

Teamarbeit in der Pflege

Faktoren, die die Effektivität in Pflegeteams fördern

Diplomarbeit

im Rahmen der Ausbildung zur Pflegefachfrau FH

von

Stefanie Gassner
Promotion 2004-2008

Erstgutachterin: Catherine Dubey

Hochschule für Gesundheit
Studiengang Pflege

4. Juli 2008

Abstract

Die hohen Kosten des Gesundheitswesens sind ein aktuelles Thema. Damit die Ausgaben nicht immer weiter in die Höhe schnellen, müssen Massnahmen ergriffen werden. Eine umstrittene Massnahme stellt die Rationierung dar. Die vorliegende systematische Literaturübersicht befasst sich näher mit der Rationierung sowie der Rationalisierung und stellt sie in Zusammenhang mit der Teamarbeit in der Pflege.

Die Arbeit beinhaltet die Frage, welche Faktoren die Effektivität in Pflegeteams fördern. Um die Forschungsfrage zu beantworten wurden 13 Studien, welche im Zeitraum von 1997 bis 2007 veröffentlicht wurden, in die Übersichtsarbeit miteinbezogen. Die Resultate ergaben mehrere Einflussfaktoren auf personeller Ebene bezüglich der Effektivität von Pflegeteams.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	6
1. 1 Problembeschreibung	6
2. Theoretischer Rahmen	7
2. 1 Der Begriff Rationierung	7
2. 2 Rationierung und Ethik.....	9
2. 3 Verbindung mit dem Begriff Team	11
3. Fragestellung	13
3. 1 Absichten	13
3. 2 Begriffserklärungen.....	13
3. 2. 1 Effektivität.....	13
3. 2. 2 Faktoren	14
3. 2. 3 Team bzw. Pflegeteam	15
4. Methodologie	19
4. 1 Ablauf der Literatursuche	19
4. 2 Suchbegriffe und -kriterien	19
4. 3 Vorgehen und Auswahl der Studien.....	20
4. 3. 1 Beurteilung und Bewertung der Studien	21
4. 4 Ethischer Aspekt bezüglich Forschung in der Pflege	24
5. Ergebnisse	25
5. 1 Ziele setzen.....	25
5. 2 Kommunikation	26

5. 3 Persönlichkeit.....	27
5. 4 Emotionale Intelligenz.....	28
5. 5 Verhalten.....	29
5. 6 Engagement.....	30
5. 7 Theoretische Kenntnisse über Teamarbeit	30
6. Diskussion	32
6. 1 Beantwortung der Forschungsfrage.....	32
6. 2 Verknüpfung mit dem theoretischen Rahmen	35
6. 3 Konsequenzen und Empfehlungen für die Pflegepraxis	36
6. 3. 1 Ziele setzen und Engagement.....	36
6. 3. 2 Kommunikation und theoretische Kenntnisse über Teamarbeit.....	38
6. 3. 3 Persönlichkeit und emotionale Intelligenz.....	40
6. 3. 4 Verhalten	41
6. 3. 5 Allgemeine Bemerkungen.....	42
6. 3. 6 Input aus der Thematik Unternehmenskultur.....	42
7. Schlussfolgerung.....	44
7. 1 Lernprozess	45
7. 1. 1 Lernprozess auf der Ebene der Thematik	45
7. 1. 2 Lernprozess auf der Ebene des Forschungsprozesses und der Anwendung der methodologischen Instrumente	46
8. Literaturverzeichnis	47
Glossar.....	51
Anhang.....	52
Anhang A: Beurteilungsbogen für qualitative Studien	52

Anhang B: Beurteilungsbogen für eine systematische Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse	53
Anhang C: Zusammengestellter Bogen zur Beurteilung einer quantitativen Studie.....	54
Anhang D: Überblick über die ausgewählten Studien	55
Anhang E: Detaillierte Zusammenfassungen der Studien.....	56
Anhang F: Klassifizierung von Forschungsdesigns nach Mayer	57
Anhang G: Ethische Grundsätze in der Pflegeforschung.....	58
Anhang H: Das Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit	59
Anhang I: Das Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit mit Unterkomponenten	60
Anhang J: Selbständigkeitserklärung.....	61

1. Einleitung

In der Einleitung wird kurz die Problematik beschrieben, mit welcher sich die Autorin im Rahmen dieser Arbeit befasst.

1. 1 Problembeschreibung

Die hohen Kosten des Gesundheitswesens stellen ein aktuelles Thema dar. Klar ist, dass Handlungsbedarf besteht. Eine der Bemühungen, den massiven Kosten entgegenzuwirken, ist die Rationalisierung. Dies bedeutet, die Arbeitseffizienz in Spitälern zu steigern und dadurch die Kosten zu senken. Spätestens seit 1999 ist jedoch ersichtlich, dass nicht nur rationalisiert, sondern auch rationiert wird. Damals gelang der Fall „Novo Seven“ in die Medien. Ein hochbetagter, schwer kranker Pflegeempfänger benötigte ein sehr teures Blutgerinnungsmedikament mit Namen Novo Seven. Eine kantonale Schweizer Gesundheitsdirektorin beurteilte die Verabreichung des 150 000 CHF teuren Mittels für den älteren Mann als „nicht richtig“ (Medicus Mundi Schweiz, 2000). Schliesslich wurde das Mittel aus medizinischen Gründen nicht verabreicht. Dieses Vorkommnis gab den Anstoss für etliche Diskussionen über die Rationierung – aus ethischer Sicht ein heikles Thema -, die bis heute andauern. Um eine ungerechte Rationierung und eine weitere Kostensteigerung des Gesundheitswesens zu vermeiden, muss auf verschiedenen Ebenen gehandelt werden. Einerseits sicherlich auf der politischen und gesellschaftlichen Ebene. Andererseits kann auch im „Kleinen“ etwas unternommen werden. Die Pflgeteams in den Spitälern sind ein Teil des Gefüges „Gesundheitswesen“ und deshalb ebenfalls betroffen. Wie kann aber ein Pflgeteam trotz Rationierung gute Leistungen erbringen, ohne dass die Pflegeempfänger oder die Pflegenden selbst am Ende auf der Strecke bleiben? Und gibt es innerhalb eines Teams bestimmte Faktoren, welche eine gute Arbeit fördern?

2. Theoretischer Rahmen

Mit dem Ziel, die in der Arbeit formulierte Forschungsfrage besser zu verstehen, werden die Begriffe Rationierung und Rationalisierung eingangs der Arbeit erläutert sowie eine Verbindung zum Bereich Ethik gezogen. Der theoretische Rahmen bildet die Grundlage, in welche die Arbeit eingebettet ist.

2.1 Der Begriff Rationierung

Rationierung. Über diesen Begriff wurde und wird auch heute noch heftig diskutiert. Die Meinungen darüber gehen oftmals auseinander. Doch was bedeutet dieser Begriff eigentlich? Welche Inhalte verbergen sich dahinter?

Erst einmal ist anzumerken, dass es dafür keine allgemein gültige Definition gibt. Eine Arbeitsgruppe der Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW (Paccaud et al., 2007) benutzt folgende Definition: „Rationierung umfasst implizite oder explizite Mechanismen, die dazu führen, dass einer Person eine nützliche Leistung im Rahmen der Gesundheitsversorgung nicht zur Verfügung steht“ (S. 1431). Die Definition ist allgemein gehalten und es wird zwischen zwei verschiedenen Arten von Rationierung unterschieden. Zum Einen wird die implizite Rationierung erwähnt, die verdeckte Mechanismen meint. Zum Anderen, die explizite Rationierung, die Mechanismen bezeichnet, welche bewusst geplant und für die Öffentlichkeit sichtbar bzw. transparent sind. Implizit rationiert wird vor allem im Bereich der Langzeitpflege. Weitere Risikogruppen bezüglich impliziter Rationalisierung werden weiter unten im Kapitel Rationierung und Ethik genannt. Schopper, Baumann-Hölzle & Tanner (2001) definieren den Begriff Rationierung wie folgt und erwähnen dabei verschiedene Ebenen:

Im Rahmen einer Zwangssituation wird auf gegenwärtig und vielleicht zukünftig sinnvolle und angemessene Leistungen und Mittel verzichtet.

Strukturelle Rationierung: Die Strukturen des Gesundheitswesens werden verändert, indem Einschränkungen (z. B. Reduktion der Leistungsanbieter, Neugewichtung der Forschungsprioritäten usw.) vorgenommen werden.

Individuelle Leistungs- und Mittelrationierung: Einzelne Leistungen und Mittel des Gesundheitswesens werden beschränkt angeboten (Beispielsweise verweigerte palliative Massnahmen für terminale Patienten) (S. 1).

Nach Schopper et al. (2001) kann aus der erwähnten strukturellen und individuellen Rationierung eine Einschränkung der Leistungen mit potentiell negativen Folgen für den Patienten¹ erfolgen. Aufgrund der Tatsache, dass keine einheitliche Definition existiert und die Auswirkungen von Rationierungsmassnahmen nicht immer negative Folgen für den Pflegeempfänger verursachen, ist es schwierig zwischen den Begriffen Rationierung und Rationalisierung eine eindeutige Grenze zu ziehen (Schopper et al., 2001).

Schmidt (2001) bringt den Begriff Rationierung mit dem lateinischen Wort „ratio“ in Verbindung, was auf Deutsch übersetzt „Vernunft“ bedeutet. Er tönt die zunehmende Unverhältnismässigkeit der Medizin an und plädiert darauf, dass eine Rationierung teilweise notwendig und erlaubt ist, um eine gewisse Verhältnismässigkeit und Vernunft im Gesundheitswesen herzustellen. Auch die Ärzte selbst müssen laut Schmidt (2001) handeln, indem sie ihren Pflegeempfängern keine unnötigen Eingriffe oder Behandlungen empfehlen (z. B. umstrittene Hysterektomien) oder ihnen zumindest den Nutzen verschiedener Therapien aufzeigen.

Ähnliche Aspekte zeigen Paccaud et al. (2007) auf. Sie sehen die Rationierung als Möglichkeit über den Sinn und Unsinn von Leistungen der Gesundheitsversorgung nachzudenken. Gemeint sind damit eine Grenzverschiebung im Verständnis von Therapie einerseits und Verbesserung individueller Fähigkeiten und Eigenschaften bei Gesunden andererseits. Kritik wird geäussert an der Werthaltung der westlichen Gesellschaften, die menschliche Gegebenheiten, wie das Altern, die Endlichkeit des Lebens oder die Vulnerabilität des Menschen verdrängen und diesen natürlichen Vorgängen mit medizinischen Eingriffen Einhalt gebieten wollen (Paccaud et al., 2007).

Obwohl sich schon seit 1999 verschiedene Arbeitsgruppen mit der Thematik auseinandersetzen, ist die Rationierung rechtlich nicht geregelt. Aus Sicht der Juristerei stellt sie sogar ein Problem dar, da die Rationierung die Grundrechte eines Menschen antastet. Jedoch ist eine ungleiche Behandlung nur dann verfassungswidrig, wenn sie kein nachvollziehbares Motiv hat und nicht auf einer vernünftigen Begründung beruht (Paccaud et al., 2007).

¹ Mit dem männlichen Geschlecht ist in dieser Arbeit immer auch das weibliche gemeint.

Tatsache ist, dass eine verdeckte Rationierung bereits passiert. Dies belegen mehrere Studien. Schopper et al. (2001) fanden heraus, dass in der Schweiz verdeckt und vor allem im stationären Bereich rationiert wird. Oft ist die Pflege davon betroffen. Im Gegensatz dazu erhöhen sich die Ausgaben im medizinisch-technischen Bereich. Damit finden im stationären Sektor gleichzeitig eine verdeckte Rationierung sowie eine Überversorgung statt (Schopper et al., 2001). Um die Problematik der Rationierung anzugehen, schlagen Paccaud et al. (2007) vor, dass sich Angehörige des Bereichs Gesundheit und der Politik offen mit der Thematik auseinandersetzen. Ein Verdrängen der Rationierung würde höchstens dazu führen, dass sie im Stillen weder kontrolliert noch gerecht weiterläuft (Paccaud et al., 2007). Schopper et al. (2001) fordern eine einheitliche nationale Gesundheitspolitik, die die Mittelverteilung anders als heute gewichtet. Vorgeschlagen wird etwa, dass mehr finanzielle Mittel in die Prävention und Gesundheitsförderung investiert und eventuell weniger für die medizinische Versorgung ausgegeben wird. Welche konkreten Massnahmen die hohen Kosten des Gesundheitswesens schliesslich senken können, ist zu diesem Zeitpunkt noch ungewiss.

2. 2 Rationierung und Ethik

Bei der möglichst fairen Leistungsverteilung im Gesundheitswesen spielt die Ethik eine tragende Rolle. Santos-Eggimann (Santos-Eggimann, 2005, zitiert nach Paccaud et al., 2007, S.1435) hat in einer Untersuchung Gruppen identifiziert, die ein grösseres Risiko haben, im schweizerischen Gesundheitswesen zu kurz zu kommen. Dies sind betagte Patienten, solche mit sozialer Verletzlichkeit oder psychischen Störungen und Patienten ohne ausreichende Versicherungsdeckung (Santos-Eggimann, 2005 zitiert nach Paccaud et al., 2007, S.1435). Auch der Altersforscher François Höpflinger befasst sich mit der Thematik und spricht von einer nachgewiesenen Diskriminierung des Alters, die gemäss der aktuellen Bundesverfassung in der Schweiz eigentlich verboten wäre (Medicus Mundi Schweiz, 2000). Die Ethikerin Ruth Baumann-Hölzle (2000) unterstreicht in einem Interview die Benachteiligung der älteren Menschen. Sie spricht von einer Diskrepanz zwischen den ständig erweiterten hochtechnisierten Bereichen in Spitälern und dem Abbau in der geriatrischen Pflege. Ausserdem formuliert sie

das Problem der grossen „Begehrlichkeit“ aller Beteiligten, d.h. nicht nur von Pflegeempfängern und Ärzten, sondern auch der medizintechnischen und chemischen (Pharma-) Industrie (Medicus Mundi Schweiz, 2000). Aus ethischer Sicht geht es neben den Prinzipien Gutes tun, Nicht-Schaden und Autonomie hauptsächlich um die Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Debattiert wird über die unterschiedlichen Vorstellungen von Gerechtigkeit, um Fragen rund um die Finanzierungsmodelle des Sozialstaates und um Detailfragen bei der Ausgestaltung der gesundheitlichen Versorgung (Paccaud et al., 2007).

