

Evaluierungs- bericht

zum

**Förderprogramm der
Robert Bosch Stiftung**

**„Gemeinsame Projekte von
Hochschule und Praxis“**

**Auswertung von 40 abgeschlossenen der 50
geförderten
Projekte**

Evaluierungsbericht

zum

Förderprogramm der Robert Bosch Stiftung
„Gemeinsame Projekte von Hochschule und Praxis“

Auswertung von 40 abgeschlossenen der 50 geförderten Projekte

Verfasser

Prof. Dr. phil. Frank Weidner
Dipl.-Berufspädagogin Ursula Laag

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
Hülchrather Str. 15
50670 Köln

Köln im Oktober 2006

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Intention des Programms	5
2. Die Projekte im Überblick	6
3. Systematik der Auswertung	8
4. Zielerreichung und Nutzenanalyse	12
4.1 Erreichen des Projektziels.....	12
4.1.1 Projektziele in den Selbstbewertungen	12
4.1.2 Projektziele in den Abschlussberichten	13
4.2 Nutzen für den Praxispartner	17
4.3 Nutzen für den Wissenschaftspartner	20
4.3.1 Nutzen für Forschung und Theorie	21
4.3.2 Nutzen für die Hochschullehre.....	22
4.4 Qualifizierende Effekte	22
4.5 Zusammenfassung	23
5. Erfolgs- und Hemmnisfaktoren	25
5.1 Erfolgs- und Hemmnisfaktoren für den Projektverlauf	25
5.1.1 Faktorenanalyse Mitarbeiter	25
5.1.2 Faktorenanalyse Einrichtung	27
5.1.3 Faktorenanalyse wissenschaftliche Begleitung	30
5.1.4 Weitere Faktoren	33
5.2 Erfolgs- und Hemmnisfaktoren der Kooperation.....	33
5.2.1 Erfolgsfaktoren für die Kooperation	33
5.2.2 Hemmnisfaktoren für die Kooperation	34
5.3 Formen des Wissenstransfers.....	35
5.4 Zusammenfassung	36
6. Nachhaltigkeit.....	38
6.1 Nachhaltigkeit der Kooperation	38
6.2 Nachhaltigkeit der Projektergebnisse bei den Projektpartnern	39
6.3 Persönliche Veränderungen bei den Projektbeteiligten	40
6.4 Übertragbarkeit auf andere Einrichtungen.....	41
6.5 Zusammenhänge mit weiteren Kriterien.....	43
6.6 Zusammenfassung	44

7. Relevanz und Praxisorientierung	46
7.1 Gesellschaftliche Relevanz des Projektthemas.....	46
7.2 Praxisorientierung.....	47
8. Resonanz auf die Ergebnisse	49
8.1 Fachöffentlichkeit.....	49
8.2 Art der Verbreitung.....	49
9. Erreichen der Programmziele	50
10. Schlussbetrachtung	53
Anhang	55
Vorlage 1 der Selbstbewertung.....	56
Vorlage 2 der Selbstbewertung.....	62
Erläuterungen zur Bewertung der Vorlagen 1 und 2.....	68
Anhang Vorlage 1 der Selbstbewertung.....	70
Anhang Vorlage 2 der Selbstbewertung.....	71
Erläuterungen zur Bewertung der Anhänge zu den Vorlagen 1 und 2.....	72
Fragebogen zur Nachhaltigkeit.....	76
Übersicht der ausgewerteten Projekte.....	79
Übersicht der nicht in der Auswertung berücksichtigten Projekte.....	86

1. Einleitung und Intention des Programms

Die Robert Bosch Stiftung hat von 1998 bis 2005 fünfzig gemeinsame Projekte von Hochschule und Praxis gefördert. Dabei haben Pflegeeinrichtungen mit Vertretern unterschiedlicher Pflegestudiengänge, Vertretern anderer Hochschuldisziplinen (Mediziner, Juristen, Psychologen) und weiteren wissenschaftlich arbeitenden Institutionen zusammengearbeitet.

Ausschlaggebend für die Initiierung des Programms war es, dass neue Erkenntnisse aus der Pflegewissenschaft zu selten Anwendung in der Pflegepraxis finden und Ergebnisse aus Modellversuchen kaum Gegenstand wissenschaftlicher Diskussionen sind. Der notwendige Dialog zwischen der Hochschuldisziplin Pflege und Einrichtungen des Gesundheitswesens kommt insgesamt nur zögerlich voran und der wechselseitige Transfer zwischen Praxis und Theorie ist nicht in ausreichendem Maße gewährleistet.

Die Robert Bosch Stiftung wollte mit dem Förderprogramm Praxiseinrichtungen und theoretisch arbeitende Institutionen zu Kooperationen anregen, um eben diesen Dialog und den Transfer der Erkenntnisse zu unterstützen und zur Qualifizierung von Praxismitarbeitern, sowie zur Berufsvorbereitung künftiger Hochschulabsolventen beizutragen.

Es wurden Projekte gefördert, in denen relevante Themen gemeinsam bearbeitet und wichtige Fragestellungen, besonders Fragestellungen der Praxis, beantwortet werden sollten. Die gemeinsame Entwicklung und Bearbeitung der Projekte sollte das Bewusstsein für die Notwendigkeit von Theorie-Praxis-Kooperationen bei allen Beteiligten nachhaltig schärfen. Damit ging es der Robert Bosch Stiftung vor allem auch um die Fortführung von Kooperationen und Entwicklungen über das Ende der geförderten Projekte hinaus. Zugleich war es beabsichtigt, dass die forschenden Einrichtungen stärker als zuvor die Entwicklung von Innovationen in der Pflegepraxis antreiben sollten. Neben Qualifizierungen bei allen Beteiligten sollten die unterschiedlichen Intentionen und Ansätze zu einer dauerhaften Verbesserung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen der Praxis beitragen.

Die Intention des Förderprogramms wurde in zehn Programmzielen konkretisiert, die in den einzelnen Projekten jeweils anzustreben waren:

1. Methoden und Konzepte werden von der Theorie in die Praxis übertragen
2. Die Partnerschaft zwischen Theorie und Praxis wird gefördert.
3. Dauerhafte, nachhaltige Verbesserungen vor Ort werden erreicht.
4. Die Zusammenarbeit zwischen Theorie und Praxis wird beispielhaft gestärkt.
5. Die Übertragbarkeit von ausgewählten Konzepten und Methoden in die Praxis wird allgemeingültig überprüft.
6. Die Praxis nimmt die Forschung und ihre Ergebnisse wahr.
7. Die Forschung nimmt die Praxis wahr.
8. Das Projekt hat qualifizierende Wirkung für Theorie und Praxis.
9. Die Zusammenarbeit zwischen Pflegewissenschaft und anderen wissenschaftlichen Disziplinen wird gefördert.
10. Die Interdisziplinarität der Berufsgruppen im Gesundheitswesen wird gefördert.

Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) hat den Auftrag erhalten, das Förderprogramm zu evaluieren. Die Evaluierungsergebnisse sollten im November 2006 in Berlin in der „Impulsworkstatt Pflege: Praxis trifft Forschung“ mit der Fachöffentlichkeit aus Politik, Verbänden, Kostenträgern, Hochschulvertretern und Vertretern der Pflegepraxis diskutiert und weiterentwickelt werden. Aus dem Gesamtprozess der Evaluierung und der Impulsworkstatt wird ein Werkstattpapier entstehen, das im Anschluss veröffentlicht und gezielt verbreitet werden soll, um Impulse zu setzen und damit Entwicklungen im Sinne der Programmintention konkret anzustoßen.

2. Die Projekte im Überblick

Um einen Überblick über den Gegenstand der Auswertung und des Evaluierungsberichtes zu geben, wird einleitend zunächst die Vielfalt der Projekte im Gesamtprogramm beschrieben. Von den 50 Projekten des Förderprogramms wurden 40 Projekte in die Auswertung aufgenommen, da von diesen die Abschlussberichte bis August 2006 vorlagen. Die verbleibenden 10 Projekte haben teilweise eine Laufzeit bis 2007 und konnten nicht berücksichtigt werden.¹

Die bewerteten Projekte fanden bis auf eine Ausnahme auf der Grundlage von Kooperationen zwischen einem Hochschul- oder sonstigen Wissenschaftspartner und einem Praxispartner statt, also einer pflegerischen oder anderen sozialen Einrichtung oder einer Pflegebildungseinrichtung. Die Praxispartner waren in der Regel aktiv an der Projektdurchführung beteiligt, in zwei Fällen stellten sie lediglich den Zugang zu Interviewpartnern her.

Die Laufzeiten der Projekte waren sehr unterschiedlich. Die kürzeste Laufzeit betrug sechs Monate, die längste Laufzeit betrug drei Jahre und vier Monate. Die meisten Projekte bewegten sich jedoch in einem Zeitrahmen zwischen 15 und 27 Monaten. Ein ähnlich unterschiedliches Bild ergibt sich bei den Fördersummen. Der geringste Förderbetrag, den die Robert Bosch Stiftung für ein Projekt zur Verfügung gestellt hat, betrug € 3.068, der höchste Förderbetrag lag bei € 50.000, die meisten Projekte wurden mit einem Betrag zwischen € 20.000 und € 30.000 gefördert.

Die Projekte umfassen ein breites Spektrum von Themen mit hoher Praxisrelevanz für die Pflege in unterschiedlichen pflegerischen Einrichtungen. Um der Projektvielfalt Übersichtlichkeit zu geben, werden die Projekte nach ihren Themen in drei Bereiche eingeteilt².

1. Alter –

Pflege und Betreuung alter Menschen in der häuslichen Umgebung und in der stationären Altenhilfe

In diesen Bereich fallen 19 Projekte, von denen 17 in die Auswertung aufgenommen werden konnten (im Anhang gekennzeichnet mit A-01 – A-17)

¹ Eine Auflistung aller in die Auswertung einbezogener Projekte und Projektpartner befindet sich im Anhang.

² Diese Einteilung wurde auch für die Arbeit der Impulsworkstatt im November 2006 genutzt

2. Krankenhaus –

pflegefachliche und organisatorische Perspektiven und Innovationen im Krankenhaus

In diesen Bereich fallen 19 Projekte, von denen 13 in die Auswertung aufgenommen werden konnten (im Anhang gekennzeichnet mit K-18 – K-30)

3. Qualifikation –

Qualifikation Pflegender und Beratung/Schulung (pflegender) Angehöriger und Pflegebedürftiger/Patienten

In diesen Bereich fallen 12 Projekte, von denen 10 in die Auswertung aufgenommen wurden (im Anhang gekennzeichnet mit Q-31 – Q-40)

Die Hauptziele der Projekte waren sowohl konkreter als auch abstrakter Natur, wobei die konkreten, überprüfbaren Ziele überwogen. In vielen Projekten wurden Strukturelemente erarbeitet oder überprüft. Das waren beispielsweise Richtlinien für eine hochwertige Pflegedokumentation, die Einführung eines Beschwerdemanagementsystems, die Erarbeitung von Patienten-Informationsbroschüren oder Checklisten für Pflege- und Wohnbereichsvisiten. Die Strukturelemente waren nach Projektabschluss entweder in der beteiligten Praxiseinrichtung eingeführt oder sie standen auch über die Einrichtungen hinaus zur Verfügung. Zu den konkreten Zielen gehörten auch die Entwicklung von Qualifikationskonzepten in der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie für Patienten- und Angehörigenschulungen und deren Durchführung. In einigen Projekten wurden abstrakte Ziele benannt, die nach Projektabschluss als erreicht eingeschätzt, jedoch auf Grund ihrer Abstraktion nicht überprüft wurden. So soll zum Beispiel eine Verbesserung der Beziehungsqualität der Pflegebedürftigen erreicht worden sein, oder eine veränderte Haltung der Pflegenden gegenüber den Patienten.

Zudem gab es Projekte, deren vorrangiges Ziel es war, Grundlagenkenntnisse in einem bestimmten Bereich zu erwerben. Zum Beispiel wurde untersucht, unter welchen Bedingungen ein Leben gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in Gastfamilien möglich ist oder wie eine Familie mit ersten möglichen Symptomen einer Demenz weit vor der Diagnosestellung umgeht.

Die Projektabschlussberichte, die den Schwerpunkt der Evaluierungsgrundlagen bildeten, umfassten in der Regel ca. 20 Seiten. Die umfangreichste Arbeit umfasste 107 Seiten. Die Berichte folgten im Wesentlichen einer einheitlichen Struktur, die folgende Kriterien beinhaltete:

- Abstract
- Ziele/ Absichten
- Methoden/ Instrumente
- Durchführung
- Ergebnisse
- Empfehlungen für andere Pflegeinstitutionen
- Veröffentlichungen zum Projekt

Einige Projektberichte enthielten zusätzliche Abschnitte zu Schwierigkeiten und Hindernissen oder zur Kosten-Nutzen-Abschätzung für die Praxiseinrichtung.

3. Systematik der Auswertung

Die Programmevaluierung, die vom dip durchgeführt wurde, basiert auf drei Säulen:

- Analyse der Abschlussberichte;
- Auswertung einer Befragung zur nachhaltigen Wirkung der Projekte sowie
- Auswertung der Selbstbewertungen der Projektteilnehmer.

Analyse der Abschlussberichte (Evaluierung A)³

Die Evaluierung A umfasst 40 Projektabschlussberichte. Sie wurde zunächst auf deduktivem Weg durchgeführt, indem aus den vorgegebenen Programmzielen vier Hauptanalysekategorien mit mehreren Subkategorien abgeleitet wurden. Da die Projektteilnehmer das Erreichen der Programmziele nach Projektende selbst bewertet haben, bezogen sich die Analysekategorien für die Abschlussberichte auf darüber hinaus gehende Kriterien:

Zielerreichung und Nutzenanalyse

Neben der Frage nach dem Erreichen des Projektziels wurde entsprechend der Intention des Förderprogramms der Gewinn der Projekte für alle Beteiligten untersucht. Die Projektberichte wurden daraufhin analysiert, inwiefern ein Nutzen für den Praxis- und Theoriepartner bestand.

Erfolgs- und Hemmnisfaktoren

Entscheidend für das Erreichen der Programmziele waren die im Verlauf der Projekte auftauchenden Erfolgs- und Hemmnisfaktoren. Da es der Robert Bosch Stiftung besonders um die Förderung von Theorie-Praxis-Kooperationen ging, wurden sowohl Hinweise auf Erfolgs- und Hemmnisfaktoren bezüglich des Projektverlaufs als auch bezüglich der Kooperation herausgefiltert.

Relevanz, Praxisorientierung und Resonanz

Da für die Praxis relevante Fragestellungen aufgegriffen werden und die Projekte zu Verbesserungen der Praxis führen sollten, wurden die Punkte Relevanz des Projektthemas und Praxisorientierung bewertet. Als weitere Kategorie kam die Art der Verbreitung der Ergebnisse und ihre Resonanz hinzu.

Die entsprechenden Textpassagen der Projektberichte wurden den Analysekategorien zugeordnet und schließlich auf deren Hauptaussagen reduziert. Mit der beschriebenen Vorgehensweise ergab sich eine immense Fülle an Informationen innerhalb der Subkategorien. Aus diesem Grunde ist eine weitere Einteilung zwingend notwendig geworden. Auf indukti-

³ Im weiteren Verlauf des Berichtes wird immer wieder auf den jeweiligen Teil der Evaluierung Bezug genommen. Der Einfachheit halber werden daher an dieser Stelle die Kürzel Evaluierung A, N und S eingeführt und erläutert.

dem Wege wurden so innerhalb der Subkategorien weitere Bewertungsdimensionen generiert. Diese werden in dem jeweiligen Kapitel erläutert.

Auswertung einer Befragung zur nachhaltigen Wirkung der Projekte (Evaluierung N)⁴

Ein wesentliches Programmziel war es, das Bewusstsein für die Notwendigkeit und Fortführung von Kooperationen bei den Beteiligten nachhaltig zu schärfen, um damit dauerhafte Verbesserungen in der Praxis zu erreichen. Da sich in den Projektabschlussberichten lediglich wenige Hinweise auf eine mögliche nachhaltige Wirkung befanden, wurde zu diesem Kriterium eine separate Befragung durchgeführt. Dazu wurde vom dip ein Fragebogen entwickelt, der im Juni 2006 per Email an alle Projektnehmer verschickt wurde, die bis zu diesem Zeitpunkt ihr Projekt abgeschlossen hatten. Der Fragebogen wurde sowohl vom Wissenschafts- als auch vom Praxispartner ausgefüllt.

Die Evaluierung N umfasst 23 beantwortete Fragebögen. Die Subkategorien wurden entsprechend der gestellten Fragen gebildet.

Auswertung der Selbstbewertungen der Projektteilnehmer (Evaluierung S)⁵

Die Evaluierung S umfasst die schriftlich vorliegenden Selbstbewertungen von 30 Projekten. Die Selbstbewertungen wurden jeweils zum Projektbeginn und zum Projektende mit Blick auf die selbst gesteckten Ziele vorgenommen. Daraus ergibt sich eine Sicht auf das Ausmaß der Zielerreichung sowie die beabsichtigte und erzielte Effektivität der Transfermethoden (Vorlagen 1 und 2). Die Kriterien Zielerreichung und Transfermethoden wurden nach folgenden Merkmalen eingestuft:

- Erwartungen übertroffen
- Erwartungen entsprochen
- Erwartungen teilweise entsprochen
- Erwartungen nicht entsprochen

Die Zuordnung zu den Merkmalen erfolgte, wenn ein überwiegender Teil der jeweiligen Merkmalsbeschreibung zutreffend war. Weiterhin wurden aus den Selbstbewertungen (Anhänge zu den Vorlagen 1 und 2) die Kriterien „qualifizierende Wirkung“ und „Übertragbarkeit“ in die Auswertung eingebunden, gemäß den dafür festgelegten Ausprägungen (Punktwerte von 1-5). Die Selbstbewertungen waren zudem eine Grundlage für die Gesamtbewertung des Förderprogramms.

⁴ Der eingesetzte Fragebogen befindet sich im Anhang

⁵ Die Vorlagen der Selbstbewertungen und die Erläuterungen zu den Evaluierungskriterien der Evaluierung S und den Ausprägungsmerkmalen befinden sich im Anhang.

Zusammenführung der Evaluierungen A, N und S

- Die Auswertung zur Hauptanalysekategorie *Zielerreichung* aus der Evaluierung A (Abschlussberichte) erfolgt zusammen mit der Auswertung der Zielerreichung und der qualifizierenden Effekte der Evaluierung S (Selbstbewertungen).
- Die Auswertung der Hauptanalysekategorie *Erfolgs- und Hemmnisfaktoren* der Evaluierung A erfolgt zusammen mit der Auswertung der Formen des Wissenstransfers der Evaluierung S.
- Die Auswertung der Hauptanalysekategorie *Nachhaltigkeit* der Evaluierung N (Befragung zur nachhaltigen Wirkung der Projekte) erfolgt zusammen mit der Auswertung der Übertragbarkeit der Methoden und Konzepte der Evaluierung S.
- Die Auswertung der sonstigen Hauptanalysekategorien *Relevanz und Praxisorientierung* und *Resonanz auf die Ergebnisse* erfolgt aus den Evaluierungen A und S.

Zusammenfassende Kategorienübersicht

Hauptanalyse-kategorien	Subkategorien	Evaluierungen*
Zielerreichung und Nutzenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> • Erreichen des Projektziels • Nutzen für den Praxispartner • Nutzen für den Wissenschaftspartner • Qualifizierende Effekte 	A und S
Erfolgs- und Hemmnisfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Erfolgs-, Hemmnisfaktoren für den Projektverlauf • Erfolgs-, Hemmnisfaktoren für die Kooperation • Formen des Wissenstransfers 	A und S
Nachhaltigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Nachhaltigkeit der Kooperation • Nachhaltigkeit der Projektergebnisse bei den Projektpartnern • Bewusstseinsänderung der Projektbeteiligten • Übertragbarkeit auf andere Einrichtungen 	N und S
Sonstige	<ul style="list-style-type: none"> • Relevanz und Praxisorientierung <ul style="list-style-type: none"> ○ Relevanz des Projektthemas ○ Praxisorientierung • Resonanz auf die Ergebnisse <ul style="list-style-type: none"> ○ Art der Verbreitung ○ Resonanz auf die Ergebnisse 	A und S

* **Evaluierung A:** Abschlussberichte der Projekte

Evaluierung N: Befragung zur nachhaltigen Wirkung der Projekte

Evaluierung S: Selbstbewertungen der Projektteilnehmer

Perspektive der Gesamtevaluierung

Für die Abschlussberichte, sowie für die Selbstbewertungen an Hand der durch die Robert Bosch Stiftung vorgegebenen Bögen waren jeweils die Bewilligungsempfänger verantwortlich. Damit liegt der Gesamtevaluierung überwiegend die Sicht der Bewilligungsempfänger zu Grunde. Die Sicht des zweiten Projektpartners wurde zum Einen soweit es möglich und vertretbar war per Interpretation einbezogen, zum Anderen geht sie teilweise aus den Fragebögen zur Nachhaltigkeit hervor. Für die Erstellung der Berichte waren in 26 Fällen ausschließlich die Wissenschaftspartner, in acht Fällen die Praxispartner und in sechs Fällen beide Projektpartner gemeinsam verantwortlich.

Erläuterungen zum Text

Im Evaluierungsbericht finden sich jeweils Hinweise darauf, ob Evaluierung A, N oder/und S zu Grunde gelegt wird.

