bestimmen zu können.
23. In unserem Team fühlt sich jeder für das Gesamtergebnis der Arbeit verantwortlich.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	In unserem Team fühlt sich nicht jeder für das Ergebnis verantwortlich.
24. Wir fühlen uns als ein Team.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ein „Wir-Gefühl“ ist in unserem Team unterentwickelt.

Angaben zur Person

Die Angaben zu Ihrer Person werden für die Statistik verwendet und treten in der Arbeit nicht als einzelne Daten auf. Rückschlüsse auf Ihre Person sind nicht möglich.

1. In welchem Altersheim arbeiten Sie?

- 1 2 3 4

2. Ihre Funktion ist:

- Dipl. Pflegefachfrau, -
man HF; DN1+2; AKP oder
gleichwertiges Fachangestellte(r) Ge-
sundheit; Fachangestellte(r)
Betreuung oder gleichwertiges
 Pflegeassistent(in); Pfl-
gehilfe oder gleichwertiges

3. Ihr Geschlecht:

- weiblich männlich

4. Ihr Alter:

- Unter 20
Jahre 21-30 Jahre 31-40 Jahre 41-50 Jah-
re Über 50 Jah-
re

5. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten wegen Krankheit bei der Arbeit gefehlt?

- Nie 1-3 mal Mehr als 3 mal

6. Wie lange dauerten diese Krankheitsabsenz (falls mehrere Krankheitsabsenzen bitte die Antwort ankreuzen, die in den meisten Krankheitsfällen zutraf)?

- 1-2 Tage 3-5 Tage Mehr als 5 Tage

B Windows SPSS 19.0 Tabellen

Häufigkeiten Deskriptive Statistik

Statistiken

		AH	Funktion	Geschlecht	Krankheitstage	Alter	DauerAbsenz
N	Gültig	90	90	90	90	90	90
	Fehlend	0	0	0	0	0	0

Altersheime

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Pro- zente
Gültig	AH1	9	10.0	10.0	10.0
	AH2	22	24.4	24.4	34.4
	AH3	25	27.8	27.8	62.2
	AH4	34	37.8	37.8	100.0
	Gesamt	90	100.0	100.0	

Funktion

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Pro- zente
Gültig	Pflegefachperson	35	38.9	38.9	38.9
	FaGe	13	14.4	14.4	53.3
	PH/PA	42	46.7	46.7	100.0
	Gesamt	90	100.0	100.0	

Geschlecht

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Pro- zente
Gültig	weiblich	85	94.4	94.4	94.4
	männlich	5	5.6	5.6	100.0
	Gesamt	90	100.0	100.0	

Alter

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Pro- zente
Gültig	unter 20 Jahre	4	4.4	4.4	4.4
	21-30 Jahre	22	24.4	24.4	28.9
	31-40 Jahre	11	12.2	12.2	41.1
	41-50 Jahre	24	26.7	26.7	67.8
	über 50 Jahre	29	32.2	32.2	100.0
	Gesamt	90	100.0	100.0	

Mittelwerte Zielorientierung

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Eingeschlossen		Ausgeschlossen		Insgesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
mwziele * Funktion	90	100.0%	0	.0%	90	100.0%

Bericht

mwziele

Funktion	Mittelwert	N	Standardabweichung
Pflegefachperson	4.869	35	.7190
FaGe	4.708	13	.8119
PH/PA	4.817	42	.7258
Insgesamt	4.821	90	.7292

Mittelwerte Aufgabenbewältigung

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Eingeschlossen		Ausgeschlossen		Insgesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
mwaufg * Funktion	90	100.0%	0	.0%	90	100.0%

Bericht

mwaufg

Funktion	Mittelwert	N	Standardabweichung
Pflegefachperson	4.564	35	.6734
FaGe	4.404	13	.7327
PH/PA	4.244	42	.7459
Insgesamt	4.392	90	.7238

Mittelwerte Zusammenhalt

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Eingeschlossen		Ausgeschlossen		Insgesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
mwzusam * Funktion	90	100.0%	0	.0%	90	100.0%