In der Schweiz wird auf Ebene der Gesellschaft das Prinzip Gerechtigkeit als Wegweiser für das menschliche Zusammenleben angesehen und beschreibt, was in Staat, Politik, usw. als gerecht gelten soll. Oftmals ist die Umsetzung von Gerechtigkeit im Sinne von einem Recht auf Gleichheit in demokratischen Staaten schwierig (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner [SBK], 2003).

Auf der Ebene des Individuums wird Gerechtigkeit allgemein als subjektive Haltung der einzelnen Personen angesehen, die sich in Rechten und Pflichten gegenüber Mitmenschen äussert. Wendet man das Prinzip Gerechtigkeit in der Pflege an, bedeutet dies, dass eine Pflegendende jeder Person, die Pflege benötigt, diese auf kompetente Art und Weise zukommen lässt. Dabei darf kein Unterschied gemacht werden zwischen Alter, Hautfarbe, Glauben, Kultur, Invalidität, Geschlecht, Nationalität, Politik, Rasse und sozialem Status. Betont werden ausserdem wichtige Elemente, wie Kommunikation und Kompetenzen der Pflegenden (SBK, 2003).

In der Pflege zeichnet sich immer mehr eine eigenständige Berufsethik ab (SBK, 2003). Pflegendende haben ihre eigenen ethischen und moralischen Richtlinien. Vor allem in einem Beruf, in dem mit Menschen gearbeitet wird, sind solche Regeln enorm wichtig. Berufstätige, die in der Pflege arbeiten sind verpflichtet moralisch verantwortbar und gerecht zu handeln. Sie tragen eine grosse Verantwortung gegenüber jedem einzelnen Patienten bzw. der Gesellschaft (SBK, 2003). Es liegt in der Verantwortung der Pflegenden dem Patienten –ungeachtet seines Alters oder seines sozialen Status‘ - eine gerechte Pflege zu bieten. Deshalb kann nicht beliebig bei bestimmten Patientengruppen rationiert werden.

2. 3 Verbindung mit dem Begriff Team

Obwohl im Kapitel 2.1 angetönt wird, dass die Grenzen zwischen Rationierung und Rationalisierung nicht klar gezogen werden können, sollte Rationalisierung doch als möglicher Weg angesehen werden, knapp bemessene Mittel effizienter einzusetzen und dadurch eine ungerechte Rationierung zu vermeiden. Allgemein wird Rationalisierung als Inbegriff aller Massnahmen zur Steigerung der Effizienz durch Optimierung der Handlungsabläufe beschrieben (Schopper et al., 2001). In mehreren aktuellen Studien wird angetönt, dass das effiziente Arbeiten im Team dabei eine wichtige Rolle spielt. In einer Untersuchung von Amundson (2005) wird der Beitrag von Teams zur Kostenreduzierung im Gesundheitswesen erwähnt. Die Autorin spricht sich dafür aus, die Ressourcen der Teamarbeit zu nutzen. Eine andere Untersuchung fügt an, dass Teamarbeit in letzter Zeit als einer der wichtigsten Faktoren auftrat, um gute und kosteneffektive Arbeitsleistungen in verschiedensten Arbeitsorganisationen zu erreichen (Xyrichis & Ream, 2008). Oft sind Arbeitsstrukturen, in welchen Teamarbeit involviert ist, effizienter und effektiver gegenüber solchen mit Mitarbeitern, welche individuell arbeiten (Hoegl & Gmuenden, 2001, zitiert nach Loughry, Ohland & DeWayne Moore, 2007, S.505). Xyrichis und Ream (2008), welche eine Konzeptanalyse über Teamarbeit zusammengestellt haben, betonten, dass Teamarbeit für alle Beteiligte positive Auswirkungen hat: Für jene Berufsgruppen, die im Gesundheitswesen arbeiten, führt Teamarbeit zu Zufriedenheit im Beruf, Anerkennung der individuellen Beiträge und Motivation sowie zu verbesserter psychischer Gesundheit. Für Pflegeempfänger hat Teamarbeit zur Folge, dass die Qualität der Pflege verbessert wird, die Patienten - Outcomes an Wert gewinnen und Zufriedenheit mit den verschiedenen Dienstleistungen herrscht. Auf der Ebene der Organisationen im Gesundheitswesen generiert Teamarbeit zufriedenes und engagiertes Betriebspersonal, Kontrolle der Kosten und Personalerhaltung bzw. eine niedrige Rate der Personalfluktuatation (Xyrichis & Ream, 2008).

Den Ausdruck Teamarbeit im Gesundheitswesen beschreiben Xyrichis und Ream (2008) aufgrund ihrer Analysen als einen dynamischen Prozess, in den zwei oder mehr Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen involviert sind. Um Pflegeassessments, Pflegeplanungen und Evaluationen der Pflege (Pflegeprozess) vorzunehmen, nutzen diese Fachkräfte ihr umfassendes

Fachwissen und die dazugehörigen Fertigkeiten bzw. Fähigkeiten. Ausserdem verfolgen sie ihre Ziele gemeinsam durch physische und psychische Bemühungen, um schliesslich eine erfolgreiche Anwendung des Pflegeprozesses zu erreichen. All dies wird ergänzt durch gute Zusammenarbeit, offene Kommunikation und geteiltem Fällen von Entscheidungen. Wird eine solche Teamarbeit realisiert, können bessere Outcomes^{*,2} für den Patienten, die Organisation und das Personal erlangt werden (Xyrichis & Ream, 2008).

Durch die erwähnten Studien wird deutlich, dass mit guter bzw. effizienter Teamarbeit ein grosser Schritt in Richtung Rationalisierung gemacht wird. Damit kann der Rationierung entgegengewirkt werden.

Im Kapitel Rationierung und Ethik wurde erwähnt, dass zu einer ethisch korrekten Pflege verschiedene Fertigkeiten, wie z.B. die Kommunikation gehören. Aber um effizient und kompetent in einem Team arbeiten zu können, braucht es weitere Fähigkeiten und Eigenschaften. Welche dies sind, wird in der vorliegenden systematischen Literaturübersicht ermittelt. Die konkrete Forschungsfrage wird im nächsten Kapitel erläutert.

² Mit einem * gekennzeichnete Ausdrücke werden im Glossar aufgeführt.

3. Fragestellung

Aus einer intensiven Befassung mit aktueller Literatur zur Thematik hat sich folgende Fragestellung herauskristallisiert:

Welche Faktoren fördern die Effektivität von Pflorgeteams?

3. 1 Absichten

Mit dieser systematischen Literaturübersicht möchte die Autorin herausfinden, ob es spezifische Eigenschaften gibt, welche einen effizienten Arbeitsablauf im Bereich Pflege bzw. Pflorgeteams fördern.

Des Weiteren wird in der Einleitung und im theoretischen Rahmen Bezug zu Rationierung bzw. Rationalisierung genommen und die Arbeit im Team damit in Verbindung gebracht.

Ausserdem möchte die Autorin einen kleinen Beitrag zur Vermeidung von Rationierung leisten, indem sie mit ihrer Arbeit aufzeigt, wie in der Pflege effizient und ohne die Qualität zu vernachlässigen gearbeitet werden kann.

3. 2 Begriffserklärungen

Um Missverständnisse im Verstehen der Forschungsfrage vorzubeugen, erläutert die Autorin, was genau unter den Begriffen Effektivität, Faktoren und Team bzw. Pflorgeteam zu verstehen ist.

3. 2. 1 Effektivität

Da ein grosser Teil der Literatur, welche für diese Arbeit relevant ist, in englischer Sprache verfasst wurde, setzt die Autorin zur Verständlichkeit den englischen Ausdruck „effectiveness“ mit dem deutschen Wort Effektivität gleich.

Amundson (2005) hält fest, dass es in der Literatur, die das Gesundheitswesen betrifft, keine einheitliche Definition für Effektivität gibt. Es wird lediglich eine gemeinsame Richtung vorgegeben, in die eine Begriffsdefinition gehen könnte. In diesem Sinne stellt die Autorin eine Auswahl einiger Definitionen auf, die alle wichtige Aspekte bezüglich der Effektivität enthalten und sich in ihrem Inhalt ergänzen.

Amundson (2005) fasst zusammen, dass Effektivität soziale und personale Aspekte (z.B. Arbeitszufriedenheit, Engagement) sowie Aspekte der Teamleistung (z.B. die Qualität der Pflege, Quantität, Pünktlichkeit) beinhaltet.

Hoegl und Parboteeah (2003) erläutern, dass Effektivität sich auf die vom Team erwartete Qualität des Ergebnisses bezieht, während Effizienz für das Budget und ähnliche Ressourcen steht. Effektivität und Effizienz bilden zusammen die Teamleistung (Madhavan & Grover, 1998, zitiert nach Hoegl & Parboteeah, 2003, S.5).

Poulton (1995) identifiziert in einer Studie vier Faktoren, die in der Pflege für die Effektivität von Bedeutung sind: Teamarbeit, organisatorische Effizienz, Pflegepraxis und patientenzentrierte Pflege (Poulton, 1995, zitiert nach Poulton & West, 1999, S.10).

Im Brockhaus (Brockhaus - die Enzyklopädie, 1996) wird Effektivität allgemein mit Wirksamkeit, Leistungsfähigkeit erklärt. Der Macmillan English Dictionary (2002) erläutert nur das Adjektiv „effective“, während für das Nomen „effectiveness“ keine Erklärung zur Verfügung gestellt wird. Mit dem Adjektiv „effective“ wird eine Person oder Sache bezeichnet, die gut arbeitet und das Resultat produziert, welches angestrebt wird.

Kurz zusammengefasst kann Effektivität mit Wirksamkeit bzw. Leistungsfähigkeit beschrieben werden. Jedoch müssen die übrigen Aspekte, die in diesem Kapitel erwähnt sind, ebenfalls berücksichtigt werden, da sie für den Bereich Pflege von Bedeutung sind.

3. 2. 2 Faktoren

Laut dem Brockhaus (1996) ist ein Faktor im Allgemeinen ein bestimmendes Element, ein massgeblicher Umstand oder ein Gesichtspunkt. Des Weiteren stellt das Wort Faktor eine wirtschaftliche Grösse dar, die im Produktionsprozess zur Erstellung anderer Güter und Leistungen eingesetzt wird. Gemeint sind dabei z.B. der Arbeitseinsatz oder auch Vorprodukte (Brockhaus, 1996). Die einzelnen Faktoren-Mengen, die als Inputs bezeichnet werden, müssen im Produktionsprozess miteinander kombiniert werden, um zu dem gewünschten mengenmässigen Produktionsergebnis, den Output, zu gelangen (Brockhaus, 1996).

Die Definition des Brockhaus bringt auf den Punkt, was die Autorin mit dem Begriff Faktor ausdrücken will und wird damit der Thematik dieser Arbeit gerecht.

3. 2. 3 Team bzw. Pflegeteam

Oft wird der Begriff Team in der Literatur mit Gruppe gleichgesetzt. Die beiden Ausdrücke sind jedoch klar voneinander abzugrenzen. Verschiedene Autoren haben sich schon bemüht Team zu definieren bzw. typische Charakteristiken dafür zu finden (Kriz & Nöbauer, 2006). Kriz und Nöbauer (2006) zitieren Autoren, die Faktoren aufzählen, welche nötig sind für ein funktionierendes Team:

- Gegenseitige Wertschätzung, kooperative Zusammenarbeit.
- Einigkeit bezüglich Werten und Hauptzielen. Die Hauptziele werden gemeinsam und mit Engagement vertreten.
- Konflikte sind erlaubt. Es sollte jedoch eine konstruktive Lösung von Konflikten erfolgen.
- Die Gruppe hat gelernt, selbstorganisiert und effizient zu arbeiten, d.h. sie beherrscht die Regeln erfolgreicher Zusammenarbeit sowie die berufsspezifischen Fertigkeiten. Die Gruppe soll sich selbst als gutes Team bezeichnen (Greif, 1996, zitiert nach Kriz & Nöbauer, 2006, S.21).
- Das Team leistet einen gemeinsamen Arbeitseinsatz und kontrolliert den Arbeitsablauf.
- Es sollte ein gleichberechtigtes Nebeneinander von individueller und wechselseitiger Verantwortung erfolgen.
- Es wird die Möglichkeit realisiert, über die Summe der Beiträge der einzelnen Mitglieder hinauszugehen, d.h. Synergien werden erschlossen (Born & Eiselin, 1996, zitiert nach Kriz & Nöbauer, 2006, S.21).
- Die Teammitglieder bringen ihre Ideen und Gefühle klar und ehrlich zum Ausdruck und nehmen aktiv an der Teamarbeit teil.
- Das Team besitzt Strategien zur Entscheidung und weist die nötige Flexibilität auf diese den aktuellen Gegebenheiten anzupassen. Auch Problemlösungsstrategien sollten dem Team bekannt sein.
- Der Gruppenzusammenhalt ist hoch, dabei existiert ein Wir-Gefühl und gegenseitige Akzeptanz. Die Beziehungen funktionieren gut und es

herrschen selbstorganisierte Kommunikationsmuster (Johnson & Johnson, 1996, zitiert nach Kriz & Nöbauer, 2006, S.21).