Einige Aussagen werden mit Projektbeispielen erläutert. Die Projekte werden im Text mit Projektnummer (z. B. A-04; das Projekt mit der laufenden Nummer 04 aus dem Bereich Alter) und Kurztitel bezeichnet. Der vollständige Projekttitle, einschließlich der Projektpartner und der Projektlaufzeiten ist im Anhang unter der Projektnummer aufgeführt.

4. Zielerreichung und Nutzenanalyse

Die Kategorie der Zielerreichung muss unter zwei Gesichtspunkten betrachtet werden. Es ist eine Aussage zum Grad der Zielerreichung zu machen und damit zur Übereinstimmung von zu Projektbeginn festgelegten und tatsächlich erreichten Zielen. Außerdem ist es wichtig und interessant, die Projektziele von ihrer inhaltlichen Seite her zu betrachten. Das ermöglicht eine Aussage dazu, auf welchen Ebenen das Förderprogramm Innovationen anstoßen konnte.

4.1 Erreichen des Projektziels

Die Subkategorie Erreichen des Projektziels wird im Folgenden anhand der unterschiedlichen Evaluierungsverfahren beschrieben. Zunächst geht es um eine Auswertung der Selbstbewertungen (Evaluierung S). Dann folgt eine Bewertung aufgrund der Auswertung der Abschlussberichte (Evaluierung A)

4.1.1 Projektziele in den Selbstbewertungen

Die folgende Übersicht zeigt den Grad der Übereinstimmung zwischen den vor Projektbeginn festgelegten Zielen und der Zielerreichung bei Projektende (Evaluierung S). Die Zielerreichung wird jeweils den drei Projektbereichen Alter, Krankenhaus und Qualifikation zugeordnet.

	übertroffen	erreicht	teilweise erreicht	nicht erreicht
Alter	1	8	3	1
Krankenhaus		7	1	
Qualifikation	3	6		
Gesamt	4	21	4	1

Somit wurden nach Auffassung der Teilnehmer in mehr als 2/3 der einbezogenen Projekte die Ziele erreicht, die zu Beginn festgelegt worden waren; sie entsprachen den Erwartungen. Beispielhaft sollen hier zwei Projekte herausgestellt werden, in denen die Erwartungen übertroffen wurden.

Bereich Alter

Projektbeispiel: Projekt A-17, „Niederschwellige Hilfen“

In drei Berliner Bezirken sollten niederschwellige Angebote an Alltagshilfen zur Erhaltung der Selbständigkeit von Menschen mit Demenz oder psychischer Erkrankung auf-

gebaut werden. Der Aufbau sollte mit ehrenamtlichen Helfern erfolgen, die in Schulungen darauf vorbereitet wurden. Die Zielgruppe sollte mit Methoden der aufsuchenden Altensozialarbeit erreicht werden. Neben vielschichtigen Erfahrungen und Aussagen z. B. zur Gewinnung von ehrenamtlichen Helfern oder im Bereich der zugehenden Sozialarbeit, wurde am Ende der Projektzeit das Angebot auf zehn Bezirke erweitert und in die Regelförderung durch die Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz aufgenommen. Damit besteht ein flächendeckendes Netz für die Zielgruppe des Projektes in der Region.

Bereich Qualifikation

Projektbeispiel: Projekt Q-40, „Institutionsethik“

Ziel des Projektes war es, als grundlegenden Baustein einer Institutionsethik, die medizin-ethische Kompetenzentwicklung des Personals zu fördern. Das Lösen medizin-ethischer Konflikte wurde in Fallbesprechungen angeleitet. Die anfängliche Zurückhaltung der Pflegekräfte wandelte sich im Laufe des Projektes und die Kompetenzentwicklung der Mitarbeiter erreichte eine Dynamik, die die erst auf längere Sicht geplante Ausweitung der Fallkonferenzen auf das ganze Krankenhaus schon wesentlich früher stattfinden ließ. Zudem wurden die für die Fallkonferenzen erlernten Spielregeln aus freien Stücken von den Mitarbeitern in den Alltag der Stationsarbeit übertragen.

In einem Projekt konnten die angestrebten Ziele nicht erreicht werden. Als Begründungen wurden ungünstige Rahmenbedingungen, Unzuverlässigkeiten, was die Teilnahme der Projektpartner anging sowie fachliche und methodische Unzulänglichkeiten des Pflegepersonals angeführt. Trotz Anpassung der Ziele auf ein niedrigeres Niveau wurden auch diese zu Projektende nicht erreicht.

Weitere Erläuterungen zu Projekten mit erreichten oder teilweise erreichten Zielen werden an dieser Stelle nicht gegeben. Stattdessen werden im Kapitel „Erfolgs- und Hemmnisfaktoren“ umfassend und projektübergreifend mögliche Ursachen dargestellt.

4.1.2 Projektziele in den Abschlussberichten

Um die Projektziele auch inhaltlich bewerten zu können, wurden alle identifizierten Projektziele auf ihre vorrangigen Intentionen und Strategien analysiert (Evaluierung A). Ein geeignetes Ordnungssystem, das hilfreich bei der Einordnung ist, ist der *Zyklus der Forschungsstrategien* von Weidner⁶. Dabei lassen sich fünf verschiedene Hauptstrategien unterscheiden:

- **Empirisch-deskriptive Forschung** – es geht vorrangig um die empirisch fundierte Beschreibung der Wirklichkeit.

⁶ Weidner, F.: Zyklus der Forschungsstrategien. Veröffentlichung in Vorbereitung.

- **Analytisch-theoriebildende Forschung** – auf der Grundlage empirischer und theoretischer Erkenntnisse geht es vorrangig um die Entwicklung von generalisierten Aussagen über die Wirklichkeit.
- **Konzeptionelle Forschung** – es geht vorrangig um die auf empirische und theoretische Aussagen fußende Entwicklung von Konzepten.
- **Interventionsforschung** – es geht vorrangig um die Intervention mit wissenschaftsfundierten Konzepten.
- **Evaluationsforschung** – es geht vorrangig um die Evaluation von Interventionen

Die unterschiedlichen Strategien bauen aufeinander auf. Die konzeptionelle Forschung steht häufig in engem Zusammenhang mit der Interventions- und Evaluationsforschung.

Die Tabelle gibt zunächst eine Übersicht darüber, in wie vielen Projekten der drei Bereiche welche Forschungs- und Entwicklungsstrategien vorrangig angewendet wurden.

	Empirisch-deskriptiv	Analytisch-theoriebildend	Konzeptionelle Forschung	Interventionsforschung	Evaluationsforschung⁷
Alter	4	4	11	9	7/ 4
Krankenhaus	2		13	7	4/ 3
Qualifikation			6	7	4/ 5
Gesamt	6	4	30	23	15/ 12

Die meisten Projekte sind nicht auf eine Forschungsstrategie begrenzt, sondern verbinden zwei, drei oder vier Strategien miteinander in unterschiedlichen Kombinationen. Dadurch kommt klar die Vielseitigkeit der Projekte innerhalb des Programms zum Ausdruck. Aus der Tabelle geht zudem hervor, dass die vorrangige Forschungs- und Entwicklungsstrategie der Projekte in der konzeptionellen – und der Interventionsforschung liegt, was der Zielsetzung des Förderprogramms entspricht, durch Überprüfen von Methoden und Erkenntnissen in der Praxis zu dauerhaften Verbesserungen der Praxis und Hochschularbeit beizutragen.

⁷ Die erstgenannte Zahl bezieht sich auf eine Evaluationsforschung im engeren Sinne, das heißt, das Messen des Erfolges einer Konzeptumsetzung – die zweitgenannte Zahl bezieht sich auf eine Evaluation in Form einer Beschreibung der Implementation oder der Aussage über das Ausmaß, in dem die Ziele erreicht wurden.

Bereich Krankenhaus

Im Bereich Krankenhaus wurde in allen untersuchten Projekten konzeptionell gearbeitet, das heißt, es wurden Instrumente oder Konzepte für unterschiedliche Organisationsabläufe in Krankenhäusern entwickelt. Das waren z. B. ein Instrument zum Mangelernährungs-Screening, eine Software zur Dienstplangestaltung oder ein für die Intensivpflege angepasstes Leistungserfassungssystem (LEP). Vier dieser Projekte blieben auf der Konzeptionsebene stehen, in den anderen Projekten folgten entweder die Implementation (Interventionsforschung) oder/und die Evaluation.

Bereich Alter

Auch im Bereich Alter ist die konzeptionelle Forschung am häufigsten vertreten, z.B. wurde ein Beschwerdemanagement-System entwickelt und angepasst, ein Konzept zur Sturzprophylaxe in Pflegeheimen entwickelt, oder es wurden nach einer Erfassung der Belastungssituation von Mitarbeitern in der Altenpflege Maßnahmen zur psychomentalen Entlastung abgeleitet. Hier fand sich die Konzeptentwicklung mit nur einer Ausnahme immer in Kombination mit weiteren Strategien. Der Bereich Alter hat den höchsten Anteil an empirisch-deskriptiver und analytisch-theoriebildender Forschung.

Projektbeispiele

Empirisch-deskriptive Forschung findet z. B. im Projekt A-07, „Freiheitsentziehende Maßnahmen“, statt. Hier wurden durch Befragung der Pflegekräfte und teilnehmende Beobachtung durch externe Fachkräfte empirische Kenntnisse über die Verbreitung, Einwilligungspraxis und Dauer von freiheitsentziehenden Maßnahmen erlangt.

Ein Projekt analytisch-theoriebildender Forschung ist Projekt A-01, „Lebensqualität im Alter“. Hier wurde untersucht, inwieweit eine kompetenzfördernde Umwelt einen Beitrag zur Erhaltung alltagsbezogener Kompetenz bei Menschen mit geistiger Behinderung leisten kann. Dazu wird das Verhalten der Mitarbeiter vor und nach einer Fortbildungsintervention analysiert und die Frage im Anschluss differenziert beantwortet.

Bereich Qualifikation

Im Bereich Qualifikation konnte das Projekt Q-31, „Studienfahrt nach Auschwitz“, nicht zugeordnet werden, weil die geplante Arbeitshilfe für Altenpflegeschulen und Pflegende nicht entstanden ist und die Studienfahrt keiner der Forschungsstrategien entsprach. Konzeptionelle Forschung und Interventionsforschung halten sich hier fast die Waage und kommen in fünf Projekten aufeinander folgend vor, in denen zudem eine Evaluierung stattfindet. Der Bereich Qualifikation fällt dadurch auf, dass alle untersuchten Projekte evaluiert wurden und über die Hälfte (fünf von neun) der Projekte die drei Forschungsstrategien Konzeptionelle Forschung, Interventionsforschung und Evaluationsforschung enthalten.

Projektbeispiel

Als Beispiel soll das Projekt Q-37, „Patienten- und Mitarbeiterschulung in onkologischen Interventionen“, dienen. Es wurde eine strukturierte pflegerische Informations-

und Beratungsintervention entwickelt, die sich auf die Pflegeprobleme Übelkeit/Erbrechen und Appetitmangel bei Patienten mit Chemotherapie bezieht. Nach einer Schulung der Pflegenden führten diese die Informations- und Beratungsgespräche mit den Patienten. Evaluiert wurden sowohl die Schulung als auch die Wirkung der Intervention. Die Evaluierung fand auf deskriptiver Ebene (Schulung) und varianzanalytischer Ebene (Intervention) statt.

Ein Zusammenhang oder Abhängigkeiten zwischen Evaluierung A und Evaluierung S sind nicht zu erkennen. Das heißt, man kann nicht sagen, dass z.B. die Projekte, die die Zielerwartungen übertroffen oder nur teilweise erreicht haben, einer bestimmten Forschungsstrategie gefolgt sind. Ebenso lässt sich aus dem Versuch, die Laufzeit der Projekte mit der Anzahl der Forschungsstrategien in Verbindung zu bringen, kein Zusammenhang herleiten. So beinhaltete das Projekt K-30, „Mikronährstoffstatus mangelernährter Patienten“, vier Forschungsstrategien, hatte aber nur eine Laufzeit von einem Jahr und vier Monaten. Ein anderes Beispiel ist das Projekt Q-36, „Pflege-Entwicklungsstation“. Es enthielt bei einer Laufzeit von zwei Jahren und neun Monaten „nur“ zwei Forschungsstrategien.

Nebenziele

Bisher wurden die Ziele betrachtet, die als Hauptziele in den Projektberichten, bzw. in den Selbstbewertungen angegeben waren. In den Projekten wurden jedoch auch einige Nebenziele erreicht, die nicht von vornherein angestrebt wurden, aber dennoch als erfreuliche Effekte der Projekte bezeichnet werden können.

Beispiele:

- mehr Wissen der Mitarbeiter
- mehr Zufriedenheit der Mitarbeiter
- zeitliche Entlastung der Mitarbeiter
- Reflexionsfähigkeit
- Sensibilisierung der Mitarbeiter für die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen aber auch für die eigenen
- Reduktion der Anzahl der aggressiven Zwischenfälle in der forensischen Psychiatrie Lippstadt
- Abnahme des Krankenstandes

Hervorzuheben ist, dass diese Ziele jeweils „nur“ Nebenziele waren und nicht von vornherein in die Überlegungen bei der Projektplanung eingeschlossen waren.

4.2. Nutzen für den Praxispartner

Der Nutzen der Projektergebnisse für den Praxispartner wird in den meisten Projekten deutlich herausgestellt (Evaluierung A). Die vielfältigen Vorteile, die die Projekte und die Ergebnisse für die Praxispartner haben, lassen sich für die folgenden drei Zielgruppen bestimmen.

- Nutzen für den Pflegebedürftigen/Patienten
- Nutzen für die Einrichtung
- Nutzen für die Mitarbeiter

Obwohl davon auszugehen ist, dass in letzter Konsequenz alle in den Projekten entwickelten oder eingeführten Innovationen eine qualitativ hochwertigere Versorgung des Pflegebedürftigen initiieren sollen, so lassen sich in den drei Bereichen Alter, Krankenhaus und Qualifikation jeweils Schwerpunkte ausmachen. Der Nutzen für den Pflegebedürftigen/Patienten wird dabei in vielen Berichten nicht ausdrücklich erwähnt.

Die folgende Tabelle gibt für jeden der drei Bereiche die Anzahl der Projekte wieder, in denen ein Nutzen für Pflegebedürftige/Patienten, Einrichtung oder Mitarbeiter herausgestellt wird. Dabei wird nicht in allen Projekten ein Nutzen für den Praxispartner beschrieben, aber in vielen Projekten auch zwei oder drei „Zielgruppen“ erwähnt.

Nutzen für Bereich	Pflegebedürftiger/ Patient	Einrichtung	Mitarbeiter
Alter	12	8	3
Krankenhaus	3	11	7
Qualifikation	4	4	9
Gesamt	19	23	19

Zum besseren Verständnis sollen hier einige Beispiele genannt werden, die zeigen, welcher konkrete Nutzen für die Praxis gesehen wird.

Nutzen für den Pflegebedürftigen/Patienten (Beispiele):

- Höherer Grad an Selbständigkeit der Pflegebedürftigen;
- geringeres Sturzrisiko und geringere Verletzungsrate in Pflegeheimen;
- besseres Verständnis für die Situation jüdischer Flüchtlinge aus Osteuropa;
- Ermittlung von gezieltem Handlungsbedarf für die Diabetikerversorgung und
- Erlernen und erfolgreiches Einsetzen von Selbstpflegehandlungen der Patienten.

Nutzen für die Einrichtung (Beispiele):

- Instrument schafft Transparenz – keine kostspielige Unternehmensberatung notwendig;
- Steuerung der Ablauforganisation der Einrichtung;
- begonnene, aber auch stabile Vernetzung der Einrichtungen in der Region;
- Angestiegene Nachfrage nach Bewohnerplätzen nach Einführung von *Dementia Care Mapping* und
- Perspektiven im Hinblick auf die Zukunftssicherung des Patienten-Informations-Zentrums Lippstadt.

Nutzen für die Mitarbeiter (Beispiele):

- Bereicherung durch Austausch mit anderen Berufsgruppen;
- Entlastung für die Mitarbeiter in supervisorischem Sinne;
- mehr professionelles Selbstbewusstsein der Pflegenden;
- mehr Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter und
- Pflegende können zeigen, was sie leisten.

In der Beurteilung des Gesamtprogramms profitieren auf der Seite des Praxispartners nach der Tabelle überwiegend die Einrichtungen von den Projektergebnissen. Die Vorteile für die Pflegebedürftigen und die Mitarbeiter halten sich die Waage.

In den Projekten, die im Bereich der ambulanten und stationären Altenhilfe stattfanden, wird der Nutzen für den Pflegebedürftigen am häufigsten herausgestellt. Der Nutzen für die Einrichtung steht an zweiter Stelle und ergibt sich den Berichten nach oftmals als Folge einer verbesserten Situation der Pflegebedürftigen in der Einrichtung.

Im Bereich der Krankenhausprojekte steht der Nutzen für die Einrichtung im Vordergrund. Die in zwölf Krankenhausprojekten erarbeiteten oder eingeführten Instrumente stehen in vielen Fällen unter dem übergeordneten Begriff „Qualitätssicherung in der Pflege“. Damit ist möglicherweise der Nutzen für den Pflegebedürftigen einbezogen, jedoch wird er in nur drei Projektberichten ausdrücklich formuliert.

Im Bereich der Qualifikationsprojekte liegt der Schwerpunkt im Nutzen für die Mitarbeiter. An den Beispielen zeigt sich, dass es meist um Kompetenzzuwachs und Mitarbeiterzufriedenheit geht. Im Vergleich zu den anderen beiden Bereichen ist bei den Qualifikationsprojekten der Nutzen für die Einrichtungen am geringsten ausgeprägt.

Die nächste Tabelle zeigt, wie viele Projekte in den drei Bereichen einem, zwei oder drei Zielgruppen des Praxispartners einen Nutzen bringen.

Anzahl Zielgr. Bereich	1	2	3
Alter	6	6	2
Krankenhaus	2	6	2
Qualifikation	1	4	5
gesamt	9	16	9

Die meisten Projektergebnisse haben danach einen Nutzen für zwei Zielgruppen. In sechs Projektberichten wurde der Nutzen für die Praxis gar nicht erwähnt.

Deutlich wird, dass im Verhältnis zur Gesamtanzahl der durchgeführten Projekte die Qualifikationsprojekte den am breitesten angelegten Nutzen für die beteiligten Zielgruppen haben. In jedem der Berichte wird der Nutzen für den Praxispartner insgesamt herausgestellt und in neun von zehn Projektberichten werden mehr als eine Zielgruppe angesprochen.

Im Bereich Alter gibt es den höchsten Anteil an Projekten, die „nur“ auf einen Vorteil für die Situation des Pflegebedürftigen ausgerichtet sind. Das sind fünf der sechs Projekte, die nur einer Zielgruppe nützen.

In den sechs Projekten im Bereich Krankenhaus, die zwei Zielgruppen nützen, ist nur einmal der Pflegebedürftige/Patient einbezogen. Der Schwerpunkt liegt im Bereich Krankenhaus an erster Stelle im Nutzen für die Einrichtung und an zweiter Stelle im Nutzen für die Mitarbeiter. Das passt zu der im Kapitel „Zielerreichung“ getroffenen Feststellung, dass es sich in fast allen Krankenhaus-Projekten um die Entwicklung bzw. die Implementierung von Strukturelementen handelt, die typischerweise Arbeitsprozesse transparenter machen, bzw. erleichtern sollen.

Beispielprojekt Q-36, „Pflegeentwicklungsstation“

Trotz hohen Aufwands ist das Projekt wegen seines breiten Nutzens für alle Zielgruppen, u. a. durch das Erreichen von Nebenzielen, hervorzuheben. In einer forensischen Psychiatrie konnte durch eine Bildungsintervention Einfluss auf die Grundhaltung der Pflegenden genommen werden – von Resignation hin zu mehr Offenheit für Veränderungen, zu professionell kritischem Verhalten, zu mehr Selbstbewusstsein und Handlungskompetenz. Dem Bericht zu Folge ist es durch das Projekt zu mehr *patient advocacy* gekommen und zu einer Reduktion der aggressiven Zwischenfälle der Patienten während des Projektes. Damit wird auch ein direkter Nutzen für die Pflegebedürftigen deutlich. Als „Nebenziel“ konnte der Krankenstand gesenkt werden, was gleichzeitig

auf eine positive Wirkung des Projektes auf die Mitarbeiter schließen lässt, aber auch einen ökonomischen Nutzen für die Einrichtung darstellt.

4.3 Nutzen für den Wissenschaftspartner

Der Nutzen auf der Grundlage der Evaluierung A lässt sich für den Wissenschaftspartner in die folgenden zwei Dimensionen unterscheiden:

- Nutzen für Forschung und Theorie
- Nutzen für die Hochschullehre

Die Tabelle gibt zunächst eine Übersicht über die Häufigkeit, mit der in den drei Bereichen der Nutzen für Forschung und Theorie oder der Nutzen für die Hochschullehre angegeben wird.