Bericht

mwzusam

Funktion	Mittelwert	N	Standardabweichung
Pflegefachperson	4.103	35	.8582
FaGe	3.965	13	.9997
PH/PA	4.118	42	.8313
Insgesamt	4.090	90	.8586

Mittelwerte Verantwortungsübernahme

Verarbeitete Fälle

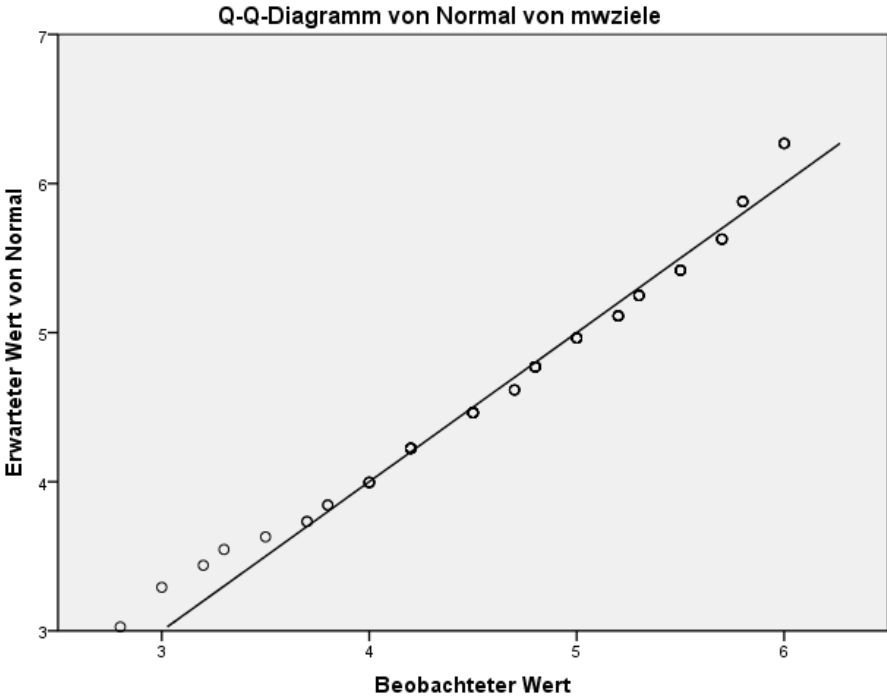
	Fälle					
	Eingeschlossen		Ausgeschlossen		Insgesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
mwverantw * Funktion	90	100.0%	0	.0%	90	100.0%

Bericht

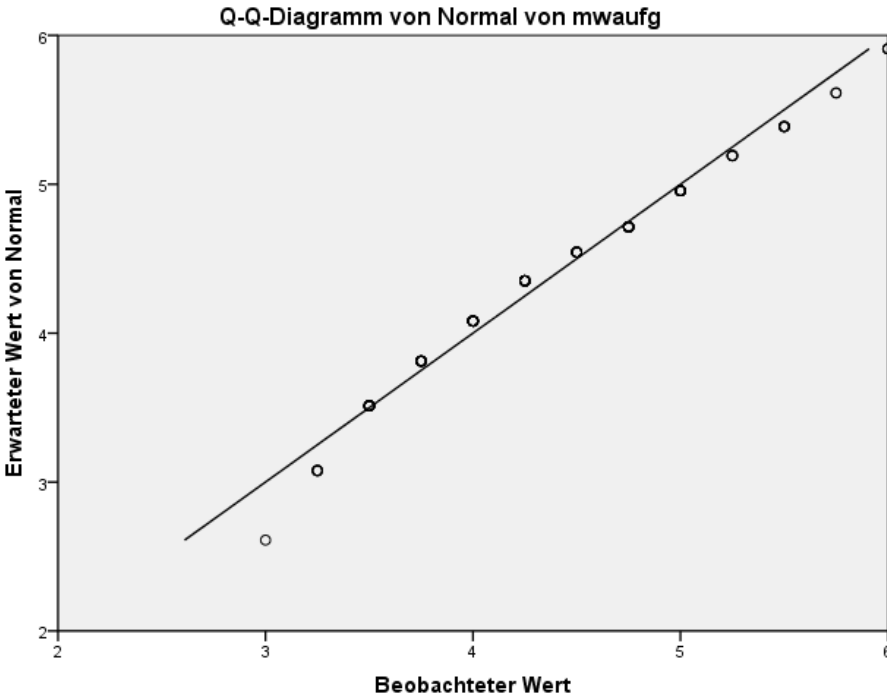
mwverantw

Funktion	Mittelwert	N	Standardabweichung
Pflegefachperson	4.279	35	.7519
FaGe	3.981	13	1.0629
PH/PA	4.327	42	.7167
Insgesamt	4.258	90	.7865