Nicht jede Gruppe, die als Team bezeichnet wird, ist auch ein Team. Aber jedes Team ist eine Gruppe. Kriz und Nöbauer (2006) zeigen den Unterschied zwischen Arbeitsgruppen und Arbeitsteams auf. Sie unterscheiden sich vor allem in fünf Bereichen:

1. Ziel: Arbeitsgruppen bestehen in erster Linie, damit ein Informationsaustausch zwischen den Mitgliedern geschieht. Mit den gewonnenen Informationen können Entscheidungen getroffen und effizienter gearbeitet werden. Im Gegensatz dazu werden in Teams nicht nur Informationen ausgetauscht, sondern auch miteinander kooperiert, kommuniziert und gemeinsam gehandelt. Ein Team wird als Sozialkörper Gruppe bezeichnet, der sich um ein Tätigkeitsziel herum bildet (Buchinger, 1999, zitiert nach Kriz & Nöbauer, 2006, S.24).

2. Synergieeffekt: Ein Synergieeffekt in Teams kann nicht a priori angenommen werden. Man geht jedoch davon aus, dass in Teams negative Stimmungen bzw. kontraproduktives Gruppendenken eher erfasst werden als in Arbeitsgruppen und anhand verschiedener Teamkompetenzen diesen Faktoren entgegengewirkt werden kann.

3. Fähigkeiten der Team- und Gruppenmitglieder: In Arbeitsteams ist es essentiell, dass Fähigkeiten und Fachwissen der Mitglieder einander ergänzen, um das Ziel erfüllen zu können (z.B. interdisziplinäre Teams). In Arbeitsgruppen müssen die Kompetenzen und das Wissen nicht unbedingt aufeinander abgestimmt sein.

4. Verantwortung: Im Arbeitsteam gilt es, Verantwortung zu teilen. Es werden partizipative Entscheidungsprozesse durchgeführt. Führungsaufgaben können miteinander geteilt oder abgewechselt werden. Verantwortung müssen die einzelnen Mitglieder individuell sowie auch für die gemeinsame Arbeit übernehmen. In Arbeitsgruppen herrschen eher klare Hierarchiestrukturen und Verantwortung wird mehr oder weniger nur für die persönlichen Arbeitsergebnisse übernommen.

5. Selbstorganisation: Arbeitsgruppen erfahren eine stärkere Einschränkung in ihrer Autonomie als Teams. Das Team genießt Freiheiten bezüglich Teamstrukturen, Methoden zur Zielerreichung oder Arbeitsstil. Ausserdem steuern

die Teammitglieder die Entscheidungsfindung und die Problemlösung sowie die Kontrolle, Reflexion und Koordination der Arbeitsprozesse selbst (Haug, 1994, zitiert nach Kriz & Nöbauer, 2006, S.25). Teams haben ausserdem eine hohe Entscheidungskompetenz.

Kriz und Nöbauer (2006) haben eine kurze Definition identifiziert, die auf das von ihnen dargestellte Verständnis von Team passt: „ Ein Team ist eine kleine Gruppe von Personen, deren Fähigkeiten einander ergänzen und die sich für eine gemeinsame Sache, gemeinsame Leistungsziele und einen gemeinsamen Arbeitsansatz engagieren und gegenseitig zur Verantwortung ziehen.“ (Katzenbach & Smith, 1993, zitiert nach Kriz & Nöbauer, 2006, S.25).

Relevant für den Bereich Pflege ist auch die Art des Teams. Kriz & Nöbauer (2006) erwähnen unterschiedliche Arten von Teams - die *stabilen Teams*, *Projektteams*, *Cabin Crew* und das *evolutionäre Team*. Pflegeteams können als eine Mischung von stabilen Teams und der Cabin Crew angesehen werden. Die stabilen Teams bestehen über längere Zeit, die Teammitglieder kennen sich, haben gemeinsame Erfahrungen und Beziehungen untereinander entwickelt. Die Cabin Crew dient dazu, die gleichen Aufgaben in unterschiedlicher Zusammensetzung auszuführen. Mit der ständig wechselnden Zusammensetzung der Teammitglieder soll eine aufkommende „Gemütlichkeit“ vermieden werden. Dies wird zum Beispiel in der Luftfahrt so gehandhabt, da dort eine hohe Sicherheit gewährleistet werden muss (Kriz & Nöbauer, 2006). Da in einem Pflegeteam selten die genau gleichen Mitglieder in einer Schicht zusammenarbeiten, wird dadurch ebenfalls einer gewissen „Gemütlichkeit“ entgegengewirkt. Bemerkenswert ist, dass in pflegerischen oder medizinischen Wörterbüchern keine Definition des Begriffes Team vorhanden ist (Xyrichis & Ream, 2008). Einzig die WHO definiert „healthcare team“ als eine Gruppe, die gemeinsame Ziele verfolgt, welche bestimmt werden durch die Bedürfnisse der Gemeinde bzw. der Pflegeempfänger. Um die Ziele zu erreichen, leistet jedes Teammitglied seinen Beitrag und nutzt seine Eigenschaften und Fertigkeiten in Koordination mit den Fähigkeiten der anderen (World Health Organization, 1984, zitiert nach Xyrichis & Ream, 2008, S.235).

Der Ausdruck Team bzw. Teamarbeit wird in diesem Kapitel umfassend erläutert, damit keine Unklarheiten auftreten und der Begriff im Kontext dieser Übersichtsarbeit verstanden wird.

4. Methodologie

Um sich mit der Thematik vertraut zu machen, hat die Autorin im Vorfeld der schriftlichen Arbeit umfassend nach geeigneter Literatur gesucht und sich ausgiebig damit befasst. Im Verlauf der Arbeit kristallisierte sich die Forschungsfrage heraus. Die Beantwortung der Fragestellung erfolgt anhand einer systematischen Literaturübersicht, deren Einzelheiten in den folgenden Kapiteln erläutert werden.

4. 1 Ablauf der Literatursuche

1. Zuerst wurde wie schon angetönt nach Literatur gesucht, um sich mit der Thematik vertraut zu machen. Dies realisierte die Autorin mit Hilfe der Suchmaschine Google Scholar. Ausserdem recherchierte sie in der Bibliothek der Hochschule für Gesundheit Freiburg nach geeigneten Informationen, in Form von Zeitschriften und Fachbüchern.
2. Zur Beantwortung der Forschungsfrage, wurden Studien auf folgenden Datenbanken gesucht: PsycInfo, Medline (PubMed der National Library of Medicine).

Die Studiensuche in den elektronischen Datenbanken PsycInfo und Medline dauerte von Dezember 2007 bis Juni 2008.

4. 2 Suchbegriffe und –kriterien

In den elektronischen Datenbanken PsycInfo und Medline wurde mit den Begriffen „team“, „teamwork“, „care“, „ability“, „competencies/competence“, „effectiveness“, „group performance“ und „quality“ gesucht. Die Begriffe wurden untereinander kombiniert, um die Vielzahl der Möglichkeiten geeigneter Suchworte auszuschöpfen.

Gesucht wurde in der Datenbank PsycInfo anhand des „Advanced search“ Modus, welcher der Suche mit den MeSH-Termen in der Medline-Datenbank entspricht. Durch mehrere Kriterien wurde die Anzahl der gefundenen Studien reduziert und die Auswahl verfeinert:

- Nur Studien in englischer oder deutscher Sprache
- Nur peer-reviewed Journals

- Alle Arten von Artikeln aus Zeitschriften
- Auf Medline verwendet: Nur Objekte mit Abstract suchen

Mit dieser Suchstrategie und den Suchkriterien wurden auf der Datenbank PsycInfo passende Studien gefunden. Auf Medline brachte die Suche nur wenig geeignete Ergebnisse hervor. Teilweise ergab die Suche mit neu kombinierten Suchbegriffen ein erweitertes Ergebnis. Oft wurden neben neuen Studien aber wieder dieselben angezeigt.

4.3 Vorgehen und Auswahl der Studien

In einem ersten Schritt wurden die Zusammenfassungen bzw. Abstracts der gefundenen Studien gelesen. Dadurch konnte die Anzahl der Ergebnisse wiederum reduziert werden. Kriterien zur Selektion der Studien waren:

- In der Untersuchung musste es um Teams - nicht um Gruppen - gehen. Bevorzugt wurden Studien mit dem Setting Pflege oder Gesundheitswesen. Es wurden jedoch auch Untersuchungen aus anderen Settings ausgewählt, da zu wenig geeignete Forschungen über Teams im Bereich Pflege existieren. Des Weiteren wird in dieser Arbeit beabsichtigt, die Fähigkeiten zu erfassen, welche zu einer erhöhten Effektivität in Teams führen. Aus diesem Grund muss das Setting nicht zwingend im Bereich Pflege angesiedelt sein.
- Die Studien mussten eine gewisse Signifikanz* aufweisen. Kommentare, Expertenmeinungen, o. ä. wurden aus der Auswahl ausgeschlossen.
- Studien, in denen Effektivität in Verbindung mit Teamarbeit ein Thema war, wurden bevorzugt.
- In den Studien mussten direkt oder indirekt Hinweise zu finden sein, die besagten, dass die ethischen Grundsätze nicht verletzt wurden.

Nach der Anwendung der beschriebenen Auswahlkriterien, hat sich die Anzahl der potentiell geeigneten Studien nochmals verkleinert. Es waren noch 18 Studien übrig. Welche Studie definitiv in die systematische Literaturübersicht miteinbezogen wurde, entschied die Beurteilung anhand der Bewertungsbögen nach Behrens und Langer (2006). Dieses Prozedere ist im Kapitel 4. 3. 2 erläutert.

Die Tabellen 1 und 2 bieten eine übersichtliche Darstellung der Kombinationen der Suchworte, der Anzahl der Ergebnisse und der gesetzten Limiten. Zusätzlich werden die Autoren und Jahrgänge, jener Studien erwähnt, die definitiv in die Übersichtsarbeit miteinbezogen wurden.

Ausgewählte Studien (PsycInfo)

Suchworte (im „advanced search“ Modus)	Anzahl Ergebnisse	Ausgewählte Studien anhand genannter Kriterien Limiten: Sprache englisch oder deutsch, peer-reviewed journals, journal article
“team” AND “ability” AND “effectiveness”	91	1. Barrick et al. (1998) 2. Neuman & Wright (1999)
“teamwork” AND “competencies”	10	3. Hirschfeld et al. (2006)
“group performance” AND “competencies”	14	
“teamwork” AND “quality”	138	4. Amundson (2005) 5. Draechslin et al. (2007) 6. <u>Loughry et al. (2007)</u> 7. McCallin & Bamford (2007) 8. Hoegl & Parboteeah (2003) 9. Poulton & West (1999) 10. Resick & Bloom (1997)
“teamwork” AND “effectiveness”	172	11. Driskell et al. (2006) 6. <u>Loughry et al. (2007)</u>
“competence” AND “team” AND “effectiveness”	31	

Tab. 1: Suche und Ergebnisse auf der elektronischen Datenbank PsycInfo

Wie schon im vorhergehenden Kapitel erwähnt, brachte die Suche auf Medline nur wenig geeignete Ergebnisse hervor. Deshalb geht die Autorin nur auf die Suchergebnisse ein, welche für die Arbeit relevante Studien enthalten. Diese sind in der nachfolgenden Tabelle ersichtlich.

Ausgewählte Studien (Medline)

Suchbegriffe (MeSH -Terms)	Anzahl Ergebnisse	Ausgewählte Studien anhand genannter Kriterien. Limiten: deutsche oder englische Sprache, veröffentlicht in den letzten 5 Jahren, nur Texte mit Abstracts, Journal Articles
„care“ AND „teamwork“	27	12. Reader et al. (2006)
„teamwork“	33	13. Leggat (2007)

Tab. 2: Suche und Ergebnisse auf der elektronischen Datenbank Medline

4.3.1 Beurteilung und Bewertung der Studien

Die Studien wurden mit Hilfe der Beurteilungsbögen von Behrens und Langer (2006) analysiert. Alle Bögen erlauben eine Bewertung der Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit. Benutzt wurden folgende Bögen: Beurteilung einer systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse³ und die Beurteilung einer qualitativen Studie⁴ (Universitätsklinikum Halle, 2008). Sie beinhalten jeweils 12 zu erfüllende Kriterien.

Bei den ausgewählten Studien handelt es sich, neben wenigen qualitativen Untersuchungen und systematischen Übersichtsarbeiten, bei den meisten um quantitative Forschungsarbeiten. Für quantitative Untersuchungen stellen Behrens und Langer (2006) nur den Beurteilungsbogen für Interventionsstudien zur Verfügung. Die Kriterien dieses Bogens waren nicht dafür konzipiert, einer umfassenden Analyse der zu beurteilenden quantitativen Studien gerecht zu werden.

Damit alle Forschungsarbeiten einheitlich nach Behrens und Langer analysiert werden konnten und die Kriterien für die ausgewählten quantitativen Studien eine ausreichende Beurteilung erlaubten, wurden eigens zu diesem Zweck relevante Fragen aus den Beurteilungsbögen für qualitative Studien und Interventionsstudien extrahiert und zu einem Bogen zusammengeschlossen. Mit

³ Anhang A: Beurteilungsbogen für systematische Übersichtsarbeiten oder Meta-Analysen

⁴ Anhang B: Beurteilungsbogen für qualitative Studien

diesem neuen Bogen⁵, der insgesamt 14 Kriterien enthält, war es schliesslich möglich die quantitativen Arbeiten zu evaluieren. Diese neue Kreation eines Beurteilungsbogens für quantitative Studien konnte nur aufgrund bestimmter Bedingungen realisiert werden: erstens sind die Bögen nicht evidenz-basiert, sie stammen lediglich von Autoren. Zweitens wurde der neue Bogen aus Kriterien geschaffen, welche schon in zwei anderen Bögen vorhanden, jedoch auch für quantitative Arbeiten relevant sind.