Nutzen für	Forschung/ Theorie	Hochschullehre
Alter	11	
Krankenhaus	5	5
Qualifikation	4	3
gesamt	20	8

Der Nutzen für den Wissenschaftspartner wird insgesamt in 28 Projektberichten dargestellt und nimmt jeweils nur einen sehr kleinen Raum ein. Es überwiegt der Nutzen für Forschung/ Theorie gegenüber dem Nutzen für die Hochschullehre. Im Bereich „Alter“ findet sich zum Zeitpunkt der Berichterstattung kein Hinweis auf einen Nutzen für die Hochschullehre, während die anderen beiden Bereiche den Nutzen für Forschung/Theorie und den Nutzen für die Hochschullehre fast gleichermaßen erwähnen.

Der Nutzen für Forschung und Theorie wird in den Berichten sowohl in allgemein abstrakter Weise oder auch konkreter dargestellt. Vier Dimensionen können hier unterschieden werden.

4.3.1 Nutzen für Forschung und Theorie

Folgende Dimensionen werden an Hand von Beispielen dargestellt.

Eröffnung weiterer Forschungsmöglichkeiten

Projektbeispiele

Im Projekt K-26, „Ethik in der Pflege Schwerstkranker“ wird differenziert aufgeführt, in welchen Bereichen die Ergebnisse weitere Forschungsarbeiten erlauben. Unter anderem sollen die Ergebnisse und Einsichten im Rahmen eines deutsch-amerikanischen Fortbildungsprojektes „Patientenbetreuung am Lebensende“ umgesetzt werden. Sie sollen zudem eingesetzt werden für die Entwicklung von Trainingsangeboten für kritische Therapieentscheidungen in der Intensivmedizin in Kooperation mit der Universität Oxford.

Das Projekt K-24, „Leistungserfassung für die Intensivpflege Deutschland“, stellt in Aussicht, zukünftig das LEP mit Pflegediagnosen, Assessments und Ergebnissen zu verknüpfen um die Pflegeleistung in engerem Sinne abzubilden.

Gewinnung von Erkenntnissen auf einem bisher wenig beforschten Gebiet

Projektbeispiel

Um eine weitere Möglichkeit der häuslichen Versorgung von gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen zu entwickeln, wurde untersucht, unter welchen Voraussetzungen diese Menschen in Gastfamilien gepflegt werden können, Projekt A-09, „Leben in Gastfamilien“. Dazu wurden u. a. Erkenntnisse gesammelt über die Gewinnung von Gastfamilien, über die Einschätzungen der Gastfamilien in Bezug auf ihre Pflegeleistungen und über notwendige Unterstützungen durch den begleitenden Fachdienst.

Entwicklung einer Theorie aus der Praxis heraus

Projektbeispiel

Im Projekt A-16, „Das soziale Frühstadium der Alzheimer Krankheit“, wird untersucht, wie die Familie die ersten Auffälligkeiten einer demenziellen Erkrankung interpretiert, einordnet und damit umgeht. Dazu wurden 48 narrative Interviews geführt und mit der Methode der Grounded Theorie ausgewertet. Aus den Erkenntnissen der Interviews wurde ein 5-phasiges Modell entwickelt, welches das Erleben und den Umgang mit den ersten Symptomen der Erkrankung strukturiert. Das Modell soll künftig auch Grundlage für passgenaue Beratungs- und Unterstützungsangebote sein.

Erkenntnis über die Praxistauglichkeit eines Instrumentes, eines Modells bzw. einer Methode

Projektbeispiel

Im Projekt A-15, „Patientenzufriedenheit mit ambulanten Pflegediensten“ wurde ein standardisierter Fragebogen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit entwickelt, in der Praxis erprobt, überarbeitet und einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

4.3.2 Nutzen für die Hochschullehre

Der Nutzen für die Hochschullehre bezog sich im Wesentlichen auf die Hochschulausbildung einzelner Studierender. Evaluierung A ergab, dass in sechs Projekten Studierende die Möglichkeit hatten, ihre Diplomarbeit zum Projektthema zu schreiben. Zudem konnten die Studierenden in zwei Projekten Erfahrungen in der Projektarbeit sammeln.

Evaluierung N ergab ein anderes Bild. Demnach hatten in neun Projekten die Studierenden die Möglichkeit, innerhalb der Projekte eine Diplomarbeit zu verfassen und in acht Projekten die Möglichkeit, Praxiserfahrungen in der Projektarbeit zu sammeln.

In einem Projekt entstand ein Instrumentarium, was nach Angaben der Berichterstatter für Lehre und Forschung zur Verfügung steht. Inwieweit es dafür tatsächlich genutzt wird, lässt sich nicht nachvollziehen.

An dieser Stelle soll Bezug genommen werden zu Evaluierung N (Fragebögen zur Nachhaltigkeit). Von den 23 zurückgeschickten Fragebögen haben die Wissenschaftspartner bezüglich der nachhaltigen Wirkung der Ergebnisse folgende Angaben gemacht: Achtmal wurde das Einbeziehen der Ergebnisse in Nachfolgeprojekte benannt. Sechsmal ging es um die Weiterentwicklung der Instrumente und Methoden.

Gefragt wurde auch nach den nachhaltigen Auswirkungen auf die Hochschulmitarbeiter. Hier wurde achtmal darauf verwiesen, dass in der Pflegepraxis Projekterfahrungen gemacht werden konnten. Neunmal ging es auch um die Qualifikation von Studierenden. Letztlich wurde einmal das Erkennen des kritischen Verhältnisses zu den Möglichkeiten und Grenzen des Themas genannt.

Ein Vergleich zu den Angaben aus Evaluierung A lässt sich hier nicht durchführen, weil es sich nicht um dieselben Projekte handelt und auch die Anzahl derer, die in Evaluierung A eine Aussage zu dem Punkt gemacht haben, sich von der Anzahl der Antworten aus Evaluierung N unterscheidet.

4.4 Qualifizierende Effekte

Das Kriterium „Qualifizierende Wirkung für Theorie und Praxis“ aus den Selbstbewertungen (Evaluierung S, Anhänge zu den Vorlagen 1 und 2) fügt sich an dieser Stelle ein. Die Tabelle

gibt eine Übersicht über das Ausmaß der qualifizierenden Wirkung, wie es von den Bewilligungsempfängern zu Projektbeginn gewichtet und wie es am Ende eingeschätzt wurde.

Ausmaß qualifizierender Wirkung	Gewichtung zu Projektbeginn	Einschätzung zu Projektende
Gleichermaßen nachweisbar hohe qualifizierende Wirkung für beide Projektpartner	15	16
Nachweisbar hohe qualifizierende Wirkung für einen der Projektpartner	8	6
Qualifizierende Wirkung für beide Projektpartner erkennbar	5	7
Qualifizierende Wirkung für einen Projektpartner erkennbar	1	
Für beide Projektpartner keinen qualifizierenden Wirkungen	1	1

Der Nutzen für beide Projektpartner durch die qualifizierende Wirkung der Projekte ist damit insgesamt hoch und wird zu Projektende sogar noch etwas höher eingeschätzt als zu Beginn.

4.5 Zusammenfassung

Bezogen auf das Gesamtprogramm kann die Aussage getroffen werden, dass im Durchschnitt die Projektziele, wie erwartet, erreicht wurden. Im überwiegenden Teil der Projekte war eine Konzeptionsentwicklung das Ziel, in vielen Fällen im Zusammenhang mit der Umsetzung der Konzepte. Eine Evaluierung fand nicht immer statt und zudem in unterschiedlicher Ausprägung, zum Teil durch eine Messung des Erfolges und zum Teil durch Beschreibung der Implementation oder des Zielausmaßes.

In den drei Bereichen Alter, Krankenhaus und Qualifikation lassen sich unterschiedliche Forschungsstrategiemuster erkennen. Während im Krankenhaus immer konzeptionell geforscht und entwickelt wurde, in etwa der Hälfte der Fälle in Verbindung mit weiteren Strategien, findet sich im Bereich Alter eine größere Vielfalt von Strategien in unterschiedlicher Zusammensetzung. Zudem ist hier ein zusätzlicher Schwerpunkt im vorkonzeptionellen Bereich, auf empirisch deskriptiver und analytisch-theoriebildender Ebene zu finden. Ein geschlossenes Bild ergibt sich im Bereich Qualifikation, wo eine fast einheitliche Wertigkeit von konzeptioneller-, Interventions- und Evaluationsforschung deutlich wird.

Eine grundsätzlich mögliche Abhängigkeit der Zielerreichung von den Forschungsstrategien lässt sich nicht ableiten. Ebenso wenig lässt sich ein Zusammenhang herstellen zu den Bereichen, in denen die Projekte stattgefunden haben - Alter, Krankenhaus oder Qualifikation.

Die Zielerreichung innerhalb eines Projektes scheint damit von den jeweiligen projektspezifischen Bedingungen abzuhängen, die noch im Kapitel Erfolgs- und Hemmnisfaktoren herausgearbeitet werden.

In der Programmbewertung liegt der deutliche Schwerpunkt im Nutzen für den Praxispartner und hier vorwiegend bei der Einrichtung. Der Nutzen für den Wissenschaftspartner wird in den Berichten sehr zurückhaltend und oft allgemein formuliert.

Eine grundsätzlich unterschiedliche Haltung innerhalb der Bereiche Alter, Krankenhaus und Qualifikation bezüglich der Überlegung, wem denn Theorie-Praxis-Projekte vor allem nützen sollen, wird in diesem Kapitel deutlich. In der Altenhilfe scheint die Situation der Bewohner im Mittelpunkt der Optimierungsbestrebungen zu stehen. Für die Krankenhäuser geht es im Wesentlichen darum, ablauforganisatorische Verbesserungen zu erzielen, die letztendlich einen ökonomischen Nutzen für die Einrichtung haben.

Die Qualifikationsprojekte stellen die Mitarbeiter dagegen am häufigsten in den Mittelpunkt. Im Zentrum des Interesses steht entweder deren eigene Qualifikation oder die Qualifikation dafür, dass die Mitarbeiter wiederum Pflegebedürftige oder Angehörige qualifizieren. In jedem Fall wird in den Projekten ein Lernzuwachs beschrieben, der in den meisten Fällen zu einer höheren Zufriedenheit der Mitarbeiter führt.

In der überwiegenden Zahl der Projektberichte (25) wird auf einen Nutzen für zwei oder drei der Zielgruppen hingewiesen. Im Bereich Qualifikation ist der Nutzen am breitesten angelegt mit dem Schwerpunkt bei den Mitarbeitern, oft im Sinne einer Kompetenzentwicklung und damit auch mit daraus folgendem Nutzen für Einrichtungen oder die Pflegebedürftigen und Patienten.

Der Nutzen für Forschung/ Theorie wird in der Regel sehr kurz und allgemein dargestellt, der Nutzen für die Hochschullehre bezieht sich überwiegend auf einzelne Studenten, die zum Thema Qualifizierungsarbeiten geschrieben haben oder Erfahrungen in der Projektarbeit sammeln konnten.

Da es sich bei den Projektthemen weitgehend um Fragen und Problemstellungen aus der Praxis handelt, erklärt sich der überwiegende Nutzen der Projekte für die Praxispartner.

In den meisten Fällen wurden für die Bereiche Alter, Krankenhaus oder Qualifikation typische Problematiken aufgegriffen und innerhalb einer oder mehrerer Projekteinrichtungen bearbeitet. Anderen Projekten lagen Fragen zu Grunde, die sich direkt in der Pflegepraxis einer Einrichtung ergaben. Zudem führten in weiteren Projekten gesellschaftliche Problematiken, wie die steigende Anzahl von Demenzerkrankten, zur Entwicklung des Projektthemas.

5. Erfolgs- und Hemmnisfaktoren

5.1 Erfolgs- und Hemmnisfaktoren für den Projektverlauf

Die Analyse der Erfolgs- und Hemmnisfaktoren in den Abschlussberichten (Evaluierung A) ist ein wesentlicher Bestandteil der Programmevaluierung und bezieht sich sowohl auf die Projektdurchführung als auch auf die Kooperation zwischen Wissenschafts- und Praxispartner selbst. Das inhaltsanalytische Vorgehen gestaltete sich in dem Bereich besonders aufwendig, da sich die Faktoren meistens nicht ausschließlich in einem eindeutig definierten Abschnitt der Berichte fanden, sondern meist nur implizit bzw. unsystematisch bearbeitet worden sind. So wurden zunächst aus jedem Bericht die Kriterien herausgefiltert, die eindeutig dem Projekterfolg, einer Verzögerung oder einem Nichtgelingen zuzuordnen waren. Bei der Gesamtschau der Erfolgs- und Hemmnisfaktoren ergab sich zunächst einmal eine Einteilung entsprechend den Verursachern. Und zwar ließen sich Faktoren beschreiben,...

- ...die den Mitarbeitern zuzuschreiben sind;
- ...die der Einrichtung zuzuordnen sind;
- ...die der wissenschaftlichen Begleitung zuzuordnen sind;
- ...die den Pflegebedürftigen/Patienten zuzuordnen sind und
- ...die unter weiteren Rahmenbedingungen zusammengefasst wurden.

Da sich innerhalb der ersten drei genannten Kategorien immer noch eine unüberschaubare Vielfalt an Einflussfaktoren bot, wurde noch einmal eine Zuordnung in weitere Dimensionen, sowie eine Häufigkeitsanalyse der genannten Faktoren vorgenommen.

Signifikante Unterschiede zwischen den Bereichen Alter, Krankenhaus und Qualifikation ergaben sich nicht. Aus dem Grund werden die Erfolgs- und Hemmnisfaktoren für alle drei Bereiche zusammengefasst dargestellt.

5.1.1 Faktorenanalyse Mitarbeiter

Auffällig ist, dass den Mitarbeitern in den 40 ausgewerteten Projekten lediglich sechs verschiedene Erfolgsfaktoren insgesamt neunmal zugeschrieben wurden, dagegen 23 mal 13 verschiedene Hemmnisfaktoren. Für die Erfolgs- und Hemmnisfaktoren seitens der Mitarbeiter wurde eine Zuordnung an Hand von Kompetenzen vorgenommen: Fach- und Methodenkompetenz, sozial-kommunikative Kompetenz und personale Kompetenz.

Im Bereich der personalen Kompetenz wurden Änderungsbereitschaft/Motivation, Engagement und Offenheit als Erfolgsfaktoren dreimal genannt, einmal die positive Grundeinstellung. Im Bereich der Fach- und Methodenkompetenz wird zweimal das Interesse an Neuerungen angegeben. Die Liste der Hemmnisfaktoren wird angeführt durch die sechsmalige Nennung der ablehnenden Haltung gegenüber Veränderungen. In den Projektberichten wird

konkretisiert, dass die Mitarbeiter sich über hohen Aufwand beklagten und darüber, „wieder etwas zusätzlich“ tun zu müssen. Fehlende Motivation und Bequemlichkeit wird ihnen in drei Projekten zugeschrieben. Seitens der Berichtersteller werden zudem mangelnde kommunikative Kompetenzen der Mitarbeiter und deren fehlende Fähigkeit, zielgerichtet diskutieren zu können, beschrieben.

Zur Verdeutlichung sollen hier einige Textstellen herausgestellt werden. Über die pflegenden Mitarbeiter finden sich unter anderem folgende Aussagen:

- Mit der Umsetzung einer systematischen Handlungsabfolge „zeigten sich die meisten Pflegemitarbeiter vor Ort überfordert. Es gelang ihnen kaum, aufeinander aufbauende Problem-, Ziel-, Maßnahmenformulierungen zu erstellen“.
- „Außerdem konnte auf Grund mangelnder Kompetenzen in der Altenpflegeeinrichtung eine eigene Restharnbestimmung in der Einrichtung nicht stattfinden.“
- „...es wurden spontan subjektive Eindrücke ausgetauscht, und es wurde wieder über Schulduweisungen und einzelne Personen diskutiert. Diesen Gesprächen fehlte jede Linie...“

Die folgende Tabelle gibt einen Gesamtüberblick über die Faktoren bezüglich der Mitarbeiterschaft:

Dimension	Erfolgsfaktoren	Hemmnisfaktoren
Fach-/Methodenkompetenz	<ul style="list-style-type: none"> • (2) Interesse an Neuerungen • (1) Fachwissen • (1) Motivation sich fortzubilden 	<ul style="list-style-type: none"> • (1) Fehlende Systematik in der alltäglichen Arbeit • (1) Unfähigkeit der Pflegenden, den Pflegeprozess umzusetzen • (1) Defizite in der Dokumentation
Soziale Kompetenz		<ul style="list-style-type: none"> • (2) Mangelnde kommunikative Kompetenzen • (2) Diskussionen oft nicht zielgerichtet, sondern aktuelle Probleme • (1) Angst vor Beobachtung durch Kollegen (DCM) • (1) unangemessener Umgang mit Feindbildern
personale Kompetenz	<ul style="list-style-type: none"> • (3) Engagement, Offenheit, Änderungsbereitschaft/Motivation • (1) Problembewusstsein • (1) Positive Grundeinstellung 	<ul style="list-style-type: none"> • (6) Ablehnende Haltung gegenüber Veränderungen, „wieder etwas zusätzlich“, Aufwand • (3) Fehlende Motivation, Bequemlichkeit • (2) Abwehrhaltung gegenüber methodengeleitetem Arbeiten und verbindlichen Zeit- und Maßnahmenplanungen • (1) Scheu gegenüber Ärzten • (1) Tradierte, fest etablierte Haltungen • (1) Geringe Schulungsdisziplin

5.1.2 Faktorenanalyse Einrichtung

Ein relativ ausgewogenes Verhältnis von Erfolgs- und Hemmnisfaktoren wird bezüglich des Einflusses der Einrichtungen beschrieben. Für die Erfolgs- und Hemmnisfaktoren seitens der Einrichtung ergab sich die Zuordnung an Hand der Dimensionen einer Organisation wie Organisationskultur, Organisationsstrukturen und Verhalten der Organisation.

Organisationskultur

In der Dimension der Organisationskultur geht es um grundsätzliche Einstellungen der Entscheidungsträger der Einrichtung. Erfolgs- und Hemmniskriterien lassen sich direkt gegenüber stellen.

- Die Bereitschaft der Entscheidungsträger der Einrichtung zu Veränderungen in grundlegenden Orientierungen und die Auseinandersetzung mit dem Verständnis von Pflege im Sinne der Organisationsentwicklung steht im Gegensatz zur
- fehlenden Bereitschaft zu Veränderungen, wie sie in drei Projekten ausführlich als Hemmnisfaktor dargestellt wird, der sogar in einem Fall zur Rücknahme der Teilnahmebereitschaft geführt hat.
- Die Fortbildungskultur der Einrichtung als weiterer Punkt, der zum Projekterfolg beiträgt, wird nur einmal als Erfolgsfaktor heraus gestellt und dreimal als fehlend und damit als hemmender Faktor.
- Eine mitarbeiterorientierte Einstellung sowie eine Haltung, die nicht nur Managementinteressen in den Vordergrund stellt, sondern tatsächlich die Optimierung der Pflege, sind weitere Aspekte, die als Voraussetzung für ein erfolgreich durchgeführtes Projekt angeführt werden.

Organisationsstrukturen

Das wesentliche Kriterium für den Projekterfolg wird in der Dimension der Organisationsstrukturen gesehen: „Personelle und zeitliche Ressourcen“ werden sowohl als Erfolgsfaktor aufgeführt, als auch – und das war häufiger der Fall - als nicht ausreichend und damit als Hemmnisfaktor. Das Vorhandensein von klaren Strukturen und Regeln innerhalb der Einrichtung wird zudem als wesentlich für den Projekterfolg angesehen.

Verhalten der Organisation

In der Dimension Verhalten der Organisation wird deutlich, dass den am Programm beteiligten Organisationen ein hoher Anteil am Erfolg der Projekte zugeschrieben wird.

- **Führungsstil**

Ein Führungsstil, der Eigenverantwortung der Pflegenden zulässt, aber auch Stringenz und turnusmäßige Kontrollen erkennen lässt, ist einer der Haupterfolgsfaktoren. Ebenso sollte eine gezielte Auswahl geeigneter Mitarbeiter getroffen werden, die sowohl fachlich als auch sozial anerkannt sind.

- **Informationsfluss**

Der Informationsfluss wird als Erfolgsfaktor hoch eingeschätzt. „Vermittlung von notwendigem Fachwissen ermöglichen“ und „Transparenz in Planung und Koordination“ tauchen in den Berichten auf. Interne Kommunikationsschwierigkeiten und unklare Absprachen stehen dem als hemmende Faktoren gegenüber.

- **Motivation, Identifikation**

Eine Identifikation der Leitungen mit der Neuerung wird als Erfolgsfaktor beschrieben, unklare Widerstände der Leitungen als Hemmnisfaktor.

Zusammenfassend und unter Einbeziehung des Eindrucks, der bei der Analyse der Berichte entsteht, ist abzuleiten, dass die Organisationskultur der entscheidende Aspekt zu sein scheint, wenn es um eine erfolgreiche Projektdurchführung geht. Dies gilt, obwohl die zahlreicheren Nennungen in den Dimensionen Organisationsstrukturen und Verhalten der Organisation vorkommen. Die fehlenden zeitlichen und personellen Ressourcen beispielsweise werden in keinem Fall mit aktuellen krankheitsbedingten Ausfällen in Verbindung gebracht. Mit einer Ausnahme, in der aktuelle Umstrukturierungen innerhalb der Einrichtung beschrieben wurden, entsteht in den Berichten der Eindruck, dass dieser Punkt der Beliebigkeit von Einrichtungsleitungen oder Mitarbeitern unterliegt. Das lässt möglicherweise den Schluss zu, dass in diesen Einrichtungen eine einheitliche veränderungsförderliche Organisationskultur fehlt. Ebenso sind, hierarchisch betrachtet, sowohl Organisationsstrukturen, als auch das Verhalten der Organisation grundsätzlich abhängig von der jeweiligen Organisationskultur.