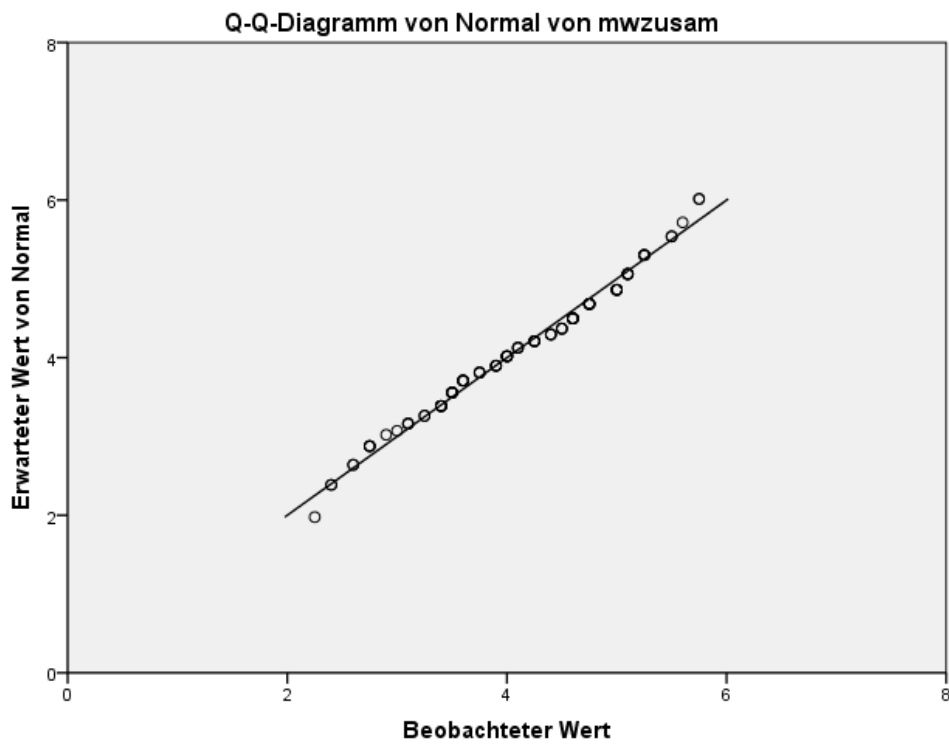
QQ Diagramm Zielorientierung



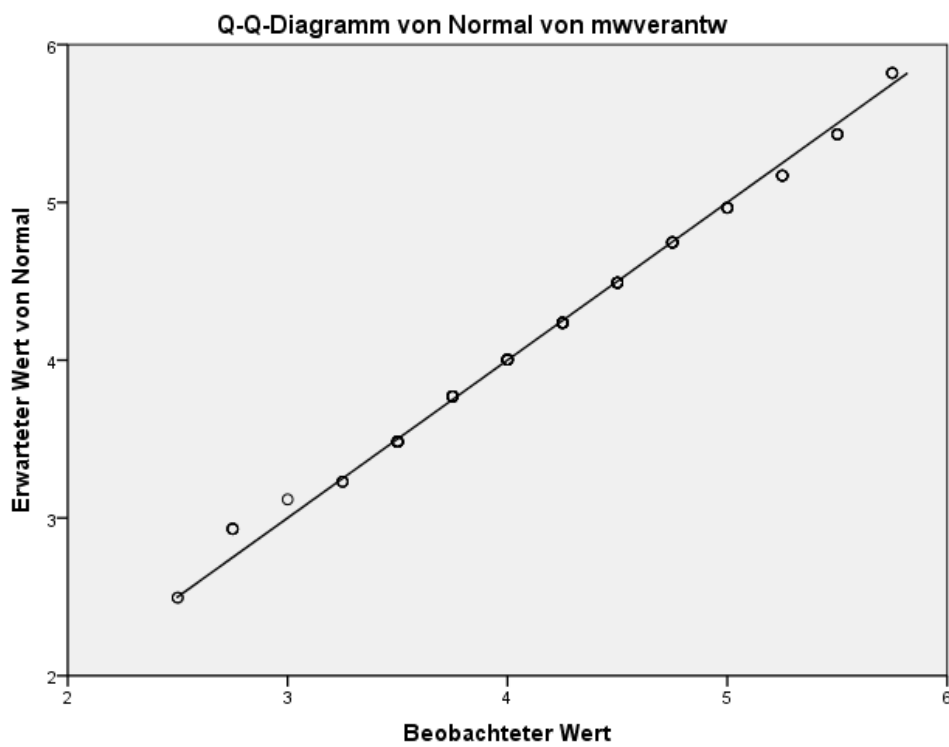
QQ Diagramm Aufgabenbewältigung



QQ Diagramm Zusammenhalt



QQ Diagramm Verantwortungsübernahme



Varianzanalyse Funktionen-Zielorientierung

ONEWAY deskriptive Statistiken

mwziele

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert		Minimum	Maximum
					Untergrenze	Obergrenze		
					Pflegefachperson	35		
FaGe	13	4.708	.8119	.2252	4.217	5.198	2.8	5.7
PH/PA	42	4.817	.7258	.1120	4.590	5.043	3.0	6.0
Gesamt	90	4.821	.7292	.0769	4.668	4.974	2.8	6.0

Test der Homogenität der Varianzen

mwziele

Levene-Statistik	df1	df2	Signifikanz
.296	2	87	.745

ONEWAY ANOVA

mwziele

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadratrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	.247	2	.123	.228	.797
Innerhalb der Gruppen	47.083	87	.541		
Gesamt	47.330	89			

Robuste Testverfahren zur Prüfung auf Gleichheit der Mittelwerte

mwziele

	Statistik ^a	df1	df2	Sig.
Welch-Test	.199	2	32.556	.821

a. Asymptotisch F-verteilt

Varianzanalyse Funktionen-Aufgabenbewältigung

ONEWAY deskriptive Statistiken

mwaufg

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert		Minimum	Maximum
					Untergrenze	Obergrenze		
Pflegefachperson	35	4.564	.6734	.1138	4.333	4.796	3.3	6.0