Jede der 18 Studien wurde gelesen und mit den Beurteilungsbögen bewertet. Die Bewertung wurde anhand der Noten 1-6 vorgenommen. Wobei die Note 1 die schlechteste und die Note 6 die beste ist. Die Autorin bezog nur Studien in ihre Arbeit mit ein, die mindestens die Gesamtnote 4 erlangten bzw. ein Minimum von 66% der Punkte erhielten. Nach diesem Verfahren blieben noch 13 Studien⁶ übrig. Davon sind:

- neun Studien quantitativ,
- zwei qualitativ und
- zwei Arbeiten fallen in die Kategorie systematische Literaturübersicht.

Im Anschluss an dieses Verfahren wurden die ausgewählten Studien zusammengefasst. In den Zusammenfassungen⁷ finden sich Angaben über das Thema bzw. die Forschungsfrage der Studie, zentrale Begriffe oder Hypothesen sowie Informationen über die Teilnehmer und das Forschungsdesign. Ausserdem werden die Methoden der Datensammlung und –analyse und kurz die Ergebnisse sowie die Schlussfolgerungen beschrieben. Ebenfalls in den Zusammenfassungen enthalten sind Angaben über die Autoren, den Titel, Jahrgang und die Quelle der Studien.

Die Art der Studiendesigns wurde durch die theoretischen Grundlagen nach Mayer bestimmt (Mayer, 2007, zitiert nach Panfil, 2008, S.162). Eine Abbildung der Klassifizierung von Forschungsdesigns nach Mayer ist im Anhang⁸ ersichtlich.

⁵ Anhang C: Zusammengestellter Beurteilungsbogen für quantitative Studien

⁶ Anhang D: Überblick über ausgewählte Studien (Tabelle)

⁷ Anhang E: Zusammenfassungen der ausgewählten Studien

⁸ Anhang F: Klassifizierung von Forschungsdesigns nach Mayer

4. 4 Ethischer Aspekt

Feststeht, dass jede Person, die Forschung betreibt, sich über ethische Grundsätze Gedanken machen sollte. Dies gilt in der Pflege für die Ausübung der praktischen Arbeit sowie für die Pflegeforschung⁹ (Kesselring et al., 1998). Obwohl in dieser Übersichtsarbeit nicht direkt am Patienten geforscht wird, sind die ethischen Regeln zu beachten. In die Studien sind zwar keine Pflegeempfänger involviert, aber es nehmen Personen teil, denen ebenfalls das Recht auf die Berücksichtigung ethischer Grundsätze zukommt. Diese ethischen Grundsätze gelten nämlich für alle Handlungen an und mit Patienten oder anderen Personen, die von Pflegenden unternommen werden, mit dem Ziel, Wissen zu entwickeln (Kesselring et al., 1998). Die Handlungen sollen hauptsächlich der Berufs- und Wissensentwicklung dienen, langfristig das Wohl der Patienten anstreben und zur Qualität der Pflege beitragen (Kesselring et al., 1998).

In den ausgewählten Studien kommt die Thematik Ethik nur selten zum Ausdruck. Nur bei zwei Studien werden ethische Aspekte berücksichtigt. In einer quantitativen Studie werden in der Diskussion ethische Bedenken angemerkt betreffend einer Selektion von Stellenbewerbern aufgrund ihrer Persönlichkeitszüge (Mount & Barrick, 1995, zitiert nach Neuman & Wright, 1999, S.386). Eine weitere quantitative Studie aus Australien wurde vor ihrer Durchführung durch das Ethikkomitee der Universität La Trobe im Bundesstaat Victoria geprüft (Leggat, 2007). Die übrigen Studien weisen keine Kommentare bezüglich Ethik auf. Der Autorin dieser Arbeit sind jedoch die ethischen Grundsätze der Pflegeforschung bekannt. Diese Grundsätze beachtete sie bei der Auswahl der Studien. Wenn das Ziel oder der Forschungszweck einer Arbeit nicht klar deklariert war oder das Studiendesign fragliche Methoden zur Erhaltung der Forschungsdaten aufwies, wurde sie ausgeschlossen.

⁹ Anhang G: Ethische Grundsätze in der Pflegeforschung

5. Ergebnisse

In diesem Teil der Arbeit werden die wichtigsten Aspekte der 13 sorgfältig bearbeiteten Studien aufgezeigt. Der Fokus der Ergebnisse liegt auf der Beantwortung der Forschungsfrage.

5. 1 Ziele setzen

Hoegl und Parboteeah (2003) stellen in ihrer quantitativen Studie eine hohe Korrelation* zwischen dem Setzen von Zielen und der Effektivität eines Teams fest. Die Autoren zeigen, dass das Setzen von Zielen einen direkten Einfluss auf die Leistung eines Teams hat. Dieser Prozess wird von der Qualität der Teamarbeit zusätzlich beeinflusst. Erfolgreiche Zielsetzungen benötigen somit auch qualitativ gute Teams (Hoegl & Parboteeah, 2003).

In einer weiteren Korrelationsstudie liefern Resick und Bloom (1997) Angaben über die Auswirkungen des Schwierigkeitsgrades eines Zieles auf die Teamleistung. Es besteht kein grosser Unterschied, ob ein Ziel nun schwierig oder einfach zu erreichen ist. Jedoch wurde bewiesen, dass individuelle Ziele - im Gegensatz zu gemeinsamen Zielen - mehr Konflikte innerhalb des Teams und weniger Engagement für das Erreichen von Zielen hervorbringen (Resick & Bloom, 1997).

Poulton und West (1999) war es möglich in ihrer Untersuchung - ebenfalls eine Korrelationsstudie - zu beweisen, dass gemeinsame Ziele positiv und signifikant mit allen Kriterien der Effektivität korrelieren. Gemeinsame Ziele wirken sich laut den Autoren positiv auf die Beständigkeit eines Teams, die patientenzentrierte Pflege, die Pflegepraxis und die organisatorische Effizienz aus (Poulton & West, 1999). In der Regressionsanalyse erweisen sich Teamziele schliesslich als signifikantester Faktor der Effektivität. Für Teams, die geteilte und klare Ziele haben, besteht die höhere Wahrscheinlichkeit, dass sie gut arbeiten, ihre Arbeit effizient strukturieren und im „Liefen von Pflege“ Effektivität aufzeigen (Poulton & West, 1999).

Auch Loughry, Ohland und DeWayne Moore (2007) fanden heraus, wie wichtig es ist, dass Teammitglieder einander helfen klare Ziele zu entwickeln, um Effektivität im Team aufzuzeigen.

5. 2 Kommunikation

Um in der heutigen multikulturellen Gesellschaft effektiv zu kommunizieren, brauchen Pflgeteams dementsprechende Führungspersonen. Zu diesem Ergebnis kommen Draechslin, Hunt und Sprainer (2000) in einer quantitativen Studie. Die Autoren stellen fest, dass es kompetente Leitende braucht, die fähig sind negative Faktoren unter den Teammitgliedern abzuschwächen und sie sozusagen auf die richtigen Bahnen zu lenken. Sind führende Personen fähig, Teammitglieder mit verschiedenen kulturellen Hintergründen zu motivieren, soziale Isolation, selektive Wahrnehmung und Stereotypisierung zu überwinden, führt dies zu effektiver Kommunikation (Draechslin et al., 2000).

Reader, Flin, Lauche und Cuthbertson (2006) identifizierten in ihrer systematischen Literaturübersicht Faktoren, die zu kritischen Vorfällen auf Intensivstationen führen. Diese Faktoren wurden den vier Kategorien der ANTS (Anaesthetists' Non Technical Skills) Taxonomie zugeordnet. Die Kategorien sind zusammengesetzt aus: Aufgaben-Management, Teamarbeit, Bewusstsein oder Überblick über die Situation und Fällen von Entscheidungen. Die meisten ungenügenden Fähigkeiten in der Kategorie Teamarbeit waren im Bereich Kommunikation zu finden (Reader et al., 2006).

Kommunikation spielt in der Untersuchung von Leggat (2007) ebenfalls eine zentrale Rolle. Sie konnte Kommunikation als wichtigen Faktor der Kategorie Fertigkeiten zuordnen und kommt zum Ergebnis, dass Kommunikation wichtig ist für effektive Teammitglieder im Gesundheitswesen (Leggat, 2007).

Loughry et al. (2007) fanden heraus, dass Kommunikation eine hohe Bedeutung hat im erfolgreichen Interagieren mit Teammitgliedern. Die Untersuchung ergab, dass am besten interagiert wurde, wenn die Kommunikation klar und spezifisch war, wenn sich Teammitglieder gegenseitig halfen ihre Kommunikation zu verbessern, Informationen in einem angepassten zeitlichen Rahmen ausgetauscht wurden, konstruktives Feedback gegeben und angenommen wurde und wenn aktives Zuhören praktiziert wurde (Loughry et al., 2007).

5. 3 Persönlichkeit

Die drei Autoren, zu welchen in diesem Kapitel Bezug genommen wird, haben alle in ihre Untersuchung das Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit¹⁰ (auch: Big Five model genannt) miteinbezogen. In den Ergebnissen von Barrick, Stewart, Neubert und Mount (1998) zeigten sich die Faktoren Pflichtbewusstsein und Gewissenhaftigkeit am bedeutendsten für die Leistung eines Teams. Nicht nur Persönlichkeitszüge des Fünf-Faktoren Modells erhalten gute Noten. Es zeigte sich, dass Arbeitsteams mit höheren Mittelwerten für die „general mental ability“, was soviel heisst wie allgemeine kognitive Fähigkeit, eine bessere Teamleistung erzielen können. Teams, die verträglicher und emotional stabiler sind, bringen mit hoher Wahrscheinlichkeit bessere Leistungen hervor (Barrick et al., 1998).

In den Resultaten von Neuman und Wright (1999) ist ersichtlich, dass die beiden Persönlichkeitszüge Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit die grössten Indikatoren sind für die Leistungen von Arbeitsteams. Verträgliche Mitglieder tendieren dazu mit anderen zu kooperieren, sind eher konfliktfähig und besitzen soziale Fertigkeiten, die nötig sind für effektive Teamarbeit (Neuman & Wright, 1999). Personen, die pflichtbewusst und gewissenhaft sind, scheint das Erreichen von Zielen und Disziplin wichtig zu sein, was wiederum zu einer erfolgreichen Leistung des Teams führt (Neuman & Wright, 1999). Zwischen Extraversion und den Team Outcomes konnte in der Untersuchung von Neuman und Wright (1999) keine Beziehung nachgewiesen werden.

Driskell, Goodwin, Salas und O'Shea (2006) kommen durch ihre systematische Literaturübersicht zum Schluss, dass alle Komponenten des Fünf-Faktoren Modells einen Bezug zu Team-Effektivität haben. In ihrer Untersuchung erweitern sie die Fünf Faktoren mit mehreren Unter-Komponenten¹¹. Driskell et al. (2006) erkennen den Faktor emotionale Stabilität als signifikant und weisen dazu eine positive Beziehung zu Team-Effektivität nach. Im Faktor Extraversion stellen die Autoren auch Aspekte fest, die sich negativ auf die Effektivität eines Teams auswirken können. Neben den drei Unterkomponenten der Extraversion - Zugehörigkeit, Einfühlungsvermögen und Ausdruck - erweist sich Dominanz als

¹⁰ Anhang H: Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit

¹¹ Anhang I: Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit mit Unterkomponenten

eine Komponente, die eine zerstörende Wirkung auf Team-Interaktionen hat (Driskell et al., 2006). Der Faktor Offenheit ergibt wenig direkte Beziehungen zu Teamarbeit, jedoch ist ein relevanter Aspekt vorhanden: die Flexibilität, welche die Unterkomponente von Offenheit bildet. Flexibilität, als Fähigkeit definiert, sein Verhalten an wechselnde zwischenmenschliche Situationen anzupassen, wird von den Forschern als Teil der sozialen Intelligenz angesehen. Personen, die verträglich sind, werden als ehrlich, hilfsbereit und unterstützend charakterisiert (Driskell et al., 2006). Manche Autoren sehen Verträglichkeit als wichtigster Indikator für Leistung im zwischenmenschlichen Setting (Mount et al., 1998, Neuman & Wright, 1999, zitiert nach Driskell et al., 2006, S. 255). Durch die systematische Literaturübersicht kommen jedoch Driskell et al. (2006) zum Schluss, dass im Bereich der Verträglichkeit für die Team-Interaktionen am relevantesten Vertrauen und Kooperation sind. Die Unterkomponenten, die im Bereich Gewissenhaftigkeit als relevanteste identifiziert wurden für Team-Interaktionen, sind: Verlässlichkeit bzw. Zuverlässigkeit, Pflichtbewusstsein und die Motivation ein Ziel zu erreichen (Driskell et al., 2006).

Neben den Dimensionen des Fünf-Faktoren-Modell, entdeckten Driskell et al. (2006) noch andere Faktoren, welche nötig sind für effektive Teamarbeit und in vielen Typen von Aufgaben und Teams Anwendung finden. Dies sind: Anpassungsfähigkeit, geteiltes Bewusstsein der Situation, Analysieren der Leistung und Feedback, Team Management, zwischenmenschliche Beziehungen, Koordination, Kommunikation und das Fällen von Entscheidungen (Driskell et al., 2006).

5. 4 Emotionale Intelligenz

McCallin und Bamford (2007) untersuchen in einer qualitativen Studie die Bedeutung emotionaler Intelligenz für die Effektivität in Teams. Die Teilnehmer der Studie sind sich einig, dass ein breites theoretisches Wissen oder ein hoher Intelligenz-Quotient nicht ausreichend sind für eine gute Teamarbeit. Die Autoren schliessen aus der Untersuchung, dass Personen, die in Teams arbeiten, idealerweise auch emotional intelligent sind. Die Mitglieder eines Teams sollten auch andere Blickpunkte beachten und unterschiedliche Meinungen zulassen (McCallin & Bamford, 2007). Die Team-Effektivität ist erhöht, wenn die Personen

sich in einem Team emotional sicher fühlen, d.h. es herrscht unter anderem ein offener Umgang miteinander und die Kommunikation gestaltet sich klar und deutlich (McCallin & Bamford, 2007). Falls Konflikte auftreten, kann ein emotional intelligentes Teammitglied durch Konfliktfähigkeit angepasste Lösungsstrategien anwenden. Die Autoren beziehen sich auf das Modell von Goleman (1998), welches besagt, dass emotionale Intelligenz aus vier zentralen Fähigkeiten besteht: Selbst-Bewusstsein, Selbst-Management, Soziales Bewusstsein und soziale Fertigkeiten (Goleman, 1998, zitiert nach McCallin & Bamford, 2007, S.387). Diese vier Fähigkeiten erweisen sich für die Autoren als zentralstes Element der Team-Effektivität.

Um emotionale Intelligenz im weiteren Sinne geht es auch in der Korrelationsstudie von Amundson (2005). Sie untersucht die Rolle der emotionalen Kompetenz in Gruppen und deren Auswirkungen auf die Effektivität von Teams im Gesundheitswesen. Ihre Ergebnisse decken sich mit dem Modell von Druskat und Wolff, welches besagt, dass ein Team, das gewisse Normen bezüglich zwischenmenschlicher Beziehungen annimmt, bessere Leistungen innerhalb ihrer Organisation erzielt (Druskat & Wolff, 2001, zitiert nach Amundson, 2005, S.221). Die besagte emotionale Kompetenz ist unter anderem durch positive Beziehungen und eine respektvolle Soziodynamik gekennzeichnet. Die Autorin bemerkt, dass diese Faktoren der Schlüssel sind, um in einem Arbeitsteam gute Outcomes zu erreichen (Amundson, 2005).

5. 5 Verhalten

Nach Verhaltensweisen, die zu effektiver Teamarbeit führen, haben Loughry et al. (2007) geforscht. Von Bedeutung waren fünf Kategorien:

- 1. Einen Beitrag leisten zur Arbeit des Teams:** dies bedeutet, dass Teammitglieder ihre Arbeit gerecht aufteilen, die Arbeitsaufträge in der vorgegebenen Zeit erfüllen oder anderen Hilfe anbieten.
- 2. Mit anderen Teammitgliedern interagieren:** in diese Kategorie fällt die klare und deutliche Kommunikation mit anderen Teammitgliedern, das Austauschen von wichtigen Informationen, aktives Zuhören, das Geben und Annehmen von konstruktivem Feedback und bei Bedarf Hilfe von anderen anfordern.

3. **Dem Team helfen, auf dem richtigen Weg zu bleiben:** Teammitglieder motivieren einander ihr Bestes zu geben, helfen anderen ihre Arbeit zu planen und zu organisieren und sind fähig externe Faktoren wahrzunehmen, die das Team beeinflussen.
4. **Qualität erwarten:** diese Kategorie besagt, dass die Mitglieder die Haltung bzw. Erwartung haben, dass ihr Team erfolgreich ist, dass das Team hohe Qualität produzieren und einen hohen Standard erreichen kann.
5. **Über relevante Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten verfügen:** die Teammitglieder verfügen über job-spezifische Fertigkeiten, haben genug Kenntnisse, um auch Aufgaben anderer Mitglieder zu übernehmen und verfügen über individuelle Fertigkeiten, die sonstige Mitglieder nicht haben (Loughry et al. 2007).

5. 6 Engagement

Resick und Bloom (1997) konnten feststellen, dass das Engagement ein bestimmtes Ziel zu erreichen, sich positiv auf die Leistung und die Team-Koordination auswirkt sowie Konflikte innerhalb von Gruppen reduziert (Resick & Bloom, 1997).

Verschiedene, für die Teamarbeit wichtige Fähigkeiten, identifiziert Leggat (2007) in einer quantitativen Studie. Die drei Aspekte, welche am meisten erwähnt wurden, sind eine engagierte Zusammenarbeit, das Engagement für eine gute Qualität des Ergebnisses und das Engagement für die Organisation an sich (Leggat, 2007).

5. 7 Theoretische Kenntnisse über Teamarbeit

Hirschfeld, Jordan, Feild, Giles und Armenakis' (2006) Untersuchungen ergaben eine signifikante Beziehung zwischen theoretischen Kenntnissen bezüglich Teamarbeit und effizienter Teamarbeit. Dazu erörterten sie eine direkte und eine indirekte Beziehung. Die indirekte Beziehung erfolgt über gute Problemlösungsstrategien und über umfassendes Wissen Aufgaben, die Körpereinsatz verlangen (Hirschfeld et al., 2006). Vorhandenes Wissen über Teamarbeit ist ein Indikator für gute Problemlösungsstrategien und das erfolgreiche Bewältigen körperlicher Aufgaben. Dies wiederum führt zu höherer

Team-Effektivität (Hirschfeld et al., 2006). Einen Zusammenhang zwischen der Grösse des Teams und effektiver Teamarbeit konnte nicht nachgewiesen werden (Hirschfeld et al., 2006).

6. Diskussion

In den folgenden Unterkapiteln wird die Forschungsfrage beantwortet, die Ergebnisse mit dem theoretischen Rahmen verknüpft und Konsequenzen sowie Empfehlungen für die Pflegepraxis aufgezeigt. Am Schluss dieses Kapitels wird ein kurzer Input aus dem Feld der Unternehmenskultur gegeben, welcher relevante Aspekte für diese Arbeit beinhaltet.

6. 1 Beantwortung der Forschungsfrage

Diese Übersichtsarbeit erörtert die Frage, welche Faktoren die Effektivität von Pflegeteams fördern. Durch die Suche und Bearbeitung relevanter Studien wurden statistisch signifikante Faktoren identifiziert, welche sich positiv auf die Effektivität der Teamarbeit auswirken. Dies sind:

- Ziele setzen (Hoegl & Parboteeah, 2003, Resick und Bloom, 1997, Loughry et al., 2007, Poulton & West, 1999)
- Kommunikation (Draechslin et al., 2000, Leggat, 2007, Reader et al., 2006, Loughry et al., 2007)
- Persönlichkeitszüge (Barrick et al., 1998, Neuman & Wright, 1999, Driskell et al., 2006)
- Emotionale Intelligenz (McCallin & Bamford, 2007, Amundson, 2005)
- Verhalten (Loughry et al., 2007)
- Engagement (Loughry et al., 2007, Resick & Bloom, 1997)
- Theoretische Kenntnisse über Teamarbeit (Hirschfeld et al., 2006)

Es konnte eine Reihe verschiedener Faktoren auf personeller Ebene gefunden werden, wodurch die Komplexität der Thematik deutlich wird. In den ausgewählten Studien gelang es den Autoren positive Korrelationen zwischen den Faktoren und der Effektivität wissenschaftlich nachzuweisen. Diese Korrelationen sind in Kapitel 5. erläutert. Die Berücksichtigung einzelner Faktoren wirkt sich positiv auf die Team-Effektivität aus. Was würde nun geschehen, wenn all die in den Ergebnissen beschriebenen Faktoren in einem Team gleichsam berücksichtigt und gefördert würden? Rein hypothetisch müsste ein Zusammenschliessen der verschiedenen Faktoren eine noch bessere Team-Effektivität ergeben.

Die Qualität der ausgewählten Studien sowie deren Design, können als gut bezeichnet werden. Sie wurden nämlich einer kritischen Beurteilung anhand der Beurteilungskriterien nach Behrens und Langer (2004) unterzogen.

Die Ergebnisse sind dennoch aus einem kritischen Blickwinkel zu betrachten. Es handelt sich beim Resultat dieser Arbeit nicht um etwas Absolutes. Es heisst also nicht, dass ein Team garantiert eine erhöhte Effektivität aufweist, wenn die erwähnten Einflussfaktoren vorhanden sind. Nur die Wahrscheinlichkeit für bessere Team-Effektivität wurde erwiesen. Ausserdem wurde nach Faktoren auf personeller Ebene gesucht. Es gibt jedoch noch andere Ebenen, die einen Einfluss auf ein Team haben können, sei dies nun die Arbeitsumgebung, die zur Verfügung stehenden Ressourcen oder die führenden Personen einer Organisation. Auch kann nicht darauf beharrt werden, dass es nur die identifizierten personellen Faktoren sind, welche Einfluss nehmen auf das Team. Auf der personellen Ebene ist es sogar wahrscheinlich, dass es noch weitere relevante Aspekte gibt, welche die Team-Effektivität hemmen oder fördern.

Des Weiteren führen nur fünf Studien ihre Untersuchungen mit Teilnehmern aus dem Gesundheitswesen durch. In den Arbeiten von Resick und Bloom (1997) und Loughry et al. (2007) bestehen die Teilnehmer aus Studenten. Resick und Bloom (1997) selbst sehen dies als eine Einschränkung ihres Resultates, da Studenten noch keine Arbeitserfahrung haben. Auch das Messinstrument von Loughry et al. (2007) wird von den Autoren selbst kritisch betrachtet, da es auf Studien mit Studenten basiert und noch nie in der Realität getestet wurde.

In vier Studien wurde mit Teilnehmern aus verschiedenen Settings geforscht. Hoegl und Parboteeah (2003) arbeiteten mit Teams aus Softwareentwicklungslaboratorien, Barrick et al. (1998) mit Arbeitern aus der Industrie und Neuman und Wright (1999) mit Personalabteilungsmitarbeitern. Ein wenig aus der Reihe fallen dabei die Teilnehmer der Studie von Hirschfeld et al. (2006). Sie führten ihre Untersuchung im Rahmen eines Entwicklungsprogramms für Militäroffiziere durch. Fünf der Studien forschten mit Personen aus dem Gesundheitswesen und zwei Studien sind Literaturübersichten, welche keine Teilnehmer benötigten.

Wie schon im Vorfeld erwähnt, spielt das Setting der Studie nur eine bedingt wichtige Rolle. Der Fokus wurde ja vor allem auf die Faktoren gelegt, welche die Effektivität in einem Team fördern.

Von Bedeutung ist aber, wie viele Teilnehmer in der Studie mitgewirkt haben. Je mehr Personen an einer Forschungsarbeit teilnehmen, desto signifikanter ist das Resultat. In dieser Arbeit gibt es zwei Untersuchungen, deren Teilnehmerzahl etwas tief ist. Resick und Bloom (1997) erzielten ihre Resultate mit nur 72 Studenten, die jeweils in 24 Gruppen eingeteilt wurden. An Amundsons (2005) Forschung nehmen nur 85 Personen teil.

Ein weiterer Faktor, der sich auf die Qualität des Ergebnisses dieser Arbeit auswirkt, liegt bei den Teams, mit denen geforscht wurde. Es ist ein Unterschied, ob ein Team schon länger besteht oder ob es nur für den Forschungszweck zusammengesetzt wurde. Einige Untersuchungen arbeiteten mit Teams, die neu gebildet wurden. Diese Teams entsprechen eher einem Projektteam oder einer Projektgruppe und stimmen nicht ganz überein mit der Definition, die im Kapitel 3. 2. 3 vorgegeben ist. Mit neu formierten Teams arbeiteten Resick und Bloom (1997), Barrick et al. (1998), Neuman und Wright (1999) und Hirschfeld et al. (2006).

Schliesslich ist noch zu betonen, dass bestimmte Korrelationen zwischen den Faktoren und der Team-Effektivität nur jeweils durch eine Studie nachgewiesen wurde. Diese Tatsache reduziert die Signifikanz der Ereignisse. Beispielsweise wird die Bedeutung der emotionalen Intelligenz nur durch eine quantitative und eine qualitative Studie betont (Amundson, 2005, McCallin & Bamford, 2007). Diese Tatsache reduziert die Signifikanz der Ergebnisse. Die Faktoren Verhalten (Loughry et al., 2007) und theoretische Kenntnisse über Teamarbeit (Hirschfeld et al., 2006) werden jeweils nur durch eine Studie untersucht.

Interessant ist, dass die Resultate zweier Studien sich sogar widersprechen. Hirschfeld et al. (2006) sagen aus, dass die Anzahl der Teammitglieder nichts über die Effektivität der Teamarbeit aussagt. Poulton und West (1999) jedoch fanden eine Beziehung zwischen der Grösse des Teams und der Teilnahme der Mitglieder. Sie geben an, je grösser ein Team ist, desto niedriger ist die Teilnahme der Mitglieder (Poulton & West, 1999). Die Teamgrösse hat also indirekt eher eine negative Wirkung auf die Team-Effektivität.

6. 2 Verknüpfung mit dem theoretischen Rahmen

In Kapitel 2. 3 wird Rationalisierung als Inbegriff aller Massnahmen zur Steigerung der Effizienz durch Optimierung der Handlungsabläufe beschrieben (Schopper et al., 2001). Wie schon erwähnt bemerkt eine Reihe von Forschern, dass gute Teamarbeit die Effektivität steigern und dabei Kosten reduziert werden können. Xyrichis und Ream (2008) zum Beispiel wenden ein, dass Teamarbeit ein wichtiger Faktor ist, um gute und kosteneffektive Arbeitsleistungen in verschiedensten Settings zu erreichen. Nun wurden in dieser Arbeit Faktoren gefunden, die sich positiv auf die Effektivität von Teams auswirken. Teamarbeit an sich wirkt sich positiv auf die Pflegeempfänger, die Pflegenden und die Organisation aus (Xyrichis & Ream, 2008). Nimmt man die Ergebnisse dieser Arbeit hinzu, stellt dies ein Gewinn für alle drei Ebenen dar. Erfüllen die Teammitglieder die identifizierten Faktoren, ist die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass die Effektivität eines Pflgeteams steigt. In diesem Sinne ist die Berücksichtigung der gefundenen Faktoren ein Weg der Rationierung entgegenzuwirken und die Rationalisierung zu fördern.

Unterstützt wird von der Literatur, dass gute Teamarbeit für zufriedene Mitarbeiter sorgt. Zufriedene Mitarbeiter zeigen eine bessere psychische Gesundheit auf, d.h. die Ergebnisse dieser Arbeit tragen zur Förderung der Gesundheit auf Personalebene bei (Xyrichis & Ream, 2008). Xyrichis & Ream (2008) stellten des Weiteren fest, dass gute Teamarbeit sich positiv auf die Motivation der Mitarbeiter auswirkt. Jede Organisation braucht motivierte und gut ausgebildete Mitarbeiter, um ihre Effektivität und Effizienz zu verbessern oder aufrechtzuerhalten (Steers, Porter & Bigley, 1996, zitiert nach Van Yperen & Van de Vliert, 2002, S.625).

Was nicht durch die Literatur bestätigt wird, ist, dass zufriedene Mitarbeiter eine bessere Arbeitsleistung vollbringen. Van Yperen und Van de Vliert (2002) erwähnen eine Reihe von Forschern, die herausfanden, dass es zwischen Arbeitszufriedenheit und Arbeitsleistung keinen grossen Zusammenhang gibt.

Auf Patientenebene sind folgende Vorteile festzustellen, wenn Teamarbeit gut funktioniert bzw. effizient ist:

- Die Qualität wird verbessert,
- Patienten – Outcomes gewinnen an Wert und

- die Patienten sind mit den verschiedenen Dienstleistungen zufrieden (Xyrichis & Ream, 2008).

6. 3 Konsequenzen und Empfehlungen für die Pflegepraxis

Die gefundenen Ergebnisse bringen nun die Frage nach den Konsequenzen und Empfehlungen für die Pflege mit sich. Die statistische Signifikanz wurde durch die Studien nachgewiesen. Sind diese Resultate auch für die Praxis signifikant? Sind sie umsetzbar? Falls ja, wie sieht eine Umsetzung aus? Um darauf antworten zu können, müssen die einzelnen Einflussfaktoren nochmals detaillierter betrachtet werden.

6. 3. 1 Ziele setzen und Engagement

Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass das Setzen von Zielen eine der am meisten wissenschaftlich validen* und nützlichen Theorien in der Organisationspsychologie ist (Latham & Lee, 1986; Latham & Yukl, 1975; Locke, Shaw, Saar & Latham, 1981; Mento, Steele & Kare, 1987; Tubbs, 1986, zitiert in Hoegl & Parboteeah, 2003, S.6). Hoegl und Parboteeah (2003) stellten eine hohe Korrelation zwischen dem Setzen von Zielen und der Effektivität eines Teams fest. Sie empfehlen, dass vor allem Manager oder Führungspersonen, aber auch Mitglieder von Teams sich bewusst sein sollten, welche Effekte das Setzen von Zielen haben kann. Die Autoren raten Organisationen, die Erkenntnisse ihrer Untersuchung in die Weiterbildung von Führungspersonen und Angestellten einfließen zu lassen, dies vor allem, um die Mitarbeiter für Teamprojekte vorzubereiten (Hoegl & Parboteeah, 2003).

Die Untersuchung von Hoegl und Parboteeah (2003) weist einige Einschränkungen auf. Zum Einen ist die Studie „cross-sectional“ und nicht longitudinal. Dies heisst, die Daten wurden nicht über einen längeren Zeitraum gesammelt und analysiert. Ausserdem kann die Studie zwar Korrelationen nachweisen, jedoch keine Kausalität. Zum anderen können die Resultate nur begrenzt verallgemeinert werden, da sie sich eher auf neu geformte Projektteams beziehen (Hoegl & Parboteeah, 2003). Die Bedeutung des Ausdrucks Projektteam stimmt nur bedingt mit der in dieser Arbeit verwendeten Definition des Begriffs Team überein.

Wichtig ist, dass in einem Team gemeinsame Ziele festgelegt werden, denn diese steigern das Engagement des einzelnen Teammitglied (Resick & Bloom, 1997). Dieses Ergebnis wird durch andere Autoren bestätigt (Martin & Manning, 1995, zitiert nach Resick & Bloom, 1997, S.3). Resick und Bloom (1997) geben keine Empfehlungen für die Anwendung in der Praxis. Dafür führen sie verschiedene Eingrenzungen ihrer Studie auf. Die relativ kleine Anzahl ihrer Untersuchungsgruppe vermindert die Aussagekraft der statistischen Analysen. Ausserdem handelte es sich bei den Testpersonen um Studenten, denen Arbeitserfahrung noch fehlte (Resick & Bloom, 1997).

Poulton & West (1999) sehen das Setzen von Zielen als einen Faktor, der nicht nur auf Ebene der Pflgeteams, sondern auch auf interdisziplinärer und organisatorischer Ebene berücksichtigt werden sollte. Konkret heisst dies für Poulton und West (1999), dass Organisationen zusammen mit Pflgeteams Jahresziele erstellen und schliesslich Rückmeldung bezüglich der gesetzten Ziele geben sollen. Idealerweise sind Pflgeteams in eine Organisation eingebettet, die ihnen Unterstützung bietet und zwar bezüglich Weiterbildung, Information und Ressourcen, wie beispielsweise finanzielle Mittel (Poulton & West, 1999). Die Autoren betonen wie wichtig die Struktur ist, welche die eigentliche Pflege umfasst. Denn nur wenn die Struktur stimmt und das Gesundheitswesen im politischen Sinne mit den einzelnen Gesundheitsorganisationen zusammenarbeitet, können klare, gemeinsame Ziele entwickelt werden, die eine effiziente Teamarbeit fördern (Poulton & West, 1999).

Das Setzen von Zielen erweist sich als Faktor, welcher auf der Teamebene gut umgesetzt werden kann und deshalb für die Praxis signifikant ist. Ziele haben den Vorteil, dass sie messbar sind. Wenn dazu noch weitere Kriterien angewandt werden, ist das Setzen von Zielen sehr gut in der Praxis anwendbar. Weitere Kriterien zur Zielsetzung sind:

- Ziele müssen relevant sein für das jeweilige Arbeitsfeld.
- Sie müssen konkret und klar formuliert sein.
- Dazu muss ein Ziel messbar und begrenzt sein. Es sollte ein Zeitpunkt für dessen Evaluation festgelegt werden.
- Wichtig ist auch die Erreichbarkeit des Zieles. Nur realistische Ziele können erreicht werden (Arets, Obex, Vaessen & Wagner, 1999).

Ziele sollten stets gemeinsam festgelegt werden, damit die Teammitglieder sich gleichermaßen engagiert für das Erreichen des Zieles einsetzen.

Vorteilhaft ist, wenn das Setzen von gemeinsamen Zielen in Pflorgeteams durch Führungspersonen, wie der Stations- und Pflegedienstleitung, Unterstützung erhält. Wie Poulton und West (1999) erwähnen, wird die Umsetzung des Faktors Ziele setzen erleichtert, indem die Organisation selbst dahinter steht und diese Strategie sogar in ihre Unternehmenskultur integriert oder im Leitbild aufnimmt.

6. 3. 2 Kommunikation und theoretische Kenntnisse über Teamarbeit

Draechslin et al. (2000) gehen in ihrer Untersuchung auf die zunehmende Multikulturalität in den westlichen Ländern ein. Die zunehmende ethnische (Sprach-)Vielfalt hat Auswirkungen auf die Kommunikation und das Verhältnis von Mitgliedern eines Teams untereinander. Vorgeschlagen werden diesbezüglich Weiterbildungen und Trainings für Pflegende und Führungspersonen aus dem Setting Gesundheitswesen mit dem Fokus auf interkulturelle Kommunikation (Draechslin et al., 2000). Wiederum wird die zentrale Rolle der Führungsperson betont, da sie die Möglichkeit hat durch ihren Einfluss das Team in eine bestimmte Richtung zu lenken. Draechslin et al. (2000) nennen die traditionelle bürokratische Struktur als mögliches Hindernis für eine effektive Kommunikation in multikulturellen Pflorgeteams. Möglicherweise betonen diese konventionellen Strukturen die Hierarchie in einer Organisation. Sie behindern damit einen offenen Austausch zwischen verschiedenen Ebenen sowie zwischen diplomiertem und nicht diplomiertem Pflegepersonal. Mit der Betonung der Hierarchie wird der Graben zwischen den Kulturen vertieft, da Zugehörige anderer Kulturen häufig nicht diplomiert sind (Draechslin et al. 2000).

Reader et al. (2006) schlagen bezüglich Defiziten in der Kommunikation eine Analyse der Grundursache - eine sogenannte „root-cause analysis“ – vor. Sie erwähnen dabei die Art wie zwischen Ärzten und Pflegepersonen kommuniziert wird. Oft ist diesbezüglich die Kommunikation geprägt von ausgeprägtem Hierarchie-Denken oder dem Fehlen von Offenheit (Reader et al., 2006). Vielfach fehlt auf Abteilungen auch eine „Fehlerkultur“, d.h. es gibt keinen offenen Umgang mit Fehlern. Ein Nicht-vorhanden-sein einer Fehlerkultur kann wiederum die Kommunikation beeinträchtigen (Reader et al., 2006).

Um das Kommunikationsproblem an der Wurzel anzupacken, müssen also die Hintergründe aufgedeckt werden. Die Einführung einer Richtlinie für einen adäquaten Umgang mit Fehlern könnte dabei eine mögliche Lösung sein. Hierzu ist es von Bedeutung, dass die leitenden Personen hinter einer solchen Einführung stehen und den offenen Umgang mit Fehlern vorleben.

Auch gegen das Problem, welches die Hierarchie mit sich bringt, können Führungspersonen sich einsetzen. Wiederum ist es an ihnen, mit gutem Beispiel voranzugehen und eine offene Kommunikation unter den Mitarbeitern vorzuleben und dadurch zu fördern.

Werden in Organisationen oder Pflgeteams Probleme der Kommunikation identifiziert, liegt es in ihrer Verantwortung mit den Ausbildungsstätten für Pflegeberufe zusammenzuarbeiten und weiterzuleiten, welche Schwerpunkte für die Praxis notwendig sind. Kommunikation bildet beispielsweise in der Fachhochschule für Gesundheit in Freiburg schon ein zentrales Element der Ausbildung. Um den Auswirkungen der Hierarchie zu begegnen und die damit verbundenen Kommunikationsprobleme zu vermeiden oder wenigstens zu reduzieren, sollte ein Schwerpunkt darauf gelegt werden, den Auszubildenden ein positives Bild der Pflegenden zu vermitteln bzw. die Pflegenden als mündige, urteilskompetente Person darzustellen, die sich nicht vor anderen Disziplinen, wie zum Beispiel den Ärzten zu ducken braucht.

Jedoch bringt eine umfassende Grundausbildung und regelmässige Fortbildung in Sachen Kommunikation nichts, wenn die Umstände nicht stimmen. Ein einzelnes Teammitglied kann noch so kompetent kommunizieren, tun dies aber die übrigen Personen im Team nicht oder fehlt die Zeit dazu, ist eine effektive Kommunikation im Team unerreichbar. Deshalb müssen Führungskräfte und die Organisation sich für eine gute Kommunikation einsetzen und eine Vorbildfunktion übernehmen. Auf diesem Weg können Anstrengungen unternommen werden, um in Teams effektive Kommunikation herzustellen.

Hirschfeld et al. (2006) schliessen aus ihrer Untersuchung, dass es wichtig ist sich Kenntnisse über Teamarbeit anzueignen, bevor man in einem Team arbeitet. Sie schlagen vor, dass Personen, die zukünftig Teamarbeit leisten im Vorfeld sorgfältig darauf vorbereitet werden sollen. Weiter empfehlen Hirschfeld et al., (2006), dass Führungspersonen erkennen sollen, welche Faktoren nötig sind, um

effiziente Teamarbeit zu leisten. Optimal ist, wenn die Organisation für ihren Teil ein konkretes Konzept zur Teamarbeit in ihre Philosophie integriert und Bemühungen unternimmt seine Angestellten mit Fortbildungen und Trainings weiterzubilden (Hirschfeld et al., 2006). Dabei eingeschlossen sind auch Weiterbildungen im Bereich Kommunikation, welche ein wichtiger Teil der Teamarbeit darstellt.

6. 3. 3 Persönlichkeit und emotionale Intelligenz

Die Autoren Barrick et al. (1998), Neuman und Wright (1999) und Driskell et al. (2006) fanden eine positive Beziehung zwischen Persönlichkeitszügen und der Team-Effektivität. Sie alle empfehlen diese Erkenntnisse anzuwenden für die Selektionierung von Teammitarbeitern oder Stellenbewerbern. Nur Neuman und Wright (1999) sprechen die Problematik der ethischen Vereinbarkeit an. Das Verwenden von Persönlichkeitstests zum Zweck der Mitarbeiterselektion wird als unfair, ethisch nicht korrekt und sogar teilweise als gesetzlich nicht erlaubt bezeichnet (Neuman & Wright, 1999). Barrick et al. (1998) stellten in ihrer Forschungsarbeit fest, dass Teammitglieder, denen ein wichtiger zwischenmenschlicher Persönlichkeitszug fehlt, ein ganzes Team und dessen Leistung negativ beeinflussen kann und rechtfertigen damit den Vorschlag der Mitarbeiterselektion.

Die Autoren Amundson (2005) und McCallin und Bamford (2007), welche sich mit der Thematik der emotionalen Intelligenz beschäftigten, geben Empfehlungen, die den Aspekten der Ethik nicht in die Quere kommen. Emotionale Intelligenz wird im Gesundheitswesen klar unterbewertet (Meltzer et al., 1975; Fine, 1993, zitiert in McCallin & Bamford, 2007, S.390). McCallin und Bamford (2007) schliessen aus ihrer Untersuchung, dass es nicht reicht nur über ein breites fachliches Wissen zu verfügen, die im Gesundheitswesen tätigen Personen sollten auch emotional intelligent sein, um eine gute Pflege zu leisten. Vorgeschlagen wird, dass die Pflegenden im interdisziplinären Team eine Vermittlerrolle übernehmen, da die Autoren ihnen am meisten emotionale Intelligenz zuschreiben (McCallin & Bamford, 2007). Amundson (2005) vertritt bezüglich der Bedeutung der emotionalen Intelligenz den Standpunkt von McCallin und Bamford. Sie bemerkt den Aspekt der Führungspersonen, welche sich im Rahmen ihrer Organisation

dafür einsetzen sollen, gewisse Konzepte zur „emotionalen Kompetenz“ ins Leitbild zu integrieren, um respektvolle Arbeitsbeziehungen zu fördern (Amundson, 2005). McCallin und Bamford (2007) sprechen ebenfalls die Ebene der Führungspersonen an. Führungskräfte geben den Ton an, können die Stimmung und das Klima in einem Team beeinflussen und sind mitverantwortlich wie effektiv ein Team arbeitet. Deshalb sollten Personen in führenden Positionen ebenfalls über emotionale Intelligenz verfügen (McCallin & Bamford, 2007).

Persönlichkeitszüge und emotionale Intelligenz stellen einen Teil der menschlichen Persönlichkeit dar. Die Persönlichkeit wird über Jahre hinweg durch verschiedenste Einflüsse sowie den Sozialisationsprozess gebildet (Brown, 2002). Jeder Mensch hat in seiner Einzigartigkeit seine eigene individuelle Persönlichkeit, die geprägt ist durch seine persönliche Lebensgeschichte. Es wäre eine Diskriminierung, Menschen aufgrund von Persönlichkeitsmerkmalen zu selektionieren und ihnen dadurch gewisse Arbeitsplätze, wie etwa den Pflegeberuf, zu verwehren.

Fraglich ist auch die Art und Weise, wie die Faktoren Persönlichkeit und emotionale Intelligenz in der Praxis umgesetzt werden. Könnte eine Umsetzung in Form von Persönlichkeitstests ausfallen? Falls ja, gerät die Institution damit nicht in ein ethisches Dilemma. Ebenfalls stellt sich die Frage nach dem Nutzen? In was für einem Verhältnis stehen der Aufwand bzw. die Kosten und der Nutzen zueinander?

6. 3. 4 Verhalten

Im Gegensatz zu der Persönlichkeit lässt sich das Verhalten eines Menschen eher verändern. Loughry et al. (2007) erstellten ein Messinstrument, um die Effektivität von Teammitgliedern einzuschätzen. Dazu stellten sie eine Reihe von relevanten Verhaltensweisen auf. Das Instrument empfehlen Loughry et al. (2007) einzusetzen, um den Zustand vor und nach einer Intervention, welche das Verhalten von Teammitgliedern betrifft, einzuschätzen. Ausserdem sind die Kategorien dazu geeignet, sie in Verhaltenstrainings zu benutzen. Des Weiteren findet das Instrument Verwendung als Hilfe, wenn neue Teams geformt werden, d.h. wichtige Verhaltensweisen können diskutiert und Erwartungen diesbezüglich ausgesprochen werden (Loughry et al., 2007).

6. 3. 5 Allgemeine Bemerkungen

In den ausgewählten Studien werden einige wertvolle und anwendbare Vorschläge für die Praxis gemacht. Beispielsweise kann der Faktor Ziele setzen konkret und kostengünstig in der Praxis umgesetzt werden. Im Gegensatz dazu gestaltet sich die Umsetzung der Faktoren Persönlichkeit und emotionale Intelligenz in der Praxis als schwierig und eine Kosten-Nutzen-Analyse dieser Faktoren scheint eher negativ auszufallen. Auch die ethischen Aspekte bezüglich der Selektionierung anhand der Persönlichkeit sind ernst zu nehmen. Obwohl zwei von drei Autoren, welche eine solche Mitarbeiterselektionierung vorschlagen, keine ethischen Bedenken erwähnen.

Ein wichtiger Faktor scheint für viele Autoren die Weiterbildung zu sein, welche in acht von dreizehn Studien empfohlen wird. Weiterbildungen bringen immer einen gewissen Aufwand an Kosten mit sich. Dieser Aufwand lohnt sich, da Weiterbildungen im Rahmen der gefundenen Faktoren die Institution dabei unterstützen, die Effektivität ihrer Teams zu erhöhen.

Ein Grossteil der Untersuchungen spricht neben dem Team die Ebene der Führung oder des Managements und die Philosophie der Organisation an. In diesem Zusammenhang steht die Philosophie einer Organisation oder die Unternehmenskultur. Weil dieser Aspekt von mehreren Autoren hervorgehoben wurde und für die vorliegende Arbeit relevant ist, erfolgt im folgenden Unterkapitel ein kurzer Input aus dem Feld der Unternehmenskultur.

6. 3. 6 Input aus der Thematik Unternehmenskultur

Unternehmenskultur an sich ist ein enorm komplexes Gebiet, deshalb soll dazu nur erwähnt werden, was für die vorliegende Arbeit von Bedeutung ist. Sackmann (2002) bemerkt, dass jedes Unternehmen eine Kultur hat. Diese Kultur beeinflusst die Wahrnehmung, das Denken, Handeln und Fühlen der Personen, die sich darin bewegen (Sackmann, 2002). Kultur entsteht nicht von einer Minute auf die andere, sie entwickelt sich über längere Zeit unter dem Einfluss von verschiedenen Faktoren, wie etwa Erfahrungen, Probleme oder Erfolge. Unter anderem beinhaltet Kultur folgende Funktionen: sie gibt Stabilität, bietet Orientierung, dient der Sinnggebung und ermöglicht eine Reduktion der Komplexität (Sackmann, 2002). Dadurch kann die Kultur einen starken Einfluss auf die Motivation und auch die

Leistung jedes einzelnen Mitarbeiters ausüben (Sackmann, 2002). Einfluss auf die Kulturgestaltung nehmen die Führungskräfte, welche hierarchisch über den Mitarbeitern steht. In Arbeitsorganisationen bestehen immer Hierarchien, auch wenn diese noch so flach sind (Sackmann, 2002). Führungskräfte personifizieren sozusagen die Unternehmenskultur. Über ihr sichtbares Verhalten drücken sie Erwartungen an die Mitarbeiter aus und haben somit eine Vorbildfunktion. Sackmann (2002) bestätigt die Ansicht vieler Autoren, deren Studien in diese Arbeit integriert wurden, dass Führungskräften eine wichtige Rolle und Verantwortung zukommt.

Damit Führungskräfte ihrer Rolle gerecht werden und sich nicht unterschätzt fühlen, muss ihre Leistung anerkannt werden. Die Equity-Theorie besagt, dass Individuen mit höheren Beiträgen bessere Ergebnisse erhalten sollen. Zu den Ergebnissen gehört in der Equity-Theorie unter anderem das Gehalt (VanYperen & Van de Vliert, 2002). Unterbezahlte Angestellte neigen dazu, dass sie ihre Beiträge verringern, wenn sie für spezielle Funktionen oder Anstrengungen nicht entlohnt werden (Mowday, 1996, zitiert in VanYperen & Van de Vliert, 2002).

Befindet sich nun eine Führungskraft in der gleichen Lohnklasse, wie ihre Untergebenen, kann dies negative Folgen haben. Die führende Person vermindert ihren Arbeitsaufwand und erfüllt möglicherweise immer weniger die Vorbildfunktion gegenüber den Mitarbeitern, deren Motivation und indirekt auch deren Leistungen sie beeinflusst.

Die aktuelle Situation im Kanton Freiburg gestaltet sich unglücklicherweise auf diese Weise. Pflegedienstleitungen befinden sich in der gleichen Lohnklasse wie diplomierte Pflegende. Diesem Risikofaktor für negative Folgen kann Einhalt geboten werden, indem man eine zeitgemässe Einteilung der Lohnklassen vornehmen würde.

7. Schlussfolgerung

Im Verlauf dieser Übersichtsarbeit gelang es, eine Antwort auf die Forschungsfrage zu bekommen. Die Ergebnisse wurden in den vorhergehenden Kapiteln dargelegt und dabei einer kritischen Betrachtung unterzogen. Abschliessend will die Autorin wichtige Aspekte der Arbeit hervorheben.

Was die Ergebnisse betrifft, sollte man sich im Klaren sein, dass es keinen Nutzen hat, wenn nur ein oder zwei Personen in einem Team Faktoren aufweisen, die die Effektivität in Teams fördern. Angehörige des Gesundheitswesens sollten sich bewusst sein, dass für die Team-Effektivität neben den einzelnen Teammitgliedern die Führungskräfte bzw. die gesamte Organisation mitverantwortlich sind. Wie komplex sich Mechanismen in einem Unternehmen gestalten, wird in Kapitel 6.3.6 ansatzweise aufgeführt. Nicht zuletzt spielen dabei Einflüsse aus der Politik eine zentrale Rolle.

Um der Rationierung entgegenzuwirken, ist es unumgänglich sich mit all den Faktoren zu befassen, die die Kosten im Gesundheitswesen beeinflussen. Einige wichtige Aspekte werden in dieser Arbeit aufgeführt, welche eine Rationalisierung fördern. Um erfolgreich Rationalisierungsmassnahmen einzusetzen, sollten alle Ebenen dazu berücksichtigt werden. Konkret heisst dies, dass es nicht ausreicht, wenn nur auf Team-Ebene Massnahmen ergriffen werden, es muss sich ebenso die Ebene der Führung und die Organisation daran beteiligen. Zu Beginn dieser Arbeit wurde die Frage gestellt, was auf der Ebene des Teams unternommen werden kann, um effizientere Teamarbeit zu leisten. Im Zusammenhang mit dieser Frage wurden im Anschluss Faktoren gefunden, welche die Team-Effektivität in der Pflege fördern. Jedoch müssen, wie erwähnt auch die Rahmenbedingungen bzw. die Umstände, die durch das Unternehmen selbst gegeben sind, stimmen. Nur dann kann es gelingen der Rationierung entgegenzutreten und Massnahmen der Rationalisierung in der Praxis umzusetzen.

Des Weiteren steht fest, dass noch mehr Forschung betrieben werden muss. Die Autorin erkannte, dass es nicht genügend Studien zur Thematik Pflorgeteams und Effektivität gibt. Deshalb mussten schliesslich Studien aus anderen Settings in dieser Arbeit berücksichtigt werden. Es besteht ein klarer Bedarf an Forschung über Teams im Pflegebereich, wobei zu unterscheiden ist, ob es sich um ein Team im Spital oder im spitalexternen Bereich handelt. Wie schon erwähnt wurde, ist die

Korrelation zwischen den Faktoren und der Team-Effektivität teilweise nur durch einzelne Studien nachgewiesen worden. Somit sollte auch bezüglich der Faktoren, welche in dieser Arbeit gefunden wurden, noch weiter geforscht werden. Die Autorin schlägt vor, diesbezüglich Literaturübersichten zu verfassen, um ein möglichst signifikantes Resultat zu erreichen.

Wahrscheinlich gibt es noch andere relevante Faktoren, die sich auf die Team-Effektivität auswirken. Diese Faktoren sollten ebenfalls in weiteren Studien erörtert werden.

Eine Verbesserungsmöglichkeit dieser Arbeit wäre das Eingrenzen des Settings in der Forschungsfrage. Pflorgeteams gibt es unter anderem in Spitälern, Pflegeheimen und in spitalexternen Institutionen. Eine klare Eingrenzung des Settings ist nötig, da es Unterschiede gibt zwischen Teams in Spitälern und Teams in spitalexternen Institutionen. Die Autorin stellt deswegen die Hypothese auf, dass die Ergebnisse in Settings wie zum Beispiel in einem Spital eher Anwendung finden als in einer Spitex. Sie begründet ihre Hypothese durch die verschiedenen Bedingungen, mit denen die Teams konfrontiert sind. In einer Spitex gestaltet sich Teamarbeit anders als in einem Spital und zwar durch die unterschiedlichen Arbeitsumstände. Ein bedeutender Unterschied liegt darin, dass die Pflegenden der Spitex alleine zu den Klienten nach Hause gehen und somit das Team während der Arbeit praktisch keine Ressource darstellt.

7. 1 Lernprozess

In den folgenden zwei Kapiteln wird der Lernprozess der Autorin auf verschiedenen Ebenen aufgezeigt.

7. 1. 1 Lernprozess auf der Ebene der Thematik

Die Autorin konnte ihr Wissen zum Thema Rationierung bzw. Rationalisierung durch diese Arbeit erweitern. Nicht nur von der Bearbeitung der Begriffe Effektivität, Faktoren und Team bzw. Pflorgeteam, sondern auch von den Ergebnissen dieser Arbeit profitiert die Autorin. Sie wird nämlich in Zukunft in der Pflege tätig sein, wobei ihr dieses Hintergrundwissen sicherlich zugute kommt. Ausserdem ist der Autorin durch diese Arbeit bewusst geworden, wie viel Einfluss und Verantwortung Führungskräfte eigentlich haben, da vieles von ihnen abhängt.

Im Grossen und Ganzen kann die Autorin einen Wissenszuwachs und eine Erweiterung ihres Horizonts verzeichnen.

7. 1. 2 Lernprozess auf der Ebene des Forschungsprozesses und der Anwendung der methodologischen Instrumente

Dies war das erste Mal, dass die Autorin eine systematische Literaturübersicht verfasst hat. Der ganze Ablauf war neu für sie und das Finden einer geeigneten Forschungsfrage gestaltete sich als schwierig. Nachdem die Autorin zweimal das Thema wechselte, kam sie schliesslich durch ein Beispiel aus der Praxis zu dieser Thematik. Mithilfe der Inputs aus dem Unterricht eignete sie sich den Umgang mit wissenschaftlichen Datenbanken im Internet an. Auch dies muss gelernt sein, um relevante Suchergebnisse zu finden.

Die Studien mussten nun gelesen und ausgewählt werden. Durch das Bearbeiten der englischen Studien, konnte die Autorin sowohl ihr Fachwissen erweitern als auch ihre Englischkenntnisse auffrischen. Die Beurteilung und Bewertung der Studien war für die Autorin völlig neu und erforderte deshalb einen grossen Einsatz, wovon sie aber profitieren konnte. Nun kennt sie verschiedene Instrumente mit denen sich Studien kritisch beurteilen lassen. Die Autorin hat auch erkannt, dass in der Pflegeforschung immer die ethischen Grundsätze berücksichtigt werden müssen.

Im Verlauf der Arbeit lernte sie, dass der Aufwand nicht zu unterschätzen ist und deshalb bei einer zukünftigen Arbeit genügend Zeit eingeplant werden muss. Des Weiteren sollte, wie schon in der Schlussfolgerung angesprochen, das Setting, in dem geforscht wird klar eingegrenzt werden. Ausserdem lernte die Autorin, wie man Vorgehen muss, um eine systematische Literaturübersicht zu erstellen und weiss nun Bescheid über den Aufbau und Zweck einer solchen Arbeit.

Literaturverzeichnis

Amundson, J.S. (2005). The impact of relational norms on the effectiveness of health and human service teams. *The Health Care Manager, Vol. 24 (3)*, 216-224.

Arets, J., Obex, F., Vaessen, J. & Wagner F. (1999). *Professionelle Pflege – theoretische und praktische Grundlagen* (3. Aufl.). Bern: Hans Huber.

Barrick, M.R., Stewart, G.L., Neubert, M.J. & Mount, M.K. (1998). Relating member ability and personality to work-team processes and team effectiveness. *Journal of applied psychology, 83 (3)*, 377-391.

Baumann, M., Baumann-Hölzle, R., Brühwiler, B., Bucher, A., Büchs, U., Durgiai, C., Egli, G., Giger, M., Giuliani, F., Hasler, I., Kind, C., Oelz, O., Pachlatko, C., Pletscher, W., Lundquist, J.P., Saller, R., Schaber, P., Sinniger, H. P., Spinnler, P., Steiner, J.F., Steurer, J., Strebel, U., Widmer, W & Zehnder, R. (1999, Januar). *Manifest für eine faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen*. Arbeitsgruppe „gerechte Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen“, Zürich.

Behrens, J. & Langer, G. (2004). *Evidence-based Nursing*. Bern: Hans Huber.

Behrens, J., & Langer, G. (2006). *Evidence-based Nursing and Caring* (2. akt. Aufl.). Bern: Hans Huber.

Brockhaus. (1996). *Brockhaus – Die Enzyklopädie* (20th ed.). Mannheim: Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG.

Brown, R. (2002). Sozialpsychologie in Organisationen. In Stroebe, Jonas & Hewstone (Hrsg.), *Sozialpsychologie* 4. Auflage (S.623-654). Berlin: Springer.

Draechslin, J.L., Hunt, P.L. & Sprainer, E. (2000). Workforce diversity: implications for the effectiveness of health care delivery teams. *Social science & medicine*, 50 (10), 1403-1414.

Driskell, J.E., Goodwin, G.F., Salas, E. & O'Shea, P.G. (2006). What makes a good team player? Personality and team effectiveness. *Group dynamics*, 10 (4), 249-271.

Dubey, C. (2008). *Englische Literatur – Promotion Bachelor 2007*. Unterrichtsunterlagen Modul 7.1 und 7.2. Freiburg: Hochschule für Gesundheit.

Hirschfeld, R.R., Jordan, M.H., Field, H.S., Giles, W.F. & Armenakis, A.A. (2006). Becoming team players: team members' mastery of teamwork knowledge as a predictor of team task proficiency and observed teamwork effectiveness. *Journal of applied psychology*, 91 (2), 467-474.

Hoegl, M. & Parboteeah, K.P. (2003). Goal setting and team performance in innovative projects: on the moderating role of teamwork quality. *Small group research*, Vol. 34 (1), 3-19.

Kesselring, A., Panchaud, C., Allmen, U. Von, Baldegger, E., Gassmann, B., Holenstein, H., Lanza, D., Seydoux, J., Spichiger, E., Stoll, H. & Zurbrugg, H. (1998). *Pflegende und Forschung: ethische Grundsätze*. Bern: SBK – ASI.

Kriz, W.C. & Nöbauer, B. (2006). *Teamkompetenz – Konzepte, Trainingsmethoden, Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Leggat, S.G. (2007). Effective healthcare teams require effective team members: defining teamwork competencies. [On-line]. Homepage *BMC Health Services Research*, S. 1-10. www.biomedcentral.com/1472-6963/7/17 [Zugriff am 27.02.2008].

Loughry, M.L., Ohland, M.W. & DeWayne Moore, D. (2007). Development of a theory-based assessment of team member effectiveness. *Educational and psychological measurement*, 67 (3), 505-524.

Macmillan Education. (2002). *Macmillan English Dictionary for advanced learners* (1st ed.). Oxford: Macmillan Publishers Limited.

McCallin, A. & Bamford, A. (2007). Interdisciplinary teamwork: is the influence of emotional intelligence fully appreciated? *Journal of nursing management*, Vol. 15 (4), 386-391.

Medicus Mundi Schweiz. (2000). *Was darf das Leben kosten? Heikle Debatten im schweizerischen Gesundheitswesen: Nur Rationalisieren oder auch Rationieren?* [Website]. Verfügbar unter: <http://www.medicusmundi.ch/mms/services/bulletin/bulletin200001/kap05/11nydegger.html> - 26k – [Zugriff am 27. Februar 2008].

Neuman, G.A. & Wright, J. (1999). Team effectiveness: beyond skills and cognitive ability. *Journal of applied psychology*, 84 (3), 376-389.

Paccaud, F., Amstad, H., Candinas, D., Grob, D., Guillod, O., Hurst, S., Kesseli, B., Kunz, R., Santos-Eggimann, B., Sax, A., Suter, P., Théraulaz, P & Zimmermann, M. (2007). Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen: Einschätzung und Empfehlungen. *Schweizerische Ärztezeitung EMH*, 88 (35), 1431-1438.

Panfil, E.M. (2008). Möglichkeiten und Grenzen pflegewissenschaftlicher klinischer Interventionsstudien. *Pflegewissenschaft*, 3, 162-166.

Poulton, B.C. & West, M.A. (1999). The determinants of effectiveness in primary health care teams. *Journal of interprofessional care*, Vol. 13 (1), S.7-18.

Resick, C.J. & Bloom, A.J. (1997). Effects of goal setting on goal commitment, team processes, and performance. *Psychologie: a journal of human behavior*, 34 (3-4), 2-8.

Sackmann, S. (2002). *Unternehmenskultur*. Neuwied: Luchterhand.

Seelheim, T. & Witte, E. (2007). Teamfähigkeit und Performance. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 38 (1), 73-95.

Schmidt, J.G. (2001). Evidence based Medicine und Rationierung. *Managed Care*, 6, 45-47.

Schopper, D., Baumann-Hölzle, R. & Tanner, M (Hrsg.). (2001). *Mittelverteilung im schweizerischen Gesundheitswesen. Befunde und Empfehlungen*. Basel/Zürich: Schweizerisches Tropeninstitut und Dialog Ethik.

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. (2003). *Ethik in der Pflegepraxis*. Bern: SBK – ASI.

Universitätsklinikum Halle. (2008). Beurteilungshilfen. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=351> [Zugriff am 7. Juni 2008].

Yperen, N.W. Van & Vliert, E. Van de. (2002). Sozialpsychologie in Organisationen. In Stroebe, Jonas & Hewstone (Hrsg.), *Sozialpsychologie* 4. Auflage (S.623-654). Berlin: Springer.

Xyrichis, A. & Ream, E. (2008). Teamwork: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 61 (2), 232-241.

Glossar

- Korrelation:** Allgemein kann Korrelation als wechselseitige Beziehung oder das Aufeinander-bezogen-Sein zweier Begriffe bezeichnet werden (Brockhaus, 1996).
- Outcome:** Damit gemeint sind alle möglichen Veränderungen des Gesundheitszustandes, die auf therapeutische Interventionen oder einen untersuchten Faktor zurückzuführen sind (Behrens & Langer, 2006).
- Signifikanz:** Wenn die Daten einer Studie nicht durch reinen Zufall entstanden sind, werden sie als signifikant bezeichnet. Das heisst die Ergebnisse sind von Bedeutung. Die statistische Signifikanz wird mit dem p-Wert ($p < 0.05$) ausgedrückt (Behrens & Langer, 2006).
- Validität:** Validität bezeichnet die Gültigkeit bzw. die Generalisierbarkeit einer Studie. Die Validität beantwortet die Frage, ob die Studie wirklich das misst, was sie messen soll (Behrens & Langer, 2006).

Anhang

Anhang A

Beurteilungsbogen für qualitative Studien nach Behrens und Langer (2004).

Anhang B

Beurteilungsbogen für eine systematische Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse nach Behrens und Langer (2004).

Anhang C

Zusammengestellter Bogen zur Beurteilung einer quantitativen Studie aus dem Beurteilungsbogen für Interventionsstudien und jenem für qualitative Studien. Beide stammen von Behrens und Langer (2004).

Beurteilung einer quantitativen Studie

Quelle:

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?
2. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?
3. Welches Design wurde mit welcher Begründung gewählt?
4. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?
5. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?
6. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?
7. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?
8. Wie erfolgte die Analyse der Daten?
9. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?

Aussagekraft

10. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?
11. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen? P-Wert?

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Population übertragbar?
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?
14. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

Benotung der 14 Kriterien anhand der Noten 1-6 (1 = schlechteste, 6 = beste Note)

Anhang D

Überblick über die ausgewählten Studien

Anhang E

Detaillierte Zusammenfassungen der Studien

Anhang F

Klassifizierung von Forschungsdesigns nach Mayer

Anhang G

Ethische Grundsätze in der Pflegeforschung

Im Kapitel 4.4 wurde aufgezeigt, wann die ethischen Grundsätze berücksichtigt werden sollen. Woraus diese ethischen Grundsätze bestehen, wird nachfolgend erläutert.

Wichtig für Forschende im Gesundheitswesen sind vor allem die Grundsätze:

- Achtung der Würde der Person, das heisst:
 - Autonomie
 - Wahrhaftigkeit
 - Verlässlichkeit
 - Vertraulichkeit
- Gutes tun/nicht schaden
- Prinzip der Gerechtigkeit (Kesselring et al., 1998, S.5).

In der Achtung der Würde der Person einbegriffen ist das Recht auf Informationen, die für eine Entscheidung ohne jegliche Zwangsausübung notwendig sind, das Recht eine Teilnahme zu verweigern und das Recht, sich jederzeit aus der Forschung zurückzuziehen (Kesselring et al., 1998).

Unter Wahrhaftigkeit wird verstanden, dass die Teilnehmer einer Forschungsarbeit das Recht haben auf verständliche und umfassende Information und weder irreführt noch getäuscht zu werden (Kesselring et al., 1998).

Im Begriff Verlässlichkeit eingeschlossen ist das Recht, dass eingegangene Versprechen und Verpflichtungen eingehalten werden (Kesselring et al., 1998).

Vertraulichkeit bedeutet über das Recht zu verfügen, dass vertrauliche Informationen nur mit ausdrücklicher Einwilligung der Studienteilnehmer weitergegeben werden (Kesselring et al., 1998).

Kesselring et al. (1998) formulieren in Bezug auf Gutes tun/nicht schaden, dass die Verantwortung der Forscher in erster Linie darin liegt nicht zu schaden. Jedoch sollten auch Risiken und Nutzen von den Forschern abgewogen werden.

Das Prinzip der Gerechtigkeit wird im Zusammenhang mit Forschung umgesetzt, indem den Studienteilnehmern eine unparteiische Auswahl zukommt und keine Personengruppe aufgrund von Besonderheiten entweder bevorzugt oder benachteiligt wird (Kesselring et al., 1998).

Anhang H

Das Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit

Laut Seelheim und Witte (2007) steht das Fünf-Faktoren-Modell dem Konzept Teamfähigkeit am nächsten. Das Modell setzt sich aus folgenden Faktoren zusammen:

- Extraversion
- Verträglichkeit
- Gewissenhaftigkeit
- Emotionale Stabilität
- Offenheit für Erfahrungen

Die fünf Faktoren stellen bipolare Dimensionen dar. Dies heisst beispielsweise für die Gewissenhaftigkeit, dass die positive Ladung dieser Dimension Adjektive enthält wie sorgfältig, zuverlässig, genau, oder planend. Die negative Ladung der Dimension Gewissenhaftigkeit beinhaltet dagegen Adjektive wie unordentlich, leichtsinnig oder unzuverlässig (Seelheim & Witte, 2007).

Anhang I

Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit mit Unterkomponenten

Anhang J

Selbständigkeitserklärung

„Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit selbständig verfasst habe. Alle Stellen die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht.“

Freiburg, den 4. Juli, 2008

Gassner Stefanie