Für die Annahme, dass eine grundsätzliche Haltung der Organisation oder der leitenden Mitarbeiter gegenüber der Pflegewissenschaft Erfolgs- oder Hemmnisfaktor sein kann, lassen sich in den Abschlussberichten keinerlei Hinweise finden.

Detaillierter gibt die folgende Tabelle Auskunft über die Erfolgs- und Hemmnisfaktoren in den Einrichtungen:

Dimension	Erfolgsfaktoren	Hemmnisfaktoren
Organisationskultur	<p>Geschriebene und ungeschriebene Gesetze</p> <ul style="list-style-type: none"> • (2) Bereitschaft Veränderungen in grundlegenden Orientierungen zuzulassen • (1) Auseinandersetzung mit dem Verständnis von Pflege im Sinne der Organisationsentwicklung zulassen <p>Leitbilder und Führungsgrundsätze</p> <ul style="list-style-type: none"> • (2) Optimierung der Pflege als Teil der Grundhaltung • (2) Akzeptanz durch die Geschäftsführung • (1) Einsicht, dass Fortbildung oder Kulturveränderungen Zeit brauchen • (1) Mitarbeiterorientierte Einstellung 	<p>Geschriebene und ungeschriebene Gesetze</p> <ul style="list-style-type: none"> • (3) Keine Bereitschaft zu Veränderungen <p>Leitbilder und Führungsgrundsätze</p> <ul style="list-style-type: none"> • (3) Fehlende Fortbildungskultur innerhalb der Einrichtung, Fortbildung muss sich nach begrenzter Zeit richten <p>Regelungsdichte</p> <ul style="list-style-type: none"> • (1) Maßnahmen zur Kostendämpfung => Sinken der Mitarbeitermotivation
Organisationsstrukturen	<ul style="list-style-type: none"> • (6) Zur Verfügung stellen von personellen und zeitlichen Ressourcen für die Veränderung/vorausschauende Zeitplanung • (3) Klare Strukturen/Regeln • (2) Einrichten von Rahmenbedingungen für Veränderungen • (1) Teamorientiertes Konzept 	<ul style="list-style-type: none"> • (11) Fehlende zeitliche und personelle Ressourcen • (1) Trägerinterne Entwicklungen blockieren • (1) Zwischenzeitlicher Leitungs-, Wechsel der Stationsleitung • (1) Keine hauptamtliche Projektkoordination
Verhalten der Organisation	<p>Motivation, Identifikation</p> <ul style="list-style-type: none"> • (2) Identifikation der Leitungen mit der Neuerung <p>Arbeitsklima</p> <ul style="list-style-type: none"> • (2) Offenes Gesprächsklima <p>Führungsstil</p> <ul style="list-style-type: none"> • (4) Zulassen von Eigenverantwortung der Pflege • (3) Gezielte Auswahl der geeigneten MA • (2) Durch ein Fortbildungskonzept Diskussionen im Pflorgeteam anstoßen • (1) Akzeptanz der Mitarbeiter • (1) Kein Druck von außen • (1) Stringenz • (1) Turnusmäßige Kontrollen <p>Informationsfluss</p> <ul style="list-style-type: none"> • (5) Vermittlung von notwendigem Fachwissen ermöglichen • (5) Transparenz in Planung und Koordination, klare Absprachen über Aufgaben und Inhalte <p>Entscheidungsbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> • (1) Einbeziehen der Perspektive der Mitarbeiter • (1) Einbeziehen von Verantwortungsträgern aus der Region 	<p>Motivation und Identifikation</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ (1) Unklare Widerstände der Leitungen <p>Führungsstil</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ (1) Mangelnde Besprechungsdiziplin der Leitungen <p>Informationsfluss</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ (2) Interne Kommunikationsschwierigkeiten ○ (1) Unklare Erwartungen und Absprachen <p>Zusammenarbeit in und zwischen Teams</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ (3) Keine zuverlässige Datenübermittlung ○ (1) Dominanz der Ärzte

5.1.3 Faktorenanalyse wissenschaftliche Begleitung

In dieser Kategorie zeigt sich auffällig das umgekehrte Verhältnis der Zuschreibung von Erfolgs- und Hemmnisfaktoren zu dem der Mitarbeiterschaft: Sehr vielen Erfolgsfaktoren stehen wenige Hemmnisfaktoren gegenüber. Für die entsprechenden Faktoren seitens der wissenschaftlichen Begleitung wurden die Prozesselemente Planung, Durchführung und Evaluation als Unterscheidungsdimensionen herangezogen.⁸

Planung

Die Bedeutung der Planung für den Projekterfolg wird deutlich, da fünf verschiedene Planungskriterien insgesamt 20mal als Erfolgsfaktoren genannt werden und vier gegensätzliche Faktoren insgesamt sechsmal als Hemmnisfaktoren.

- Das am häufigsten genannte Kriterium der „guten Planung und Koordination“ wird beispielsweise in einer vorausschauenden Zeitplanung und genauen Zielvorgaben konkretisiert.
- „Das rechtzeitige Einbeziehen aller Beteiligten“ wird als wichtig angesehen, was schon in der Planungsphase eines Projektes stattfinden und sowohl die Information als auch das Einbeziehen der Erfahrungen beinhalten soll.
- Ebenfalls von Bedeutung ist eine „detaillierte Analyse der Ausgangssituation“, was sowohl als Erfolgsfaktor als auch als Hemmnisfaktor genannt wird. Beispiel: „In den teilnehmenden Einrichtungen wurden andere Bedingungen vorgefunden, als in den Vorgesprächen zugesichert. Von Nachteil war hier, dass – wegen mangelnder Projektressourcen – Interventionen geplant wurden ohne vorherige eigene Ist-Analyse der zu erwartenden Situation in den Einrichtungen.“
- Wird das Thema durch die wissenschaftliche Begleitung zu umfassend gewählt und zu viele Ziele auf einmal in den Blick genommen, wirkt sich das nachteilig auf die Projektdurchführung aus.

Durchführung

Im Bereich der Durchführung wird der sozial-kommunikativen Kompetenz der wissenschaftlichen Begleitung die höchste Bedeutung am Projekterfolg beigemessen.

- Das Einbeziehen und Wertschätzen der Mitarbeiter aus der Praxis wird als besonders wichtig erachtet.
- Einer engen Kommunikation und guten Absprachen sowie einer intensiven Begleitung der Praxis kommt viel Bedeutung zu.

⁸ Die wissenschaftliche Begleitung wird zwar in der Regel durch eine Hochschule und damit ebenfalls einer „Organisation“ übernommen. Sie ist jedoch an Personen gebunden und tritt nicht als Organisation in Erscheinung. Projektverantwortliche und Berichterstatter sind überwiegend die wissenschaftlichen Begleitungen. Das Projektdesign wird damit überwiegend auch von der wissenschaftlichen Seite her gestaltet, was in der Methodenwahl deutlich wird. Da methodisches Arbeiten für die Hochschulleitende zur Tagesordnung gehört, scheinen die Impulse zur Ablaufsteuerung in den Projekten weitgehend von der wissenschaftlichen Begleitung auszugehen. Aus dem Grund scheint es sinnvoll, die Erfolgs- und Hemmnisfaktoren auf Seiten der wissenschaftlichen Begleitung den Prozesselementen Planung, Durchführung und Evaluation zuzuordnen.

- Es wirkt sich außerdem förderlich aus, wenn die wissenschaftliche Begleitung den Mitarbeitern aus der Praxis in Veranstaltungen Möglichkeiten des kollegialen Austauschs einräumt sowie Vertraulichkeit gewährleistet.
- Auch sollten die Themen und Innovationen aus der Sicht der Mitarbeiter vorgestellt werden, so dass ihnen die Vorteile, die sich für sie ergeben, klar werden. Das wird besonders in den Projekten hervorgehoben, die einen hohen Dokumentationsaufwand für die Mitarbeiter beinhalten.

Die Bedeutung der Fach- und Methodenkompetenz wird zehnmal als Erfolgsfaktor herausgestellt. Eine systematische und für die Mitarbeiter transparente Methode wird für wichtig gehalten. Außerdem wird eine hohe Qualifikation der wissenschaftlichen Mitarbeiter und eine kompetente Moderation und Supervision in den Arbeitsgruppen genannt. Im Bereich Durchführung stehen damit 35 Erfolgsfaktoren lediglich vier Hemmnisfaktoren gegenüber.

Evaluierung

Hier werden nur zwei Faktoren genannt, die die Evaluierung erschweren: Zu enge Ein- und Ausschlusskriterien, die zu einer zu kleinen Stichprobe führen und unterschiedliche Teilnahmebedingungen der Praxispartner.

In der folgenden Tabelle ist eine Übersicht über die Erfolgs- und Hemmnisfaktoren bezüglich der wissenschaftlichen Begleitung zusammengestellt.

Dimension	Erfolgsfaktoren	Hemmnisfaktoren
<p>Planung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • (9) Gute Planung/Zeitplanung /Zielvorgaben/Koordination • (6) Rechtzeitiges Einbeziehen aller Beteiligten • (3) Detaillierte Analyse der Ausgangssituation • (2) Auswahl von praxisrelevanten Themen 	<ul style="list-style-type: none"> • (3) Thema zu umfassend gewählt • (1) Keine vorherige Ist-Analyse • (1) Zu viele Ziele auf einmal im Blick • (1) Zu geringe Zeiteinschätzung
<p>Durchführung</p>	<p>Fach-, Methodenkompetenz</p> <ul style="list-style-type: none"> • (3) Methode systematisch und transparent für die Mitarbeiter, Orientierung geben für die Praxis • (2) Hohe Qualifikation der wissenschaftlichen Mitarbeiter • (2) Kompetente Moderation und Supervision in den Arbeitsgruppen • (1) Leichte Handhabbarkeit des Arbeitsmittels sicherstellen • (1) Systematische Beobachtung und Dokumentation der Umsetzung • (1) Vermittlung von notwendigem Fachwissen <p>Sozial-Komm. Kompetenz</p> <ul style="list-style-type: none"> • (7) Genügendes Einbeziehen und Wertschätzen der Mitarbeiter aus der Praxis • (5) Gute Absprachen, enge Kommunikation • (4) Intensive Begleitung der Praxis • (3) Möglichkeit des kollegialen Austauschs einräumen • (2) Vertraulichkeit für die Mitarbeiter gewährleisten • (2) Darstellung aus Sicht der Mitarbeiter, Herausstellen der Vorteile für die Mitarbeiter • (1) Praxis Zeit geben zur Auseinandersetzung • (1) Aufrechterhalten der Motivation der Mitarbeiter 	<p>Fach-, Methodenkompetenz</p> <ul style="list-style-type: none"> • (1) Didaktik, Methodik nicht angemessen <p>Sozial-komm. Kompetenz</p> <ul style="list-style-type: none"> • (1) Unklare Erwartungen und Absprachen • (1) Anpassungsschwierigkeiten an die Praxisbedingungen • (1) Überbetreuung, Nerven der Praxis
<p>Evaluierung</p>		<ul style="list-style-type: none"> • (1) Enge Ein- und Ausschlusskriterien führen zu einer kleinen Stichprobe • (1) Unterschiedliche Teilnahmebedingungen der Praxispartner

5.1.4 Weitere Faktoren

Hemmnisfaktoren auf Seiten der Pflegebedürftigen werden in den Berichten über die Projekte in der ambulanten Pflege dargestellt. Hier wird vor allem die Hemmschwelle für pflegende Angehörige heraus gestellt, sich auf Veränderungen einzulassen sowie der eigene Wohnbereich des Patienten als Hemmnisfaktor für die Umsetzung von Konzepten.

In einzelnen Berichten werden weitere Rahmenbedingungen genannt, die sich förderlich oder hinderlich auf den Projekterfolg ausgewirkt haben.

- kostenneutrale Umsetzung als Erfolgsfaktor
- lange Bewilligungsdauer und verzögerter Projektbeginn, Absage der Kostenträger, die in Aussicht gestellte positive Berücksichtigung der Maßnahmen im Rahmen von Kostenvereinbarungen und einer Absage der Mediziner, als klar wurde, dass das Projekt einen pflegerischen Schwerpunkt hatte.
- beantragte Fördermittel wurden nicht bewilligt (betrifft nicht die Robert Bosch Stiftung) Aus diesem Grunde konnte nur ein Teil des geplanten Projektes durchgeführt werden.

5.2 Erfolgs- und Hemmnisfaktoren der Kooperation

Ein wesentliches Programmziel war es, dass die Kooperationen auch nach Projektende Bestand haben. Aus diesem Grunde wurde in einer weiteren Subkategorie die Kooperation auf Erfolgs- oder Hemmnisfaktoren untersucht. Es handelt sich bei diesem Punkt um eine höhere Abstraktionsebene. Eine funktionierende Kooperation ist die Basis für ein Gelingen des Projektes. Das heißt auf der einen Seite ist es durchaus vorstellbar, dass trotz guter Kooperation der Projektpartner das Projekt nicht erfolgreich abgeschlossen werden kann. Auf der anderen Seite ist es schwer vorstellbar, dass ein Projekt zum guten Abschluss kommt, wenn die Kooperation nicht funktioniert. Erfolgsfaktoren für eine Kooperation sind damit auch zugleich Erfolgsfaktoren für das Projekt. Hemmnisfaktoren für die Kooperation sind zugleich Hemmnisfaktoren für das Projekt. Von daher ist die Unterscheidung nicht immer eindeutig zu treffen. Aus diesem Grunde werden hier nur diejenigen Faktoren beschrieben, die in den Abschlussberichten eindeutig der Kooperation zugeordnet werden konnten. Nur wenige Berichte machen jedoch hierzu eine klare Aussage. Die genannten Faktoren werden im Folgenden aufgeführt.

5.2.1 Erfolgsfaktoren für die Kooperation

Verantwortung des Wissenschaftspartners

- fachliche Beratung der Wissenschaftspartner für die Mitarbeiter;
- Motivation der Mitarbeiter in der Projektgruppe seitens der Hochschule;
- Übernahme von Tätigkeiten der Praxispartner durch die Hochschule wegen mangelnder Ressourcen und
- Einbeziehen der Praxiserfahrungen.

Verantwortung beider Projektpartner

- Willen beider, sich zu öffnen und voneinander zu lernen;
- Offenheit der Praxis, gute Begleitung durch die Wissenschaftler;
- Nutzen für beide Seiten, Transparenz;
- Absprachen und Aufgabenverteilung zwischen Wissenschaft und Praxis, kein Eingreifen der Forscher außer zur Begleitung;
- enge Zusammenarbeit;
- Kooperationsvertrag und gründliche Analyse der Ausgangssituation - durch grundsätzliche Vereinbarungen können zu Beginn Bereiche eindeutig zugeordnet werden, so dass sich keine Kompetenzstreitigkeiten ergeben.

Verantwortung des Praxispartners

- gute Einbindung des Wissenschaftspartners (spez. DCM-Trainers) in das Projekt als unabhängige Person.

5.2.2 Hemmnisfaktoren für die Kooperation

An Hemmnisfaktoren, die direkt der Kooperation zugeschrieben wurden, haben sich in allen Berichten lediglich die folgenden zwei ergeben:

Verantwortung beider Projektpartner

- mangelnde Transparenz von Seiten der Projektverantwortlichen, Interessen der Praxis wurden durch diverse Umstände nicht mehr verfolgt.
- Gefahr der Konkurrenzen und Kontrolle

Zusammengefasst beruht der überwiegende Teil der Erfolgsfaktoren auf klaren Absprachen und gegenseitiger Offenheit, das heißt, mit diesen Faktoren werden beide Projektpartner in die Verantwortung genommen. Vier der Erfolgsfaktoren nehmen ausschließlich den Hochschulpartner in die Pflicht und stellen hohe Anforderungen an diesen, wie Motivation der gesamten Projektgruppe oder die Übernahme von Aufgaben des Praxispartners. Lediglich ein Erfolgsfaktor in einem speziellen Projekt wird allein dem Praxispartner zugeschrieben. Damit wird insgesamt der Schwerpunkt der Zuständigkeit für den Projekterfolg beim Wissenschaftspartner gesehen, was auch der Analyse der Erfolgs- und Hemmnisfaktoren für das Projekt entspricht.

5.3 Formen des Wissenstransfers

In dieser Kategorie werden die Angemessenheit, die Akzeptanz und die Wirkung der Transfermethoden bewertet. Grundlage ist die Evaluierung S – Vorlagen 1 und 2. Die Tabelle zeigt, inwiefern in den drei Bereichen die Erwartungen bezüglich der Formen des Wissenstransfers erfüllt wurden.

	übertroffen	erreicht	teilweise erreicht	nicht erreicht
Alter	1	9	3	
Krankenhaus		8		
Qualifikation	1	8		
Gesamt	2	25	3	

In der überwiegenden Zahl der Projekte wurde den Erwartungen an die Transfermethoden entsprochen. Die Methoden waren damit für die Zielerreichung geeignet oder eine Veränderung der Methoden wurde nachvollziehbar begründet. Sie bezogen ebenso die aktuellen Ereignisse ein und fanden die Zustimmung der Beteiligten. Die Erwartungen wurden in zwei Projekten übertroffen. Im Projekt A-01, „Lebensqualität im Alter“, wurden den Methoden zu Projektende immense qualifizierende Effekte bei allen Projektbeteiligten zugeschrieben. Im Projekt Q-40, „Institutionsethik“, war die Akzeptanz der Methoden über die Projektarbeit hinaus höher als erwartet.

Bei den nur teilweise erreichten Erwartungen ging es darum, dass entweder die Methoden nicht für alle Projektziele ausreichend waren oder die (teilweise) Ineffizienz der Methoden nicht nachvollziehbar begründet wurde.

Die Tabelle auf der folgenden Seite gibt eine Übersicht über die zehn am häufigsten angewendeten Transfermethoden und die jeweilige Anzahl der Nennungen.

Transfermethode	Alter	Krankenhaus.	Qualifikation	gesamt
Schulung/ Fortbildung	8	5	3	16
Informationsveranstaltung	8	2	3	13
Schriftliche Unterlagen	4	3	1	8
Kollegiale Beratung/persönliche Gespräche	4	2	1	7
Praxisanleitung/Training/Begleitung	4		2	6
Evaluationsgespräche	3		2	5
Rückkopplung zw. Projektleitung u. Pflegenden	3	1	1	5
Arbeitsgruppen/Qualitätszirkel	2		1	3
Fallbesprechungen	1	1		2
Kurzvorträge		1	1	2
Anzahl der ausgewerteten Projekte im jeweiligen Bereich	15	7	8	30

Die Anzahl der angewendeten Transfermethoden in den einzelnen Projekten war unterschiedlich. Im Bereich Alter wurden die vielfältigsten Methodenkombinationen angewendet, im Bereich Krankenhaus waren die Methodenkombinationen am geringsten.

5.4 Zusammenfassung

Die Aufstellung der Erfolgs- und Hemmnisfaktoren macht deutlich: Die Erfolgsfaktoren werden von den Berichterstattern der Projekte zum überwiegenden Teil der wissenschaftlichen Begleitung und den beteiligten Entscheidungsträgern der Einrichtungen zugeordnet. Auf Seiten der Mitarbeiter werden sie nur selten beschrieben. Bedenkt man, dass die Mitarbeiter der Praxis in jedem Fall direkt an der Umsetzung der Projektvorhaben beteiligt sind und bedenkt man außerdem, dass in den Projekten die Projektziele in fast allen Fällen erwartungsgemäß erreicht wurden, stellt sich die Frage, warum den Mitarbeitern so wenig Bedeutung zugemessen wird.

Hemmnisfaktoren dagegen werden überwiegend den Einrichtungen und den Mitarbeitern zugeschrieben. Auf Seiten der wissenschaftlichen Begleitung kommen sie weniger zum Tragen. Der Grund dafür ist möglicherweise in der Perspektive der Berichterstatter und Bewilli-

gungsempfänger, die in den überwiegenden Projekten die Hochschulpartner waren, zu suchen. Die insgesamt häufigsten Erfolgsfaktoren werden der wissenschaftlichen Begleitung für die Projektplanung und Projektdurchführung zugeschrieben.

Die häufigsten Faktoren, die ein Projekt behindern oder fördern können, sind die zeitlichen und personellen Ressourcen, die den Einrichtungen zur Verfügung stehen. Ein wertschätzender Führungsstil sowie ein gesicherter Informationsfluss werden zudem sehr häufig als Erfolgsfaktoren wahrgenommen.

Gleichermaßen stark als Hemmnisfaktoren wahrgenommen werden die mangelnden personalen Kompetenzen der Mitarbeiter. Bei der Zusammenfassung der Erfolgs- und Hemmnisfaktoren für die Kooperation wird ebenfalls deutlich, dass die größte Verantwortung beim Hochschulpartner liegt.

6. Nachhaltigkeit

Die Analyse der Nachhaltigkeit der Projektergebnisse und der Kooperationen fußt auf allen drei Säulen der Evaluierung (A, N und S). In der Evaluierung N wurden von den versendeten Fragebögen 23 an das dip zurück geschickt. Bei acht weiteren Projekten können grundsätzliche Angaben zur Nachhaltigkeit der Ergebnisse an Hand der Abschlussberichte gemacht werden. Die Subkategorien entsprechen den Fragenzuordnungen in den Fragebögen. Demnach geht es im Folgenden um die

- Nachhaltigkeit der Kooperation;
- Nachhaltigkeit der Projektergebnisse bei den Projektpartnern
- Persönliche Veränderungen der Projektbeteiligten und
- Übertragbarkeit auf andere Einrichtungen

6.1 Nachhaltigkeit der Kooperation

Grundlage für die Bewertung der Nachhaltigkeit der Kooperation ist die Evaluierung N. Die Tabelle zeigt zunächst die Anzahl der nachhaltig bestehenden Kooperationen:

Art der weiteren Kooperation	Anzahl
Fortführung der Kooperation im Rahmen eines Folgeprojektes	4
Fortführung der Kooperation im Rahmen des gleichen Projektes	4
Zusammenarbeit ohne Projektkontext	7
Weitere Kooperation angestrebt	2
Keine weitere Zusammenarbeit	8

Die vier Projekte, deren Kooperationen im Rahmen eines oder mehrerer Folgeprojekte fortgeführt wurden, waren

- Q-37, „Patienten- und Mitarbeiterschulung in onkologischen Interventionen“
- K-19, „Implementierung von Pflegediagnosen“ und K-27, „Richtlinien zur Pflegedokumentation“ (beide Projekte fanden im Zusammenhang statt)
- K-20, „Qualitätssicherung in der Überleitungspflege“

- Q-38, „Berufsübergreifende Studienangebote“

Gefragt wurde auch nach der Begründung für eine Weiterführung der Kooperation bzw. nach einer Begründung dafür, dass sie nicht weiter geführt wurde. Zu einer weiteren Zusammenarbeit führten gute Vorerfahrungen und die Erkenntnis, dass die Kooperation für beide Seiten gewinnbringend ist. Beide Argumente wurden je fünfmal genannt.

Die Begründungen dafür, dass keine weitere Zusammenarbeit besteht, sollen wegen ihrer Unterschiedlichkeit einzeln aufgeführt werden:

- Eine weitere Zusammenarbeit war von vornherein nicht beabsichtigt;
- Kein Interesse der Projektpartner;
- Kein Engagement seitens der Hochschule gewünscht;
- Keine externe finanzielle Unterstützung;
- Zu große räumliche Distanz der Projektpartner und
- keine thematische Weiterentwicklung (zur Enttäuschung des Praxispartners).

6.2 Nachhaltigkeit der Projektergebnisse bei den Projektpartnern

Zunächst geht es hier um die Einschätzung der Nachhaltigkeit der Projektergebnisse auf Seiten der Praxispartner. Eine grundsätzliche Aussage zur Nachhaltigkeit der Projektergebnisse lässt sich zu 31 Projekten (23 Fragebögen + acht Abschlussberichte) machen.

	Nachhaltigkeit der Ergebnisse	vermutlich keine Nachhaltigkeit der Ergebnisse	keine Nachhaltigkeit der Ergebnisse
Alter	12		3
Krankenhaus	8		1
Qualifikation	5	2	
gesamt	25	2	4

25 der Projektergebnisse haben demnach nachhaltigen Bestand bei den Praxispartnern, lediglich vier der Projektergebnisse haben keinen nachhaltigen Bestand, davon war eines von vornherein nicht auf Zusammenarbeit angelegt und die anderen konnten nicht erfolgreich abgeschlossen werden. Bei zwei Projekten besteht die Vermutung, dass die Ergebnisse keinen nachhaltigen Bestand haben.

Die Aussagen über die Hintergründe werden aus den 23 beantworteten Fragebögen in der folgenden Tabelle zusammengefasst. Nicht in allen Fragebögen wurden Begründungen angegeben.

Begründung für Nachhaltigkeit der Ergebnisse	Häufigkeit
Hohe Praxisrelevanz/ Gewinn für die Praxis u. deren Mitarbeiter	14
Gute Begleitung der Einführung/ gute Projektzusammenarbeit	4
Sicherstellung der Kosten	2
Unterstützung der Führungsebene	1
Verpflichtende Einführung	1

Auf der Seite der Wissenschaftspartner besteht in 15 Fällen eine Nachhaltigkeit der Projektergebnisse. Diese war auf unterschiedliche Arten erkennbar. Die Antworten beinhalteten teilweise mehrere Aspekte.

Art der Nachhaltigkeit	Häufigkeit
Verwendung in Nachfolgeprojekten	8
Weiterentwicklung der Ergebnisse	5
Qualifikationen auf Theorieebene	8
Qualifikationen auf der Ebene der praktischen Umsetzung	8

Konkretere Angaben wurden zur Verwendung in Nachfolgeprojekten und zur Weiterentwicklung nicht gemacht. Gefragt wurde außerdem nach konkret erworbenen Qualifikationen für die Hochschulmitarbeiter. Die Qualifikationen auf Theorieebene bezogen sich auf allgemeine Qualifikationen bezüglich des Projektthemas oder auf Studienabschlüsse in Form von Abschlussarbeiten. Die Qualifikationen auf der Ebene der praktischen Umsetzung bezogen sich auf Projekterfahrungen und Erfahrungen mit den Bedingungen der Pflegepraxis.

6.3 Persönliche Veränderungen bei den Projektbeteiligten

Um Projektergebnisse nachhaltig in einer Einrichtung zu verankern, wird auf einen besonderen Aspekt hingewiesen. Es solle auf eine veränderte Einstellung der Mitarbeiter oder auf eine Verhaltensänderung hingearbeitet werden, damit diese die neuen Abläufe oder Methoden internalisieren. Bei der Beantwortung dieser Frage entstanden drei Antwortgruppen. Die Frage wurde nicht in jedem Fragebogen beantwortet.

Art der Veränderung	Häufigkeit
Sensibilisierung der Mitarbeiter für die Pflegebedürftigen/Patienten bzgl. des bearbeiteten Themas	7
Offenere Haltung gegenüber der Pflegeforschung bzw. eine verringerte Kluft zwischen Wissenschaft und Praxis	3
persönliche Stärkung der Mitarbeiter	3

6.4 Übertragbarkeit auf andere Einrichtungen

Die Aussagen zur Übertragbarkeit auf andere Einrichtungen in den Abschlussberichten stimmen weitgehend mit denen in den Selbstbewertungen überein (Evaluierung S – Anhänge zu den Vorlagen 1 und 2). Hier werden wegen der Vergleichbarkeit von Projektbeginn und –ende die Selbstbewertungen herangezogen.

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht zur Ausprägung der Übertragbarkeit der Methoden und Konzepte auf andere Einrichtungen und zur Anzahl der Projektteilnehmer, die die Übertragbarkeit entsprechend den vorgegebenen Ausprägungen eingeschätzt haben.

Ausprägung der Übertragbarkeit	Anzahl der Gewichtungen zu Projektbeginn	Anzahl der Einschätzungen zu Projektende
Problemlose Übertragbarkeit auf die Praxis	11	4
Übertragbarkeit mit den Methoden machbar, Anstrengung und Unterstützung der Organisation	6	14
Übertragbarkeit machbar, dauerhafte Unterstützung der Organisationen nötig	6	5
Übertragbarkeit nur unter großem zusätzlichem Ressourceneinsatz und mit umfangreichen organisatorischen Veränderungen	3	3
Übertragbarkeit nicht machbar	4	4

Damit wurde die tatsächliche Übertragbarkeit der Methoden und Konzepte nach Projektende überwiegend etwas niedriger eingeschätzt als zu Projektbeginn geplant. Wurde die problemlose Übertragbarkeit zu Beginn noch am häufigsten genannt, so wurden zu Projektende doch Anstrengungen und Unterstützungen der Organisationen vermehrt eingeräumt.

Projektbeispiele - Übertragbarkeit nicht machbar

Bei den folgenden vier Projekten wird die Übertragbarkeit als nicht machbar eingeschätzt. In allen vier Fällen handelt es sich um Projekte, deren Ergebnisse innerhalb der Einrichtungen nachhaltigen Bestand haben:

- Q-38, „Berufsübergreifende Studienangebote“
- Q-34, „Schulung pflegender Angehöriger“
- Q-37, „Patienten- und Mitarbeiterschulung in onkologischen Interventionen“
- Q-36, „Pflegeentwicklungsstation“

Projektbeispiele - Übertragbarkeit mit zusätzlichem Aufwand machbar

Bei drei Projekten ist die Übertragbarkeit nur unter großem zusätzlichem Ressourceneinsatz und mit umfangreichen organisatorischen Veränderungen machbar. In diesen Fällen handelt es sich um Projekte, von denen einzelne Elemente nachhaltige Wirkung haben und um Projekte ohne nachvollziehbare nachhaltige Wirkung:

- A-10, „Gesundheitlich-pflegerische Versorgung jüdischer Flüchtlinge“
- Q-31, „Studienfahrt nach Auschwitz“
- Q-32, „Integrierte Pflegeausbildung in Bremen“.

Projektbeispiele - Übertragbarkeit problemlos machbar

Bei vier Projekten wird die Übertragbarkeit auch nach Projektende als problemlos und mit den derzeitigen Ressourcen als machbar eingeschätzt. Eines dieser Projekte hat nachhaltige Wirkung, bei den anderen ist keine Aussage möglich, in einem Fall wurde der Fragebogen nicht zurückgeschickt:

- A-03, „Dementia Care Mapping“
- A-12, „Wohngruppenprojekt Clara Zetkin“
- K-25, „Reorganisation von Stations- und Abteilungsprozessen“
- K-21, „Computergestützte Dienstplangestaltung“

Alle anderen Projekte werden als grundsätzlich übertragbar eingeschätzt, jedoch mit mehr oder weniger dauerhafter Unterstützung. Auffällig ist, dass die Übertragbarkeit der Qualifikationsprojekte insgesamt von den Projektteilnehmern selbst wesentlich geringer eingeschätzt wird als die Übertragbarkeit der Projekte in den Bereichen Alter und Krankenhaus.

Die Tabelle zeigt die durchschnittliche Bewertung der Übertragbarkeit der Projekte in den drei Bereichen.

Bereich	Gewichtung der Übertragbarkeit zu Projektbeginn	Einschätzung der Übertragbarkeit zu Projektende
Alter	3,93	3,80
Krankenhaus	3,75	4,13
Qualifikation	2,78	2,00

Im Bereich Qualifikation haben die Teilnehmer von vier Projekten hier nur 1 Punkt gegeben, das heißt, die Übertragbarkeit des Projektes ist nicht machbar. Die Begründungen werden aus den Berichten nur ansatzweise deutlich. Hohe Kosten bzw. ein hoher Aufwand sind Aspekte, die zum Teil aus den Empfehlungen für andere Einrichtungen in den Projektberichten abgeleitet werden können. Die Qualifikationsprojekte im Förderprogramm zeichnen sich durch eine hohe Spezifikation innerhalb der durchführenden Einrichtungen aus und erfordern dabei einen nicht zu unterschätzenden Ressourceneinsatz.

In den Projektbeispielen (Seite 42) wurde die nachhaltige Wirkung der Projektergebnisse der Übertragbarkeit gegenübergestellt. Dabei wird deutlich, dass die Nachhaltigkeit der Projektergebnisse nicht selbstverständlich im Zusammenhang mit der Übertragbarkeit der Methoden und Konzepte auf andere Einrichtungen steht. Projekte von hoher nachhaltiger Wirkung innerhalb der Einrichtung sind oftmals so einrichtungsspezifisch, dass sie sich nur mit hohem Aufwand oder gar nicht auf andere Einrichtungen übertragen lassen. In den Abschlussberichten werden teilweise Empfehlungen an andere Einrichtungen gegeben, die ein ähnliches Projekt durchführen wollen, allgemeingültige Rezepturen für die Übertragbarkeit von Kooperationsprojekten lassen sich jedoch nicht ableiten.

6.5 Zusammenhänge mit weiteren Kriterien

Zusammenhänge zwischen der Nachhaltigkeit und anderen untersuchten Kriterien sind nur zu vermuten, da von 40 mit dem Fragebogen zur Nachhaltigkeit angeschriebenen Projektpartnern nur 23 Rückmeldungen vorliegen und bei 12 Projekten die Fragebögen nicht zurückgeschickt wurden. Die restlichen 5 Projekte wurden erst nach der Fragebogenaktion beendet und deshalb nicht einbezogen.

Nachhaltigkeit – Nutzen für die Beteiligten aus der Praxis

Die Vermutung liegt nahe, dass, wenn alle Beteiligten in der Praxis profitieren (Pfleger/Patient, Einrichtung und Mitarbeiter) auch die Nachhaltigkeit am ehesten gegeben ist. Wie in Kapitel 4.2 erläutert, haben die Qualifikationsprojekte den am breitesten angelegten

Nutzen für alle Beteiligten. Von den fünf Projekten im Bereich Qualifikation, in denen sich ein Nutzen sowohl für die Mitarbeiter, die Einrichtung und die Pflegebedürftigen ergab, waren drei in die Bewertung der Nachhaltigkeitsbefragung einbezogen. In allen besteht eine weitere Zusammenarbeit der Kooperationspartner bzw. wird zur Zeit eine weitere Kooperation vorbereitet.

- Q-36, „Pflegeentwicklungsstation“
- Q-37, „Patienten- und Mitarbeiterschulungen in onkologischen Interventionen“
- Q-34, „Schulung pflegender Angehöriger“

Im Bereich Krankenhaus haben in zwei Projekten sowohl Pflegebedürftige/Patienten als auch die Einrichtung und die Mitarbeiter einen Nutzen. Beide Projekte fanden in der gleichen Einrichtung statt und die Kooperation hat weiterhin Bestand.

- K-19, „Implementation von Pflegediagnosen“
- K-27, „Richtlinien für eine Pflegedokumentation“

Im Bereich Alter handelt es sich ebenfalls um zwei Projekte, in denen ein breiter Nutzen für alle Beteiligten entstanden ist und deren Kooperationen weiterhin Bestand hatten bzw. haben.

- A-03, „Dementia Care Mapping“
- A-04, „Sturzprävention in der ambulanten Pflege“

Die Frage, ob die Nachhaltigkeit einer Innovation dann eher gegeben ist, wenn alle Beteiligten profitieren, kann trotz des Ergebnisses nicht abschließend für das gesamte Förderprogramm beantwortet werden, weil das Verhältnis von 40 ausgewerteten Berichten zum Nutzen für die Praxis zu 23 beantworteten Fragebögen zur Nachhaltigkeit die Aussage nicht sicher zulässt. Bekräftigt wird die Aussage dennoch durch die Begründungen zum nachhaltigen Bestand der Projektergebnisse. In 14 Fällen wurden hier eine hohe Praxisrelevanz der Inhalte und ein Gewinn für die Praxis und deren Mitarbeiter angeführt.

6.6 Zusammenfassung

Ausschlaggebend für die Nachhaltigkeit der Projektergebnisse in der Einrichtung ist nach der Analyse der Fragebögen im Wesentlichen die Praxisrelevanz der Innovation und der Gewinn für die Praxis und deren Mitarbeiter.

Die Nachhaltigkeit und damit der Nutzen der Projektergebnisse für die Wissenschaftspartner werden hier bei konkreter Nachfrage deutlicher als in den Abschlussberichten. Dennoch ist die Nachhaltigkeit insgesamt bei den Hochschulpartnern geringer ausgeprägt als in den Praxiseinrichtungen. Allerdings eröffnen einige Projekte für Studierende auch die Möglichkeit der Qualifikation in Form von Diplomarbeiten und die Möglichkeit Erfahrungen in der Praxis zu sammeln.

Die Übertragbarkeit auf andere Einrichtungen hat offensichtlich nicht in jedem Fall etwas mit Nachhaltigkeit zu tun. So finden sich Projekte, deren Ergebnisse in den Einrichtungen zwar nachhaltigen Bestand haben, jedoch von den Projektnehmern selbst als nicht übertragbar eingeschätzt wurden. Genauso gut gibt es Projekte, die zwar als übertragbar eingeschätzt wurden, aber innerhalb der Einrichtungen keinen nachhaltigen Bestand haben.

Der Fortbestand der Kooperationen ist als eher gering anzusehen. Häufig werden weitere nicht näher bezeichnete Kontakte zwischen den Partnern beschrieben. Beides war dann der Fall, wenn in der Zusammenarbeit gute Erfahrungen gemacht wurden. Die Frage, ob das tatsächlich nur 17 Projekte betraf, bleibt offen.

7. Relevanz und Praxisorientierung

7.1 Gesellschaftliche Relevanz des Projektthemas

Die Relevanz des Projektthemas wird in allen Projektberichten ausführlich und weitgehend überzeugend dargestellt. Mit einem weit gefassten Begriff der gesellschaftlichen Relevanz trifft diese in den überwiegenden Projekten zu. Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Relevanz der Projektthemen in den drei Bereichen.

Relevanz für	Bereich	Alter	Krankenhaus	Qualifikation	Gesamt
	Einrichtungen insgesamt	6	1		7
	Pflegebedürftige insgesamt/Gruppen Pflegebedürftiger von gesellschaftlich relevantem Umfang	4	1	1	6
	die einzelne Einrichtung	3	4	3	10
	eine begrenzte Gruppe Pflegebedürftiger	1	1		2
	Pflegende	1	1	4	6
	Kostenträger	1		1	2
	Angehörige	1		1	2
	Altenpflege insgesamt	1			1
	Berufs-, Gesundheits- u. Bildungspolitik		5	3	8

Die Relevanz der grau gekennzeichneten Projekte bezieht sich nicht auf die Gesellschaft, sondern auf die jeweilige Praxiseinrichtung, in der das Projekt durchgeführt wurde sowie auf ausgewählte Gruppen Pflegebedürftiger und Patienten.

Im Bereich Alter sehen die Projektteilnehmer am häufigsten eine allgemeine Relevanz für die Einrichtungen der Altenhilfe. So sind z. B. die hohe Zahl von freiheitsentziehenden und freiheitseinschränkenden Maßnahmen in bundesdeutschen Pflegeheimen und die fragliche rechtliche Legitimation von hoher gesellschaftlicher Relevanz und damit von hoher Relevanz für die Pflegeeinrichtungen.

Die Ergebnisse dieses Kapitels bestätigen die Erkenntnisse des Kapitels „Nutzen für die Praxis“. Von den Projektergebnissen profitieren dementsprechend im Bereich Alter am ehesten die Pflegebedürftigen, in der Folge die Einrichtungen, wie es in einigen Berichten beschrieben wird.

Die Projektteilnehmer im Bereich Krankenhaus erläutern am häufigsten die berufs- und gesundheitspolitische Relevanz ihrer Themen. Dabei geht es um Darstellung und Transparenz von Pflegeleistungen, wie z.B. in dem Projekt K-19, „Implementation von Pflegediagnosen“ oder auch um eine bessere institutionelle Vernetzung im Bereich der regionalen pflegerischen Versorgung, wie im Projekt K-20, „Qualitätssicherung in der Überleitungspflege“.

In den Projekten aus dem Bereich Qualifikation wird am häufigsten die Relevanz für die Pflegenden direkt oder über die bildungspolitische Relevanz indirekt herausgestellt. Diese Ergebnisse bestätigen das Ergebnis im Kapitel „Nutzen für die Praxis“, in dem ebenfalls in den Qualifikationsprojekten die Mitarbeiter diejenigen sind, die vornehmlich von den Projektergebnissen profitieren.

7.2 Praxisorientierung

Die Praxisorientierung kann unter Aspekten Themen, Inhalte und Methoden betrachtet werden.

Praxisorientierung der Projektthemen

Da die Fragestellungen, die den Projekten zu Grunde liegen, überwiegend aus der Praxis entwickelt wurden und alle Projekte eine Verbesserung derselben zum Ziel haben, kann man die Projektthemen insgesamt als praxisorientiert bezeichnen.

Praxisorientierung der Projektinhalte

Praxisorientiert sind Projektinhalte dann, wenn sie mit einem vertretbaren Aufwand auch nach Projektende zu realisieren sind. In diesem Punkt unterscheiden sich die Projekte des Programms. Die meisten Projektberichte machen, als Empfehlung für andere Einrichtungen, Aussagen zum Aufwand. Letztendlich kann nur die Einrichtung selbst entscheiden, ob der Aufwand unter den jeweiligen Bedingungen leistbar, für die Einrichtung also praxisorientiert, ist – das Kriterium ist durch einen externen Evaluierer deshalb nicht ohne weiteres zu bewerten. Es gibt jedoch einige Berichte, in denen die Projektteilnehmer selbst den Aufwand als sehr hoch bezeichnen und/oder eine Umsetzung in anderen Einrichtungen in Frage stellen. Dazu zählen Projekte wie A-03, „Dementia Care Mapping“, in dem sehr viele Rahmenbedingungen aufgeführt werden, die zugleich Voraussetzungen für eine Implementierung darstel-

len. Dazu zählt auch K-20, „Qualitätssicherung in der Überleitungspflege“, was als sehr zeit- aufwendig und arbeitsintensiv geschildert wird und in Konzeption und Ausgestaltung einer pflegewissenschaftlichen Begleitung bedarf.

Praxisorientierung der Methoden

Bezüglich der Praxisorientierung der Methoden und der Projektdurchführung geht es um Kriterien, die bereits im Kapitel „Erfolgs- und Hemmnisfaktoren“ ausgeführt wurden. Demnach ist es Aufgabe der Wissenschaftspartner, die Methoden und die Projektdurchführung an den Bedingungen der Praxis zu orientieren, das Vorgehen transparent zu machen und die Mitarbeiter aus der Praxis einzubeziehen. Die Auflistung der Erfolgs- und Hemmnisfaktoren auf Seiten der wissenschaftlichen Begleitung gibt differenzierteren Aufschluss. Häufig genannte Erfolgsfaktoren wie „genügendes Einbeziehen und Wertschätzen der Mitarbeiter aus der Praxis“ oder „intensive Begleitung der Praxis“ lassen den Schluss zu, dass die Projekte insgesamt überwiegend praxisorientiert durchgeführt wurden. Die Ausführungen zur Effizienz der Methoden des Wissenstransfers bestätigen das. Hemmnisfaktoren wie „zu geringe Zeiteinschätzung“, „zu viele Ziele auf einmal im Blick“ wurde den Abschlussberichten zu Folge im Projektverlauf oftmals durch eine Anpassung der Methoden begegnet.

Beispielhaft sollen an dieser Stelle einige Projekte aufgeführt werden, bei denen die Praxisorientierung „nur“ teilweise gegeben war.

Projektbeispiele mit teilweiser Praxisorientierung

- A-07, „Freiheitsentziehende Maßnahmen“
Hier entsteht im Bericht der Eindruck, dass die Praxis vom Wissenschaftspartner als Datenlieferant benötigt wurde. Die Einführung der entwickelten Richtlinien für den Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen und die Schulung fiel nicht in die Zuständigkeit des Hochschulpartners, dem entsprechend wurde auch ein Projektziel, die Zahl und Dauer der freiheitsentziehenden Maßnahmen zu reduzieren, nicht erreicht.
- K-25, „Reorganisation von Stations- und Abteilungsprozessen“
Im Bericht wird die Notwendigkeit des Instrumentes für heutige Praxisbedingungen geschildert. Zur selbständigen Umsetzung des Verfahrens sind gut geschulte und erfahrene Mitarbeiter notwendig. Das Instrument mit Erläuterungen liegt als umfangreiches Buch vor. Es erscheint für Praxisbedingungen jedoch sehr komplex in der Umsetzung.
- AQ-09, „Leben in Gastfamilien“
Das Projekt fand im Praxisfeld unter Berücksichtigung der Praxisbedingungen statt. Es erscheint aber in der weiteren Umsetzung, gemessen an der tatsächlichen Lebenspraxis, nicht realistisch. Die Projektteilnehmer haben in der Selbstbewertung entsprechend wenig Resonanz dokumentiert.

8. Resonanz auf die Ergebnisse

Grundlagen der Aussagen zur Resonanz auf die Ergebnisse sind in den Evaluierungen A und S zu finden.

8.1 Fachöffentlichkeit

Die Resonanz der Fachöffentlichkeit ließ sich aus den Berichten in der Regel nicht ableiten. Das mag damit zusammen hängen, dass die Berichte zu Projektende geschrieben wurden und angegebene Veröffentlichungen zu den Projekten entweder noch nicht lange zurück lagen oder noch ausstanden. Die Selbstbewertungen geben zu diesem Punkt teilweise eine Auskunft.

Die Aussagen in den Selbstbewertungen sind sehr allgemein gehalten und beziehen sich auf Äußerungen wie „unerwartet positive Resonanz“, „großes Interesse“, „rege Nachfrage“, „zahlreiche Anfragen“. Insgesamt werden in zwölf Selbstbewertungen Aussagen zur Resonanz gemacht, in einem Fall davon die Aussage „wenig Resonanz“. Die übrigen 18 Selbstbewertungen lassen diesen Punkt offen.

8.2 Art der Verbreitung

Die folgende Aufstellung gibt eine Übersicht darüber, wie häufig die verschiedenen Formen der Verbreitung Anwendung gefunden haben.

Art der Verbreitung	Häufigkeit
Veröffentlichung in Fachzeitschrift oder Buch	21
Vortrag	10
Tagung	6
Internet	5
Tagespresse	4
Foto-, Posterausstellung	3
CD-ROM oder Video	2

Das Projekt K-28, „Pflegerisches Wissen für Patienten und Angehörige“ nahm am Wettbewerb um den Deutschen Präventionspreis teil.

Alle Projektabschlussberichte wurden nach Abnahme durch die Robert Bosch Stiftung zudem auf der homepage der Robert Bosch Stiftung veröffentlicht.

9. Erreichen der Programmziele

Zum Abschluss soll bewertet werden, ob die Ziele der Robert Bosch Stiftung mit dem Förderprogramm „Gemeinsame Projekte von Hochschule und Praxis“ erreicht wurden.

Die Projektteilnehmer haben zu Projektbeginn festgelegt, wie hoch sie die zehn in der Einleitung genannten Programmziele gewichten (Anhang zu Vorlage 1), und die tatsächliche Zielerreichung zu Projektende eingeschätzt (Anhang zu Vorlage 2). Das Erreichen der Programmziele wird durch eine Gegenüberstellung der durchschnittlichen und der häufigsten Gewichtung bestimmt.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Gewichtung der Programmziele zu Projektbeginn und der Einschätzung am Ende auf einer Skala von 1-5.

Programmziel	Durchschn. Gewichtung Beginn	Häufigster Wert	Durchschn. Einschätzung Ende	Häufigster Wert
Methoden und Konzepte werden von der Theorie in die Praxis übertragen	4,63	5	4,03	5
Die Partnerschaft zwischen Theorie und Praxis ist gefördert	4,10	4	4,17	4
Dauerhafte, nachhaltige Verbesserungen vor Ort werden erreicht	4,23	5	3,73	4
Die Zusammenarbeit zwischen Theorie und Praxis ist beispielhaft gestärkt	4,23	5	4,23	5
Die Übertragbarkeit von ausgewählten Methoden und Konzepten in die Praxis ist allgemeingültig überprüft	3,57	5	3,37	4
Die Praxis nimmt die Forschung und ihre Ergebnisse wahr	4,00	4	3,70	3
Die Forschung nimmt die Praxis wahr	4,30	5	4,47	5
Das Projekt hat qualifizierende Wirkungen für Theorie und Praxis	4,17	5	4,20	5
Die Zusammenarbeit zwischen Pflegewissenschaft und anderen wissenschaftlichen Disziplinen ist gefördert	3,00	4	3,40	5
Die Interdisziplinarität der Berufsgruppen im Gesundheitswesen ist gefördert.*	3,13	2	3,47	4

* Dieses Programmziel wurde nur von 17 Teilnehmern bewertet.

Die Programmziele im Einzelnen

1. Methoden und Konzepte werden von der Theorie in die Praxis übertragen

In den meisten Projekten traf die Einschätzung zu Beginn zu, dass sich die Methoden und Konzepte für die Umsetzung in die Praxis eignen und vollen Erfolg bringen. Das zeigt sich daran, dass die meisten Teilnehmer sowohl zu Beginn als auch zu Projektende die höchste Punktzahl vergaben.

Im Durchschnitt konnte jedoch dieses Ziel nicht in vollem Umfang erreicht werden. Zwar ergibt sich aus den Abschlussberichten, dass fast alle Projekte erfolgreich abgeschlossen wurden, es stellte sich jedoch häufig heraus, dass die Umsetzung entweder hohe Anforderungen an die Kompetenzen der Mitarbeiter stellte oder einen hohen Einsatz von Zeit und Motivation erforderte.

2. Die Partnerschaft zwischen Theorie und Praxis ist gefördert.

Hier wurde das vorher festgelegte Ziel erreicht. Dabei hat in der Regel ein Partner (meist der Hochschulpartner) die Führung des Projektes übernommen und Entscheidungen und Aufgaben vorbereitet. Die übrigen Partner waren an Entscheidungsprozessen beteiligt und haben weitgehend die vorentschiedenen Aufgaben übernommen.

3. Dauerhafte, nachhaltige Verbesserungen vor Ort wurden erreicht.

Dieses Ziel wurde in der Selbstbewertung nicht in dem Maße erreicht, wie zuvor erwartet. Hier scheint sich eine Diskrepanz zur Nachhaltigkeitsbefragung zu ergeben, in der die Nachhaltigkeit der Projektergebnisse als sehr hoch beschrieben wird. Diese Diskrepanz ist möglicherweise damit zu erklären, dass viele der Projektteilnehmer, die in diesem Punkt den eigenen Erwartungen nicht entsprochen haben, nicht an der Nachhaltigkeitsbefragung teilgenommen haben.

4. Die Zusammenarbeit zwischen Theorie und Praxis ist beispielhaft gestärkt.

Dieses Ziel ist gemäß seiner Anfangsgewichtung erreicht worden. Die meisten Projektpartner haben die Zusammenarbeit als erfolgreich eingestuft und es sind nach ihren Angaben weitere Projekte geplant oder zumindest vorstellbar.

5. Die Übertragbarkeit von ausgewählten Methoden und Konzepten in die Praxis ist allgemeingültig überprüft.

In diesem Punkt ergibt sich ein heterogenes Bild unter den Teilnehmern des Programms. Die Einschätzungen zu Beginn reichen von „Übertragbarkeit ist problemlos machbar“ bis „Übertragbarkeit ist nicht machbar“. Das Ziel der problemlosen Übertragbarkeit wird in nur vier Projekten erreicht, es überwiegt insgesamt die Einschätzung, dass Anstrengungen und die Unterstützung der Organisation notwendig sind. Besonders die Qualifikationsprojekte scheinen sich an den Besonderheiten der einzelnen Einrichtung auszurichten und haben damit zwar häufig innerhalb der Einrichtung eine nachhaltige Wirkung, sind aber nicht auf andere Einrichtungen übertragbar.

6. Die Praxis nimmt die Forschung und ihre Ergebnisse wahr.

Im Durchschnitt wurde das Programmziel zu Beginn so eingeschätzt, dass andere Pflegeorganisationen nach Beendigung des Theorie-Praxis-Projekts beabsichtigen, die Methode einzusetzen. Dieses Ziel wurde nur in einigen Projekten erreicht und in den meisten Fällen reduziert auf ein prinzipielles Interesse, die Methode zu übernehmen.

7. Die Forschung nimmt die Praxis wahr.

Dieses Ziel wurde voll erreicht und die Einschätzung zu Beginn leicht übertroffen. Die Ergebnisse des Transfers hatten in den meisten Fällen Auswirkungen auf die eingesetzten Methoden. Die eingesetzten Methoden wurden evaluiert, Verbesserungen wurden vorgenommen und veröffentlicht. Für die Projektteilnehmer sind Einflüsse der Ergebnisse auf die Pflegewissenschaft erkennbar.

8. Das Projekt hat qualifizierende Wirkung für Theorie und Praxis.

Den Aussagen der Selbstbewertungen entsprechend wurde das durchschnittlich angestrebte Ziel erreicht. Insgesamt wurde hier überwiegend die Auffassung vertreten, dass sowohl für die Mitarbeiter der Theorie als auch der Praxis die Projekte gleichermaßen eine hohe qualifizierende Wirkung hatten. In den Abschlussberichten finden sich dazu wenige Aussagen. Die Tatsache, dass in vielen Projekten Schulungen für die PraxismitarbeiterInnen stattfanden, macht eine qualifizierende Wirkung wahrscheinlich. Entsprechende Effekte beim Theoriepartner haben den Berichten zu Folge in einzelnen Fällen stattgefunden, werden aber nachrangig erwähnt.

9. Die Zusammenarbeit zwischen Pflegewissenschaft und anderen wissenschaftlichen Disziplinen ist gefördert.

Auch hier zeigt sich ein heterogenes Bild, was die Einschätzung dieses Ziels sowohl zu Beginn als auch zum Ende betrifft. In vielen Projekten ist nur eine wissenschaftliche Disziplin beteiligt. In anderen wird die gleichberechtigte Beteiligung von mindestens zwei Disziplinen als Ziel angestrebt. Insgesamt ist in diesem Punkt zwar eine Steigerung im Programmverlauf erkennbar, die Programmzielerreichung innerhalb der einzelnen Projekte jedoch so unterschiedlich, dass sich keine allgemeingültige Aussage treffen lässt.

10. Die Interdisziplinarität der Berufsgruppen im Gesundheitswesen ist gefördert.

Dieses Programmziel wurde nur von den Teilnehmern bewertet, deren Projekte eine interdisziplinäre Zusammenarbeit beinhaltete. Die Erwartungen bezüglich der gleichberechtigten Beteiligung mehrerer Berufsgruppen wurden insgesamt erheblich übertroffen.

Damit ergibt sich folgendes Gesamtbild des Förderprogramms:

Programmziele, bei denen die Erwartungen erreicht wurden

- Die Partnerschaft zwischen Theorie und Praxis ist gefördert.
- Die Zusammenarbeit zwischen Theorie und Praxis ist beispielhaft gestärkt.
- Das Projekt hat qualifizierende Wirkung für Theorie und Praxis.

Programmziele, bei denen die Erwartungen übertroffen wurden

- Die Forschung nimmt die Praxis wahr.
- Die Zusammenarbeit zwischen Pflegewissenschaft und anderen wissenschaftlichen Disziplinen ist gefördert.
- Die Interdisziplinarität der Berufsgruppen im Gesundheitswesen ist gefördert.

Programmziele, bei denen die Erwartungen nicht erreicht wurden

- Methoden und Konzepte werden von der Theorie in die Praxis übertragen.
- Dauerhafte, nachhaltige Verbesserungen vor Ort wurden erreicht.
- Die Übertragbarkeit von ausgewählten Methoden und Konzepten in die Praxis ist allgemeingültig überprüft.
- Die Praxis nimmt die Forschung und ihre Ergebnisse wahr.

10. Schlussbetrachtung

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass mit den 50 Kooperationsprojekten der angestrebte Dialog zwischen der Hochschuldisziplin Pflege, anderen Disziplinen und Einrichtungen des Gesundheitswesens angestoßen werden konnte. Vielfach wurde die Zusammenarbeit nach Projektende fortgesetzt, einige Male in Form einer weiteren Kooperation der Projektpartner oder in Form eines informellen Austauschs.

Das Programmziel der qualifizierenden Wirkung für Mitarbeiter in der Praxis wurde überwiegend in hohem Maße nachweisbar erreicht, zumindest war es deutlich erkennbar. Schulungen und Informationsveranstaltungen waren neben der Begleitung durch den Hochschulpartner und kollegiale Gespräche von hoher Bedeutung, so dass es im Laufe der Projektphase in der Regel zu einem Kompetenzzuwachs der Mitarbeiter kam.

Eine Verbesserung der Hochschularbeit und damit eine qualifizierende Wirkung für die wissenschaftlichen Projektmitarbeiter wurde in weiten Teilen ebenfalls erreicht. Künftige Hochschulabsolventinnen und Hochschulabsolventen konnten durch die Projektmitarbeit Erfahrungen für die spätere Berufstätigkeit sammeln.

Der Nutzen des Förderprogramms wurde von den Projektteilnehmern vor allem für die Praxispartner herausgestellt. Das mag zum Teil daran liegen, dass in den Projekten überwiegend Fragen der Praxis bearbeitet und innerhalb des Praxisfeldes durchgeführt wurden und die Auswirkungen dort direkt erfassbar waren. Es mag aber auch daran liegen, dass die Hochschulpartner ihre Arbeitsschwerpunkte in den Projekten einseitig in der Unterstützung der Praxis gesehen und die in der Praxis gewonnenen Erfahrungen nur in seltenen Fällen als Nutzen für sich selbst dargestellt haben.

Ob das Bewusstsein für die Notwendigkeit von Theorie-Praxis-Kooperationen **nachhaltig** geschärft wurde, lässt sich an Hand der vorliegenden Materialien nicht beantworten. Für ei-

nige der Projektpartner war es nicht die erste Kooperation, insofern hat bei ihnen bereits ein Bewusstsein dafür bestanden. Es ist zudem davon auszugehen, dass zumindest die Antragsteller für ein Kooperationsprojekt von der Notwendigkeit von Theorie-Praxis-Kooperationen überzeugt sind.

Die Nachhaltigkeit der Projektergebnisse muss aus den genannten Gründen differenziert betrachtet werden. Sie ist insgesamt hinter den Erwartungen zurück geblieben, auch wenn die Auswertung der Befragung von 23 Projektpartnern eine hohe Nachhaltigkeit der Projektergebnisse zeigt. Dennoch hat das Förderprogramm, wie angestrebt, zu einer Veränderung und einer Verbesserung in unterschiedlichen Bereichen der Pflegepraxis geführt. Diese Aussage lässt sich nach der Evaluierung für die beteiligten Projekteinrichtungen machen. Ob die Projektergebnisse in weitere Einrichtungen übertragen wurden und somit eine weitere Form von Nachhaltigkeit erreicht wurde, lässt sich an Hand der Evaluierungsunterlagen nicht sagen.

Die Evaluierung des Förderprogramms „Gemeinsame Projekte von Hochschule und Praxis,, hat insgesamt wichtige Aussagen zu Hintergründen und Wirkungen von Theorie-Praxis-Kooperationen hervorgebracht, von denen zukünftig Projektpartner in Transferprojekten profitieren werden. Zur Vertiefung und zur Entwicklung von Perspektiven für eine bessere Zusammenarbeit von Forschungs- und Praxiseinrichtungen fand auf der Grundlage dieser Evaluierungsergebnisse am 17. und 18. November 2006 in Berlin in der Repräsentanz der Robert Bosch Stiftung die „Impulswerkstatt Pflege: Praxis trifft Forschung“ statt. Damit sollte der Abschluss des sieben Jahre dauernden Förderprogramms gleichzeitig einen Impuls setzen für zukünftige Wege von Innovationen zu Nachhaltigkeit in der Pflege.

Anhang

Vorlage 1 der Selbstbewertung

Vorlage 2 der Selbstbewertung

Erläuterung zur Bewertung der Vorlagen 1 und 2

Anhang zu Vorlage 1 der Selbstbewertung

Anhang zu Vorlage 2 der Selbstbewertung

Erläuterung zur Bewertung der Anhänge zu den Vorlagen 1 und 2

Fragebogen zur Nachhaltigkeit

Übersicht der ausgewerteten Projekte

Übersicht der nicht in der Evaluierung berücksichtigten Projekte

Vorlage 1 der Selbstbewertung

Gemeinsame Projekte von
Hochschule und Praxis
- *Evaluation* -
bitte bei Projektbeginn ausfüllen

1.1 Projektorganisation

	<i>Bitte hier ausfüllen!</i>
Bewilligungsnummer (durch RBSG)	
Name des Projekts	
Projektbeginn/geplantes Projektende	
Gesamtprojekt/Anteil am Gesamtprojekt ⁹	%
Projektpartner 1	
Name, Adresse, Email des Projektpartners	
Aufgaben im Projekt	
Projektpartner 2 ¹⁰	
Name Adresse, Email des Projektpartners	
Aufgaben im Projekt	
Liegt ein schriftlicher Kooperationsvertrag vor? Sondervereinbarung(en) zwischen Projekt- partnern ¹¹	Ja / Nein
Projektleitung	
Initiator des Projektes (Theorie / Praxis)	
Bewilligungsempfänger	
Anlass des Projekts	Problemstellung?

⁹ Nur ausfüllen, wenn das Evaluierungsprojekt Teil eines anderen Projektes ist

¹⁰ Falls weitere Projektpartner beteiligt sind, bitte weitere Zeilen einfügen

¹¹ Kopie bitte beilegen

Vorlage 1

Gemeinsame Projekte von
Hochschule und Praxis
- *Evaluation* -
bitte bei Projektbeginn ausfüllen

Anteile am Projekt (geschätzter zeitlicher Aufwand)	a) Theorie % b) Praxis %
Wie sind Sie auf die Förderungsmöglichkeit der Stiftung aufmerksam geworden?	
Wäre das Projekt auch ohne die Unterstützung der Stiftung zustande gekommen?	
Wie hätten Sie das Projekt ohne die Förderung der Stiftung durchgeführt?	

Vorlage 1

Gemeinsame Projekte von
Hochschule und Praxis
- *Evaluation* -
bitte bei Projektbeginn ausfüllen

Kosten- und Finanzierungsplan

Projektbudget:	
Einnahmen gesamt	EUR
• Partner 1	EUR
• Partner 2	EUR
• Robert Bosch Stiftung	EUR
Ausgaben gesamt	EUR
• Honorare	EUR
• Kostenart 1 (z.B. Reisekosten)	EUR
• Kostenart 2 (z.B. Büromaterial)	EUR
• Kostenart 3 ¹²	EUR

1.2 Projekt

Inhaltliche Projektzuordnung:	
Direkte Pflege	Anteile in %
Pflegepädagogik	Anteile in %
Pflegemanagement	Anteile in %
Pflegewissenschaft	Anteile in %
Sonstige (Wer?)	Anteile in %

¹² Falls weitere Kostenarten entstanden sind, bitte weitere Zeilen einfügen

Vorlage 1

Gemeinsame Projekte von
Hochschule und Praxis
- *Evaluation* -
bitte bei Projektbeginn ausfüllen

Anteile der Pflege (bei Projekten, in denen noch andere Disziplinen, z.B. Medizin, Ergotherapie, Heilerziehungspflege, beteiligt sind)	Anteil Pflege in % Anteil Medizin in % Anteil Andere in %
--	---

Hauptziele des Projekts	1.
	2.
	3.
Geplante Meilensteine (Zwischenziele, Projekt-schritte)	1.
	2.
	3.
Welche Verfahren sollen von der Theorie in die Praxis (bzw. umgekehrt) übertragen werden?	
Wie soll dieser Transfer gewährleistet werden?	

Vorlage 1

Gemeinsame Projekte von
Hochschule und Praxis
- *Evaluation* -
bitte bei Projektbeginn ausfüllen

An wen richtet sich das Projekt (Zielgruppen)? a) direkt (unmittelbar) b) indirekt (mittelbar)	
Welche qualifizierenden Effekte für die Teilnehmer werden angestrebt? a) Theorie b) Praxis	
Welcher theoretische Hintergrund (z.B. Konzepte, Theorien, Modelle) ist für den Theorie-Praxis-Transfer vorgesehen? Welche Bezugswissenschaften sind involviert?	
Welche Methoden sollen verwendet werden?	z.B. der empirischen Sozialforschung (Interview offen / geschlossen; Transkription) Dokumentenanalyse, Beobachtungsverfahren o.ä.
Welche Instrumente sollen verwendet werden?	z.B. Formulare, Raster; Fragebogen o.ä.

Vorlage 1

Gemeinsame Projekte von
Hochschule und Praxis
- *Evaluation* -
bitte bei Projektbeginn ausfüllen

Wie werden die beteiligten Personen mit den Zielen und Methoden des Transfers vertraut gemacht?	
In welcher Form soll die (Fach-)Öffentlichkeit ⁵ über das Projekt informiert werden? Welche Publikationen (z. B. Faltblätter, Berichte, Artikel in Fachzeitschriften) sind geplant? Sind Tagungen, Kongresse, Symposien, Workshops, Internetauftritte geplant?	
Wer könnte ein besonderes Interesse an den Erkenntnissen haben?	z.B. Pflegedienstleitende, Qualitätsbeauftragte, Dozenten, Planungsverantwortliche, GesundheitsökonomInnen, Gesundheitspolitik, andere Berufsgruppen des Gesundheitssystems
Ist der Transfer zu Mitarbeitern geplant, die nicht unmittelbar am Projekt beteiligt sind?	z.B. innerbetriebliche Fortbildungen

⁵ Bitte beifügen

Vorlage 2 der Selbstbewertung

Gemeinsame Projekte von
Hochschule und Praxis
- Evaluation -

bitte bei Projektende ausfüllen

1.1 Projektorganisation

	<i>Bitte hier ausfüllen!</i>
Bewilligungsnummer (durch RBSG)	
Name des Projekts	
Projektbeginn/geplantes Projektende	
Gesamtprojekt/Anteil am Gesamtprojekt ¹³	%
Projektpartner 1	
Name, Adresse, Email des Projektpartners	
Aufgaben im Projekt	
Projektpartner 2 ¹⁴	
Name Adresse, Email des Projektpartners	
Aufgaben im Projekt	
Wurden die Vereinbarungen zwischen den Kooperationspartnern laut Vertrag eingehalten?	Ja / Nein (Begründung)
Projektleitung ³	
Hat sich die Problemstellung, die Anlass des Projektes war, im Verlauf verändert? Hat das Projekt eine andere Ausrichtung angenommen?	

¹³ Nur ausfüllen, wenn das Evaluierungsprojekt Teil eines anderen Projektes ist

¹⁴ Falls weitere Projektpartner beteiligt sind, bitte weitere Zeilen einfügen

³ Falls Veränderungen vorliegen, bitte begründen

Vorlage 2

Gemeinsame Projekte von
Hochschule und Praxis
- *Evaluation* -
bitte bei Projektende ausfüllen

Anteile am Projekt (zeitlicher Aufwand)	a) Theorie % b) Praxis %
Projektbudget:	Kosten- und Finanzierungsplan
Einnahmen gesamt	EUR
• Partner 1	EUR
• Partner 2	EUR
• Robert Bosch Stiftung	EUR
Ausgaben gesamt	EUR
• Honorare	EUR
• Kostenart 1 (z.B. Reisekosten)	EUR
• Kostenart 2 (z.B. Büromaterial)	EUR
• Kostenart 3 ¹⁵	EUR

1.2 Projekt

Inhaltliche Projektzuordnung:	

¹⁵ Falls weitere Kostenarten entstanden sind, bitte weitere Zeilen einfügen

Vorlage 2

Gemeinsame Projekte von
Hochschule und Praxis
- *Evaluation* -
bitte bei Projektende ausfüllen

Direkte Pflege	Anteile in %
Pflegepädagogik	Anteile in %
Pflegemanagement	Anteile in %
Pflegewissenschaft	Anteile in %
Sonstige (Wer?)	Anteile in %
Anteile der Pflege (bei Projekten, in denen noch andere Disziplinen, z.B. Medizin, Ergotherapie, Heilerziehungspflege, beteiligt sind)	Anteil Pflege in % Anteil Medizin in % Anteil Andere in %

Vorlage 2

Gemeinsame Projekte von
 Hochschule und Praxis
 - *Evaluation* -
 bitte bei Projektende ausfüllen

Erreichte Hauptziele des Projekts	1.
	2.
	3.
Geplante und erreichte Meilensteine (Zwischenziele, Projektschritte)	1.
	2.
	3.
Welche Verfahren wurden von der Theorie in die Praxis (bzw. umgekehrt) übertragen?	
Wie wurde dieser Transfer gewährleistet?	
Sind die Zielgruppen (direkte / indirekte) erreicht worden? Haben sich neue Zielgruppen ergeben?	
Welche qualifizierenden Effekte wurden für die Teilnehmer erreicht? a) Theorie b) Praxis	

Vorlage 2

Gemeinsame Projekte von
Hochschule und Praxis
- *Evaluation* -
bitte bei Projektende ausfüllen

Inwieweit wurde der theoretische Hintergrund des Theorie-Praxis-Transfers (z.B. Konzepte, Theorien, Modelle) erreicht?	
Welche Erfahrungen wurden bei der Verwendung der Methoden gesammelt?	
Welche Erfahrungen wurden bei der Verwendung der Hilfsmittel (Instrumente) gesammelt?	

Vorlage 2

Gemeinsame Projekte von
Hochschule und Praxis
- *Evaluation* -
bitte bei Projektende ausfüllen

Wie wurden die beteiligten Personen mit den Zielen und Methoden des Transfers vertraut gemacht?	
In welcher Form wurde die (Fach-)Öffentlichkeit ⁵ über das Projekt informiert werden? Welche Publikationen (z. B. Faltblätter, Berichte, Artikel in Fachzeitschriften) gab es? ⁵ Wann und wo fanden Tagungen, Kongresse, Symposien, Workshops, Internetauftritte statt?	
Welche Resonanz fanden die Präsentationen in der Fachöffentlichkeit?	
Wurden die Projektinformationen und Ergebnisse auch innerhalb Ihrer Einrichtung weitergegeben?	

⁵ bitte beifügen

Erläuterungen zur Bewertung der Vorlagen 1 und 2

Die Ausprägungsmerkmale der Evaluierungskriterien für Vorlagen 1 und 2 lehnen sich an die Kriterien der Robert Bosch Stiftung zur allgemeinen inhaltlichen Bewertung von Projekten an. Um die Kriterien an das Förderprogramm anzupassen, wurden einige Änderungen vorgenommen.

Kriterium Zielerreichung

- **Übereinstimmung der Ziele und Ergebnisse**

Übertroffen

Mit den erreichten Ergebnissen wurden die zu Beginn gesetzten Ziele übertroffen. Es konnten neben den gesetzten Zielen zusätzliche oder differenziertere Ergebnisse vorgelegt werden oder die Ziele wurden auf Grund guter Planung schneller erreicht. Unvorhersehbaren Bedingungen, die sich innerhalb des Projektverlaufs ergeben haben, wurde so begegnet, dass die Zielerreichung nicht beeinträchtigt wurde. Die Zielerreichung selbst ist nachvollziehbar geschildert.

Entsprochen

Projektziele und Ergebnisse stimmen überein. Die Zielerreichung ist nachvollziehbar geschildert. Wenn unvorhersehbare Bedingungen dazu geführt haben, dass Ziele nicht erreicht werden konnten, ist dies nachvollziehbar begründet dargestellt.

Teilweise entsprochen

Projektziele und Ergebnisse stimmen nur teilweise überein und die Ergebnisse erfüllen daher nur teilweise die zu Beginn gesteckten Erwartungen oder es ist geplant, die Ziele im Anschluss an das Projekt weiter zu verfolgen. Die Begründungen für die nur teilweise Zielerreichung sind nicht nachvollziehbar oder nicht gegeben. Es liegt keine Begründung für ein Fremdverschulden außerhalb der Projektpartner vor.

Nicht entsprochen

Die vorrangigen Projektziele sind nicht erreicht worden und die Projektergebnisse entsprechen nicht den Erwartungen.

Kriterium Formen des Wissenstransfers

- **Anwendung und Angemessenheit der Transfermethoden**
- **Akzeptanz und Wirkung der Transfermethoden**

Übertroffen

Die Transfermethoden waren für die Zielerreichung derart geeignet, dass von ihnen eine motivierende Wirkung auf die Beteiligten ausging. Dadurch konnten weitere, zu Beginn nicht geplante Entwicklungen bei den Projektpartnern initiiert werden. Wenn unvorhersehbare aktuelle Erfordernisse es notwendig machten, wurden die Transfermethoden im Projektverlauf angemessen angepasst. Es besteht die berechtigte Erwartung, dass ein Teil der Transfermethoden auch nach Projektabschluss bei den Beteiligten beibehalten wird.

Entsprochen

Die Transfermethoden wurden angewendet wie geplant und waren für die Zielerreichung geeignet. Eine Änderung der Transfermethoden wurde nachvollziehbar begründet. Die Transfermethoden bezogen die situativen Erfordernisse ein und fanden die Zustimmung der Beteiligten.

Teilweise entsprochen

Die Transfermethoden konnten teilweise angewendet werden. Wurden geplante Methoden nicht eingesetzt oder verändert, so ist dies nicht vollständig nachvollziehbar. Die Transfermethoden fanden bei den Beteiligten nur zum Teil Zustimmung oder waren nicht geeignet, den situativen Erfordernissen Rechnung zu tragen.

Nicht entsprochen

Die geplanten Transfermethoden waren nicht zielführend. Eine im Projektverlauf notwendige Änderung fand nicht statt. Die Transfermethoden waren der Zielgruppe nicht angemessen und fanden nicht die Zustimmung der Beteiligten.

Anhang Vorlage 1 der Selbstbewertung

Gemeinsame Projekte von Hochschule und Praxis *Evaluation – Gewichtung der Ziele*

Vorgehensweise

- Die Programmziele sind vom Projektverantwortlichen zu Beginn des Projektes in Spalte 1 für ihr Vorhaben zu gewichten (von Faktor 5 „*sehr wichtig*“ bis Faktor 1 „*nicht wichtig*“)

Programmziele	Spalte 1 Gewichtung
Methoden und Konzepte werden von der Theorie in die Praxis übertragen	
Die Partnerschaft zwischen Theorie und Praxis wird gefördert	
Dauerhafte, nachhaltige Verbesserungen vor Ort werden erreicht	
Die Zusammenarbeit zwischen Theorie und Praxis wird beispielhaft gestärkt	
Die Übertragbarkeit von ausgewählten Methoden und Konzepten in die Praxis wird allgemeingültig überprüft	
Die Praxis nimmt die Forschung und ihre Ergebnisse wahr	
Die Forschung nimmt die Praxis wahr	
Das Projekt hat qualifizierende Wirkungen für Theorie und Praxis	
Die Zusammenarbeit zwischen Pflegewissenschaft und anderen wissenschaftlichen Disziplinen wird gefördert	
Interdisziplinarität der Berufsgruppen im Gesundheitswesen wird gefördert	
Gesamt	

Anhang Vorlage 2 der Selbstbewertung

Gemeinsame Projekte von Hochschule und Praxis *Evaluation - Selbstbewertung*

Vorgehensweise

- Die Programmziele wurden vom Projektverantwortlichen zu Beginn des Projektes in Spalte 1 für das Vorhaben gewichtet.
(von Faktor 5 „*sehr wichtig*“ bis Faktor 1 „*nicht wichtig*“)
- Gemäß der Einschätzung des Projektverantwortlichen wird die Erreichung der Ziele in Spalte 2 aufgeführt. Pro Ziel werden 1 bis 5 Punkte vergeben.
5 Punkte: Ziel wurde mehr als erreicht
1 Punkt : Ziel wurde nicht erreicht
Bitte auch die Zielerreichung angeben, wenn ein solches Ziel gar nicht angestrebt war.
- Die Multiplikation der Gewichtung (Spalte 1) mit der Punktzahl aus Spalte 2 ergibt die Gesamtpunktzahl (Spalte 3).
- Aus der Summe aller Gesamtpunktzahlen (max. 225 Punkte) geht der Grad der Zielerreichung des Projektes hervor.

Auswertung

	Spalte 1	Spalte 2	Spalte 3
Programmziele	Gewichtung	Punkte	Gesamtpunktzahl
Methoden und Konzepte wurden von der Theorie in die Praxis übertragen			
Die Partnerschaft zwischen Theorie und Praxis ist gefördert			
Dauerhafte, nachhaltige Verbesserungen vor Ort sind erreicht			
Die Zusammenarbeit zwischen Theorie und Praxis ist beispielhaft gestärkt			
Die Übertragbarkeit von ausgewählten Methoden und Konzepten in die Praxis ist allgemeingültig überprüft			
Die Praxis nimmt die Forschung und ihre Ergebnisse wahr			
Die Forschung nimmt die Praxis wahr			
Das Projekt hat qualifizierende Wirkungen für Theorie und Praxis			
Die Zusammenarbeit zwischen Pflegewissenschaft und anderen wissenschaftlichen Disziplinen ist gefördert			
Interdisziplinarität der Berufsgruppen im Gesundheitswesen ist gefördert			
Gesamt			

Erläuterungen zur Bewertung der Anhänge zu den Vorlagen 1 und 2

Ziele des Programms bzw. der Projekte

- Methoden und Konzepte sind von der Theorie in die Praxis übertragen
- Die Partnerschaft zwischen Theorie und Praxis ist gefördert
- Dauerhafte, nachhaltige Verbesserungen vor Ort sind erreicht
- Die Zusammenarbeit zwischen Theorie und Praxis ist beispielhaft gestärkt
- Die Übertragbarkeit von ausgewählten Methoden und Konzepten in die Praxis ist allgemeingültig überprüft
- Die Praxis nimmt die Forschung und ihre Ergebnisse wahr
- Die Forschung nimmt die Praxis wahr
- Das Projekt hat qualifizierende Wirkungen für Theorie und Praxis
- Die Zusammenarbeit zwischen Pflegewissenschaft und anderen wissenschaftlichen Disziplinen ist gefördert
- Die Interdisziplinarität der Berufsgruppen im Gesundheitswesen ist gefördert.

Bewertungsmaßstäbe zu den Zielen

Methoden und Konzepte sind von der Theorie in die Praxis übertragen

Punkte	
5	Die Methode eignet sich für die Umsetzung in die Praxis und hat vollen Erfolg.
4	Die Methode eignet sich für die Umsetzung in die Praxis und bringt vollen Erfolg, stellt jedoch hohe Anforderungen an die Kompetenzen der Mitarbeiter.
3	Die Methode eignet sich für die Praxis und bringt Erfolg, benötigt jedoch einen sehr hohen Einsatz an Zeit und Motivation der Mitarbeiter
2	Die Methode eignet sich nicht für die Praxis, bringt jedoch einen Diskussionsprozess in Gang und initiiert positiv bewertete Veränderungen
1	Die Methode eignet sich nicht für die Praxis und hat auch keine positiven Wirkungen erzielt

Die Partnerschaft zwischen Theorie und Praxis ist gefördert

Punkte	
5	Alle beteiligten Partner bringen sich angemessen in das Projekt ein. Vorgehensweisen und Entscheidungen werden von allen Partnern getroffen und getragen. Die gemeinsam definierten Aufgaben werden durchgeführt.
4	Ein Partner übernimmt die Führung des Projekts und bereitet Entscheidungen und Aufgaben vor. Die übrigen Partner sind am Entscheidungsprozess beteiligt und übernehmen weitgehend die vorentschiedenen Aufgaben.
3	Ein Partner übernimmt die Führung des Projekts, bereitet Entscheidungen und Aufgabenverteilung weitgehend vor. Die übrigen Partner stimmen den Entscheidungen zu und übernehmen die Aufgaben, haben aber wegen mangelnder Methodenkenntnis nur wenig Einflussmöglichkeiten.
2	Ein Partner übernimmt die Führung des Projekts. Die übrigen Partner waren lediglich am Rande beteiligt und sind im wesentlichen Datenlieferant

1	Ein Partner übernimmt die Führung und Durchführung des Projekts. Die übrigen Partner sind lediglich zur Projektlegitimation vorhanden.
---	--

Dauerhafte, nachhaltige Verbesserungen vor Ort sind erreicht Verbesserungen

Punkte	
5	Der Einsatz der Methode bringt dauerhafte Verbesserungen in der Praxis.
4	Der Einsatz der Methode bringt dauerhaft Verbesserungen, jedoch mit Einschränkungen auf die gesamte Projektorganisation
3	Der Einsatz der Methode wird positiv auch über die Projektzeit hinaus wahrgenommen.
2	Der Einsatz der Methode bringt leichte Verbesserungen für die Zeit des Projekts.
1	Der Einsatz der Methode bringt keine Verbesserungen.

Die Zusammenarbeit zwischen Theorie und Praxis ist beispielhaft gestärkt

Punkte	
5	Die Zusammenarbeit zwischen Theorie und Praxis ist erfolgreich. Weitere Projekte sind geplant.
4	Die Zusammenarbeit ist erfolgreich. Die Verbindungen sind nach dem Projekt zurückgegangen, weitere Projekte sind vorstellbar.
3	Die Zusammenarbeit ist erfolgreich. Weitere Projekte sind jedoch erst in ferner Zukunft vorstellbar.
2	Die Zusammenarbeit ist indifferent. Weitere Projekte werden sehr skeptisch beurteilt.
1	Die Zusammenarbeit war problemgeladen und weitere, auch ähnliche Projekte nicht vorstellbar.

Die Übertragbarkeit von ausgewählten Methoden und Konzepten in die Praxis ist allgemeingültig überprüft

Punkte	
5	Die Übertragbarkeit auf die Praxis ist problemlos und mit den derzeitigen Ressourcen der Organisationen machbar.
4	Die Übertragbarkeit ist mit den gegebenen Methoden machbar, erfordert jedoch Anstrengungen und Unterstützung der Organisationen
3	Die Übertragbarkeit ist machbar, jedoch benötigen die Organisationen dauerhaft Unterstützung.
2	Die Übertragbarkeit ist nur unter großem zusätzlichem Ressourceneinsatz und mit umfangreichen organisatorischen Veränderungen machbar.
1	Die Übertragbarkeit ist nicht machbar

Die Praxis nimmt die Forschung und ihre Ergebnisse wahr

Punkte	
5	Auch andere Pflegeorganisationen setzen die Methode noch während der Projektphase ein
4	Andere Pflegeorganisationen beabsichtigen nach Beendigung des Theorie-Praxis-Transfer-Projektes die Methode einzusetzen.
3	Andere Pflegeorganisationen sind an der Übernahme der Methode prinzipiell interessiert.
2	Andere Pflegeorganisationen finden die Methode interessant, können sich den Einsatz in ihrer Organisation nicht vorstellen.
1	Die eingesetzte Methode findet kein Echo in der Praxis. Angesprochene Pflegeorganisationen lehnen die Beschäftigung mit der Methode ab.

Die Forschung nimmt die Praxis wahr

Punkte	
5	Die Ergebnisse des Transfers haben Auswirkungen auf die eingesetzten Methoden: Die eingesetzten Methoden werden evaluiert, Verbesserungen werden vorgenommen und veröffentlicht. Einflüsse der Ergebnisse auf die Pflegewissenschaft sind erkennbar.
4	Die Ergebnisse des Transfers haben Auswirkungen auf die eingesetzten Methoden: Die eingesetzten Methoden werden evaluiert, Verbesserungen werden vorgenommen und veröffentlicht. Einflüsse der Ergebnisse auf die Pflegewissenschaft sind jedoch nicht erkennbar.
3	Die Wirkungen des Transfers werden erhoben und Verbesserungen diskutiert, die Methoden werden jedoch nicht explizit angepaßt.
2	Die Wirkungen des Transfers werden erhoben. Konsequenzen für die eingesetzten Methoden sind nicht erkennbar.
1	Die Wirkungen des Transfers werden nicht erhoben.

Das Projekt hat qualifizierende Wirkungen für Theorie und Praxis

Punkte	
5	Sowohl für die Mitarbeiter der Theorie als auch der Praxis hatte das Projekt gleichermaßen nachweisbar eine hohe qualifizierende Wirkung
4	Zumindest für die Mitarbeiter eines Projektpartners hatte das Projekt nachweisbar eine hohe qualifizierende Wirkung
3	Qualifizierende Wirkungen sind für die Mitarbeiter beider Projektpartner erkennbar
2	Qualifizierende Wirkungen sind für die Mitarbeiter eines Projektpartners erkennbar
1	Weder für Theorie noch Praxis sind qualifizierende Wirkungen erkennbar

Die Zusammenarbeit zwischen Pflegewissenschaft und anderen wissenschaftlichen Disziplinen ist gefördert

Punkte	
5	Am Projekt sind mindestens zwei wissenschaftliche Disziplinen oder Fachgebiete, darunter Pflege, gleichberechtigt beteiligt
4	Am Projekt sind mindestens zwei Disziplinen oder Fachgebiete, darunter Pflege, beteiligt. Eine Disziplin oder ein Fachgebiet übernimmt die Leitung. Die Wahrnehmung der Interessen der anderen Disziplinen sind gewährleistet.
3	Am Projekt sind mindestens zwei Disziplinen oder Fachgebiete beteiligt. Eine Disziplin moderiert das Projekt und bezieht sporadisch die anderen Disziplinen ein.
2	Am Projekt sind zwar mindestens zwei Disziplinen beteiligt. Die anderen Disziplinen leisten keine Beiträge oder bekommen keine Impulse durch das Projekt
1	Am Projekt ist nur eine wissenschaftliche Disziplin beteiligt

Fragebogen zur Nachhaltigkeit
Förderprogramm der Robert Bosch Stiftung
„Gemeinsame Projekte von Hochschule und Praxis“

Befragung zur Nachhaltigkeit

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., Köln, Juni 2006

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Förderprogramm der Robert Bosch Stiftung „Gemeinsame Projekte von Hochschule und Praxis“, an dem Sie als Projektnehmer teilgenommen haben, ist nun beendet worden. Um das Kriterium der Nachhaltigkeit bewerten zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen ausgefüllt **bis zum 30. Juni 2006 möglichst per mail** an uns zurück zu senden (u.laag@dip.de). Die Fragen betreffen das Kriterium der Nachhaltigkeit sowohl bezüglich der Kooperation als auch bezüglich der Projekte. Die Fragen 1-4 sollten von beiden Kooperationspartnern, die Fragen 5-8 vom Praxispartner, die Fragen 9-12 vom Hochschulpartner beantwortet werden. Das Ergebnis der Gesamtauswertung wird nach dem offiziellen Abschluss des Programms zu Beginn des nächsten Jahres veröffentlicht werden.

Bitte schreiben Sie Ihre Antworten in die Textfelder, die ihre Größe entsprechend anpassen (stören Sie sich bitte nicht daran, dass sich die Seitenumbrüche dadurch verschieben).

Titel des Projektes

Titel:

Fragen zur Kooperation an beide Kooperationspartner

1. Gab es nach Projektabschluss eine weitere Zusammenarbeit mit dem Projektpartner?

Antwort:

2. Wenn ja, bitte erläutern Sie kurz die weitere Zusammenarbeit! (Dauer, Ziel, Thema, aktueller Stand)

Antwort:

3. Wenn ja, worauf führen Sie die Fortsetzung der Zusammenarbeit zurück?

Antwort:

4. Wenn nein, was hätte Ihrer Meinung nach eine weitere Zusammenarbeit ermöglicht?

Antwort:

Fragen zum Projekt an den **Praxispartner**

5. Werden die Projektergebnisse, z.B. entwickelte Konzepte oder Methoden über das Projektende hinaus in Ihrer Einrichtung angewendet?

Antwort:

6. Wenn ja, worauf führen Sie das zurück?

Antwort:

7. Wenn nein, was wäre aus Ihrer Sicht dazu notwendig gewesen?

Antwort:

8. Wenn es durch das Projekt zu einer Veränderung des Verhaltens oder der Einstellung der Mitarbeiter kam, beschreiben Sie diese bitte kurz!

Antwort:

Fragen zum Projekt an den Hochschulpartner

9. Konnten Ergebnisse oder Methoden, die im Projekt entwickelt wurden, in weitere Projekte einfließen?

Antwort:

10. Konnten Ihre Mitarbeiter während der Projektdurchführung besondere Erfahrungen oder Qualifikationen erwerben? Wenn ja, welche waren das?

Antwort:

11. Wurde durch das Projekt eine positive Haltung Ihrer Mitarbeiter gegenüber anwendungsorientierter Forschung gefördert?
Wenn ja, erläutern Sie das bitte kurz!

Antwort:

12. Wenn nein, was hätte Ihrer Meinung nach dazu beitragen können?

Antwort:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ursula Laag
Diplom-Berufspädagogin
wissenschaftliche Mitarbeiterin
Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
Hülchrather Str. 15
50670 Köln
Tel: 0221/ 468 61 54
Fax: 0221 / 468 61 39

Übersicht der ausgewerteten Projekte

Zusammenstellung der Kooperationspartner und der Projekttitle der in die Auswertung einbezogenen Projektberichte entsprechend der Einteilung in die Bereiche

**Alter
Krankenhaus
Qualifikation**

Projekte aus dem Bereich Alter

Projektnummer	Bewilligungsempfänger	Kooperationspartner	Titel des Projektes	Laufzeit
A-01	G. Höschele Diakonisches Werk Württemberg Abteilung Behindertenhilfe	Prof. Dr. A. Kruse Institut für Gerontologie Universität Heidelberg	Lebensqualität im Alter bei Menschen mit geistiger Behinderung	Jan. 2000 – April 2002
A-02	Dipl. Psych. G. Tinnefeld Arbeitsgemeinschaft zur Beratung von Altenhilfeeinrichtungen, Bochum	Franziska Schevier 1. Altenhilfe GmbH, Aachen 2. Franziskuszentrum der St. Anna Hilfe f. ältere Menschen GmbH, Friedrichshafen 3. Ev. Altenheim Haus Abendfrieden GmbH, Essen-Kettwig	Einführung eines systematischen Beschwerdemanagements in Einrichtungen der Altenpflege	März 2000 – März 2002
A-03	S. Rodschinka, H. Brand AWO-Feierabendhaus Bad Salzuflen	Dr. C. Müller Hergel DCM-Trainer Meinwerk-Institut Paderborn	Verbesserung der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz - Erarbeitung und Umsetzung des Dementia Care Mapping	Sept. 2000 – Dez. 2001
A-04	Dr. C. Becker Geriatrisches Zentrum Ulm	F. Wenisch Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Ulm	Mobilitätsverbesserung und Sturzprävention bei zu Hause lebenden älteren Menschen	Feb. 2001 – Jan. 2002
A-05	Dipl. Päd. A. Trilling Referat für Altenarbeit des Sozialamtes der Stadt Kassel	1. Dipl. Psych. I. Steiner BETA-Projekt 2. Einrichtungen der amb. Und stat. Altenpflege 3. Vincentz-Verlag	Erinnerungspflege mit dementiell Erkrankten	Feb. 2001 – Juni 2002
A-06	Prof. Dr. Theo Dassen Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften der Berliner Hochschulmedizin, Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft	1. C. Kuhfuß Max-Bürger-Zentrum Berlin 2. F. Koch i-care, Aachen	Sturzprophylaxe im Pflegeheim durch Evidenz basierte Praxis	Jan. 2001 – Juli 2002
A-07	Prof. Dr. T. Klie Evang. Fachhochschule für Sozialwesen, Freiburg	Frau Wappenschild-Krommus Caritas-Betriebsführung- und Trägergesellschaft (CBT), Köln	Freiheitsentziehende Maßnahmen in Pflegeheimen, Entwicklung von Präventions- und Handlungsrichtlinien	Feb. 2001 – Juli 2003

A-08	Prof. U. Höhmann Evang. Fachhochschule Darmstadt, Fachbereich II, Pflegewissenschaft	1. Qualitätszirkel des Kreisausschusses des Kreises Groß-Gerau 2. Institutionen des Gesundheitswesens u. der Altenhilfe im Kreis Groß-Gerau	Entwicklung abgestimmter Handlungskonzepte unterschiedlicher Institutionen im Umgang mit Kontinenzproblemen älterer Menschen	Sep. 2001 – Okt. 2002
A-09	R. Gerster Arkade e.V. Psychiatrische Familienpflege Ravensburg	1. Gerontopsychiatrisches Zentrum Weissenau 2. Universität Ulm, Abt. Forschung und Psychologie	Das Leben in Gastfamilien für gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen	Dez. 2001 – Dez. 2003
A-10	Prof. Dr. A. Zielke-Nadkarni Fachhochschule Münster, Fachbereich Pflege	Landesstelle für Aussiedler, Zuwanderer und ausländische Flüchtlinge des Landes NRW, Unna Massen	Erarbeitung von Umsetzungsstrategien für die gesundheitlich-pflegerische Versorgung jüdischer Flüchtlinge aus Osteuropa	März 2002 – April 2003
A-11	Prof. Dr. T. Klie Evang. Fachhochschule für Sozialwesen, Freiburg	Kuratorium Wohnen im Alter, Unterhaltung	Entwicklung und Erprobung eines Risk-Management-Konzeptes in der stationären Altenhilfe	
A-12	Joachim Weise Seniorenzentrum Clara Zetkin gGmbH Brandenburg	Sebastian Thieswald Evang. Fachhochschule Berlin	Wissenschaftliche Begleitung des Wohngruppenprojektes „Clara Zetkin“	Okt. 2002 – Okt. 2003
A-13	Prof. K. Landau Institut für Arbeitswissenschaft der Technischen Universität Darmstadt	Bremer Heimstiftung	Arbeitsgestaltung und Arbeitssituation bei psycho-mentaler Belastung in der Altenpflege	Nov. 2002 – Aug. 2004
A-14	U. Mybes Arbeitsgemeinschaft zur Beratung von Einrichtungen u. Diensten der Altenhilfe Köln	Vincenz v. Paul gGmbH, Stuttgart Ev. Stadtmission Kiel e. V.	Implementierung von Pflege- und Wohnbereichsvisite als Maßnahmen der internen Qualitätssicherung in stationären Altenheimen	Mai 2003 – Dez. 2003
A-15	Prof. W. Matiaske Universität Flensburg	Caritas Verband Paderborn	Patientenzufriedenheit mit ambulanten Pflegediensten	Mai 2003 – April 2004
A-16	Prof. M. Langehenning Fachhochschule Frankfurt	HESSIP Frankfurt Alzheimer Gesellschaft Main Kinzig Alzheimer Gesellschaft Frankfurt	Das soziale Frühstadium der Alzheimer-Krankheit als Krise des Familienalltags	

A-17	Marlies Jensen Diakonisches Werk Berlin- Brandenburg	ISGOS Berlin	Aufbau von niederschweligen Hilfen zur Unterstützung alleinstehender dementiell erkrankter Menschen	Feb. 2004 – Juni 2005
-------------	--	--------------	---	--------------------------

Projekte aus dem Bereich Krankenhaus

Projektnummer	Bewilligungsempfänger	Kooperationspartner	Titel des Projektes	Laufzeit
K-18	P. Schaub Neurologie Edith-Stein-Fachklinik Bad Bergzabern	Evang. Fachhochschule Ludwigshafen Fachbereich Pflege	Überprüfung der pflegerischen Leis- tungsmenge im Fachbereich Neurologie	März 1999 – Sep. 1999
K-19	B.S. Etzel, P. König Klinik für Tumorbologie Frei- burg	1. Prof. Dr. M. Landenberg Universität Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft Universität Halle Wittenberg 2. Prof. Dr. S. Bartholomeyczik Fachhochschule Frankfurt	Implementierung von Pflegediagnosen und Standard Operating Prozedures für die Pflege in Einrichtungen unseres Ge- sundheitswesens	Dez. 1998 – Jan. 2001
K-20	Prof. Dr. med. J. Korporal B. Dangel-Vogelsang Alice-Salomon Fachhochschu- le, Pflege/Pflegemanagement, Berlin	1. Bezirksamt Berlin-Wilmersdorf/Abt. Gesundheit und Soziales 2. pflegerische u. soziale Einrichtungen im Bezirk	Qualitätssicherung in der pflegerischen Versorgung am Beispiel der Überlei- tungspflege	Jan. 1999 – Dez. 2001
K-21	Prof. Dr. F. Puppe Lehrstuhl für Informatik Universität Würzburg	Dr. F. Kobelt Klinik für Anästhesiologie Universitätskliniken Würzburg	Computergestützte interaktive Dienst- plangestaltung im Pflegebereich	Mai 2000 – Okt. 2000
K-22	M. Wilhelm Universitätsklinikum Frankfurt am Main	Prof. Dr. Margarete Landenberger, Prof. Dr. Johann Behrens, Institut für Gesund- heits- und Pflegewissenschaft Universität Halle Wittenberg	Einführung eines fallbezogenen Pflege- systems – Primary Nursing	März 2000 – März 2003
K-23	C. Bienstein Institut für Pflegewissenschaft Universität Witten-Herdecke	Angeschlossene Krankenhäuser	Reduktion akuter postoperativer Verwirr- theit bei kardiochirurgischen Risikopati- enten	Jan 2001 – Mai 2002

K-24	1. R. Klein VPU 2. Projektteam der Universitäts- kliniken Halle, Hamburg, Köln, Tübingen, LEP-AG St. Gallen	Prof. Dr. J. Behrens A. Horbach Institut für Gesundheits- und Pflegewis- senschaft Universität Halle-Wittenberg	Leistungserfassung Intensivpflege Deutschland	Nov. 2001 – Aug. 2003
K-25	Prof. Michael Holewa Dipl.-Päd. Margarete Reinhart Evang. Fachhochschule Berlin	Herr Langer Diakoniewerk Halle/Saale	Entwicklung einer organisationsneutralen Methoden- und Instrumentariensammlung zur Reorganisation von Stations- und Abteilungsprozessen in Krankenhäusern	April 2002 – Okt. 2003
K-26	Dr. Reiter-Theil Albert-Ludwigs-Universität Frei- burg, Zentrum für Ethik in der Medizin	U. Bergmann, Pflegedienstleitung Evang. Diakonissenhaus Freiburg	„Ethik in der Pflege Schwerstkranker und Sterbender“ – eine explorative Studie in der Intensivmedizin	2000 -
K-27	B. S. Etzel, P. König Klinik für Tumorbologie Frei- burg	Prof. S. Bartholomeyczik Institut für Pflegewissenschaft Universität Witten-Herdecke	Richtlinien für eine qualitativ hochwertige Pflegedokumentation	Jan. 2003 – März 2004
K-28	Stiftung Pflege e. V. Berlin Prof. C. Bienstein	Dr. A. Zegelin-Abt Institut für Pflegewissenschaft Universität Witten-Herdecke	Pflegerisches Wissen für Patienten und ihre Angehörigen	Mai 2004 – Juni 2005
K-29	Prof. Dr. Heiner Raspe Universität Schleswig Holstein Institut für Sozialmedizin Lü- beck	Barbara Schulte Universitätsklinikum Schleswig Holstein	Entwicklung eines psychometrisch fun- dierten Instruments zur Erfassung des Selbstpflegeverhaltens von insulinpflich- tigen Menschen mit Diabetes mell. Typ II	Feb. 2005 – Mai 2006
K-30	Prof. Zoller Katharinenhospital Stuttgart Abt. Innere Medizin und Onko- logie	Katharinenhospital Stuttgart Ernährungsteam	Erfassung des Mikronährstoffstatus man- gelernährter Patienten	Aug. 2004 – Nov. 2005

Projekte aus dem Bereich Qualifikation

Projektnummer	Bewilligungsempfänger	Kooperationspartner	Titel des Projektes	Laufzeit
Q-31	A. Ertl, L. Reuter Elisabethenstift Darmstadt Arbeitszentrum Fort- und Weiterbildung	Prof. Dr. U. Koch-Straube Evang. Fachhochschule Bochum	Studien- und Begegnungsfahrt nach Auschwitz und Erstellen einer Arbeitshilfe für Altenpflegesschulen und Pflegende	Juni 1999 – Aug. 2000
Q-32	Prof. Dr. Stefan Görres Institut für Bildung und Forschung in Pflegewissenschaft und Sozialgerontologie Universität Bremen	1. B. Brockt, KPS ZKH Bremen Nord 2. Frau Cochuh, Kinder-KPS ZKH Bremen Nord 3. Frau Dr. Guski, Schule für Altenpflege der Bremer Heimstiftung	Integrierte Pflegeausbildung im Land Bremen	Mai 2000 – Okt. 2003
Q-33	PD Dr. J. Dornheim Universität Osnabrück	Einrichtungen des Gesundheitswesens in Osnabrück	Verbesserung der kommunikativen Kompetenz von Pflegenden und Gepflegten	Juni 2001 – Jan. 2003
Q-34	C. Büker Patienten-Informationszentrum Lippstadt e. V.	Dr. A. Zegelin-Abt Institut für Pflegewissenschaft Universität Witten-Herdecke	Schulung pflegender Angehöriger in der häuslichen Umgebung als neues Handlungsfeld für Pflegende	Feb. 2002 – Juli 2003
Q-35	Prof. Dr. J. Beier Institut für Medizin- und Pflegepädagogik Humboldt-Universität Berlin	BHK-Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e. V.	Pflegebildung und –beratung in der häuslichen Kinderkrankenpflege	Okt. 2001 – Nov. 2004
Q-36	Saimah Nahalah Westf. Zentrum für forensische Psychiatrie Lippstadt	C. Bienstein Institut für Pflegewissenschaft Universität Witten-Herdecke	Einführung einer Pflege- Entwicklungsstation	Nov. 2002 – Aug. 2005
Q-37	Prof. Dr. M. Landenberger Universität Halle-Wittenberg	Klinikum Rechts der Isar Universitätsklinikum Halle	Schulung von Patienten und Mitarbeitern in fachpflegerisch-onkologischen Interventionen	Mai 2003 – April 2005
Q-38	Prof. A. Nauerth Fachhochschule Bielefeld, Fachbereiche Pflege und Gesundheit, Sozialwesen und Gestaltung	Ausbildungsstätten der verschiedenen Gesundheitsberufe der Region	Berufsübergreifende Studienangebote für die Gesundheitsberufe	Jan. 2004 – Juni 2005

<p>Q-39</p>	<p>Dr. B. Marx Meinwerk-Institut Paderborn</p>	<p>4 Weiterbildungseinrichtungen in Paderborn, Düsseldorf, Bochum, Wuppertal</p>	<p>Wissenschaftliche Begleitung für das Kooperationsprojekt „Fachkraft für gerontopsychiatrische Pflege“</p>	<p>- April 2006</p>
<p>Q-40</p>	<p>Gerlinde Sponholz Universität Stuttgart</p>	<p>Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie Rothenburg Wümme</p>	<p>Institutionsethik durch Kompetenzentwicklung der Mitarbeiter</p>	<p>Sep. 2002 – Dez.2005</p>

Übersicht der nicht in der Auswertung berücksichtigten Projekte

Projektnummer	Bewilligungsempfänger	Kooperationspartner	Titel des Projektes	Laufzeit
41	Barbara Venhaus-Schreiber Bremer Krankenpflegeschule	Prof. Darmann Universität Bremen, Studiengang Lehr- amt Pflegewissenschaft	Integration von problemorientierten Lerneinheiten in die Krankenpflegeaus- bildung	Okt. 2004 – Sep. 2006
42	Dr. Martina Jotzo Universitätskinderklinik Tübingen	Intensivstation der Kinderklinik Tübingen	Einführung und Evaluation der NIDCAP- Methode	Okt. 2005 – Okt. 2007
43	Dr. Compton Mediziner Intensivstation Charite Klinikum Benjamin Franklin	Pflegende der Intensivstation Charite Klinikum Benjamin Franklin	Entwicklung einer spezifischen Dekubi- tusrisikoskala für intensivmedizinische Patienten	Aug. 2005 – Okt. 2006
44	Frau Prof. Panfil Hessisches Institut für Pflegefor- schung, Frankfurt		Präoperative kinästhetische Bewe- gungsschulung bei elektiver medianer Laparatomie	Okt. 2005 – Aug. 2006
45	Frau Seibt Qualitätsverbund Netzwerk im Alter, Berlin	Prof. Garms-Homolova Institut für Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte, Berlin	Verbesserung der Versorgung mehrfach erkrankter alter Menschen durch die Optimierung des Überleitungsmanag- ments zwischen verschiedenen Versor- gungsangeboten	März 2006 – Jan. 2007
46	Prof. Dr. Petra A. Thürmann Universität Witten-Herdecke Lehrstuhl für klinische Pharma- kologie	St. Vinzenzhaus Köln	Arzneimittelbezogene Probleme in Al- tenheimen	Dez. 2005 – Mai 2007
47	Anette Thoke-Colberg Klinikum rechts der Isar, Mün- chen	Rainer Bredenkamp Münchner Studienzentrum	Postoperative Schmerzdokumentation	Jan. 2006 – Sep. 2006
48	Prof. Johann Behrens Martin-Luther-Universität Halle- Wittenberg, Institut für Gesund- heits- und Pflegewissenschaft	Dr. Ch. Gaul Kliniken der Martin-Luther-Universität	Patientenaufklärung im Krankenhaus	Sep. 2004 – Juni 2006
49	Dr. Birgit Marx Meinwerk-Institut, Paderborn	Evang. Fachhochschule Bielefeld	Verbesserung der Ausbildungsqualität in der Altenpflege	Apr. 2004 – Jan. 2007

50	E. Kuno Geriatrisches Zentrum Bethanien-Krankenhaus, Heidel- berg	Prof. Ulrike Höhmann Evang. Fachhochschule Darmstadt	Evaluation der Kontinenzberatung von Patienten der geriatrischen Reha im Geriatrizentrum Bethanien	Feb 1999 - Dez. 1999
----	--	---	--	-------------------------