FaGe	13	4.404	.7327	.2032	3.961	4.847	3.3	5.5
PH/PA	42	4.244	.7459	.1151	4.012	4.476	3.0	6.0
Gesamt	90	4.392	.7238	.0763	4.240	4.543	3.0	6.0

Test der Homogenität der Varianzen

mwaufg

Levene-Statistik	df1	df2	Signifikanz
.146	2	87	.865

ONEWAY ANOVA

mwaufg

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadratrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	1.960	2	.980	1.909	.154
Innerhalb der Gruppen	44.671	87	.513		
Gesamt	46.631	89			

Robuste Testverfahren zur Prüfung auf Gleichheit der Mittelwerte

mwaufg

	Statistik ^a	df1	df2	Sig.
Welch-Test	1.919	2	33.569	.163

a. Asymptotisch F-verteilt

Varianzanalyse Funktionen-Zusammenhalt

ONEWAY deskriptive Statistiken

mwzusam

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert		Minimum	Maximum
					Untergrenze	Obergrenze		
Pflegefachperson	35	4.103	.8582	.1451	3.808	4.398	2.4	5.5
FaGe	13	3.965	.9997	.2773	3.361	4.569	2.3	5.8
PH/PA	42	4.118	.8313	.1283	3.859	4.377	2.6	5.8
Gesamt	90	4.090	.8586	.0905	3.910	4.270	2.3	5.8

Test der Homogenität der Varianzen

mwzusam

Levene-Statistik	df1	df2	Signifikanz
.198	2	87	.821

ONEWAY ANOVA

mwzusam

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	.240	2	.120	.160	.852
Innerhalb der Gruppen	65.366	87	.751		
Gesamt	65.606	89			

Robuste Testverfahren zur Prüfung auf Gleichheit der Mittelwerte

mwzusam

	Statistik ^a	df1	df2	Sig.
Welch-Test	.124	2	31.985	.884

a. Asymptotisch F-verteilt

Varianzanalyse Funktionen-Verantwortungsübernahme

ONEWAY deskriptive Statistiken

mwverantw

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert		Minimum	Maximum
					Untergrenze	Obergrenze		
Pflegefachperson	35	4.279	.7519	.1271	4.020	4.537	2.5	5.8
FaGe	13	3.981	1.0629	.2948	3.338	4.623	2.5	5.5
PH/PA	42	4.327	.7167	.1106	4.104	4.551	2.8	5.8
Gesamt	90	4.258	.7865	.0829	4.094	4.423	2.5	5.8

Test der Homogenität der Varianzen

mwverantw

Levene-Statistik	df1	df2	Signifikanz
2.965	2	87	.057

ONEWAY ANOVA

mwverantw

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	1.216	2	.608	.983	.378
Innerhalb der Gruppen	53.840	87	.619		
Gesamt	55.056	89			

Robuste Testverfahren zur Prüfung auf Gleichheit der Mittelwerte

mwverantw

	Statistik ^a	df1	df2	Sig.
Welch-Test	.594	2	30.470	.559

a. Asymptotisch F-verteilt

Korrelationen Zielorientierung-Anzahl Krankheitsfälle-Dauer der Absenz

		Korrelationen		
		mwziele	Krankheitstage	DauerAbsenz
mwziele	Korrelation nach Pearson	1	-.237 [*]	-.052
	Signifikanz (2-seitig)		.024	.628
	N	90	90	90
Krankheitstage	Korrelation nach Pearson	-.237 [*]	1	.708 ^{**}
	Signifikanz (2-seitig)	.024		.000
	N	90	90	90
DauerAbsenz	Korrelation nach Pearson	-.052	.708 ^{**}	1
	Signifikanz (2-seitig)	.628	.000	
	N	90	90	90

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Korrelationen Aufgabenbewältigung-Anzahl Krankheitsfälle-Dauer der Absenz

		Korrelationen		
		mwaufg	Krankheitstage	DauerAbsenz
mwaufg	Korrelation nach Pearson	1	-.329 ^{**}	-.207
	Signifikanz (2-seitig)		.002	.051
	N	90	90	90
Krankheitstage	Korrelation nach Pearson	-.329 ^{**}	1	.708 ^{**}
	Signifikanz (2-seitig)	.002		.000
	N	90	90	90
DauerAbsenz	Korrelation nach Pearson	-.207	.708 ^{**}	1
	Signifikanz (2-seitig)	.051	.000	
	N	90	90	90

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Korrelationen Zusammenhalt-Anzahl Krankheitsfälle-Dauer der Absenz

		Korrelationen		
		mwzusam	Krankheitstage	DauerAbsenz
mwzusam	Korrelation nach Pearson	1	-.336**	-.196
	Signifikanz (2-seitig)		.001	.065
	N	90	90	90
Krankheitstage	Korrelation nach Pearson	-.336**	1	.708**
	Signifikanz (2-seitig)	.001		.000
	N	90	90	90
DauerAbsenz	Korrelation nach Pearson	-.196	.708**	1
	Signifikanz (2-seitig)	.065	.000	
	N	90	90	90

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Korrelationen Verantwortungsübernahme-Anzahl Krankheitsfälle-Dauer der Absenz

		Korrelationen		
		mwverantw	Krankheitstage	DauerAbsenz
mwverantw	Korrelation nach Pearson	1	-.230*	-.230*
	Signifikanz (2-seitig)		.029	.029
	N	90	90	90
Krankheitstage	Korrelation nach Pearson	-.230*	1	.708**
	Signifikanz (2-seitig)	.029		.000
	N	90	90	90
DauerAbsenz	Korrelation nach Pearson	-.230*	.708**	1
	Signifikanz (2-seitig)	.029	.000	
	N	90	90	90

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: