

Einsatz eines Kennzahleninstrumentes für Führungskräfte im Krankenhaus im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades des
„Doktor of Public Health“
an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld

vorgelegt von
Dagmar Siewerts
Von-Luck Str. 58
14129 Berlin

Erstgutachter
Prof. Dr. Bernhard Badura
AG 1 Sozialepidemiologie und Gesundheitssystemgestaltung
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Universität Bielefeld

Zweitgutachterin
Prof. Dr. Claudia Hornberg
AG 7 Umwelt und Gesundheit
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Universität Bielefeld

Vorwort

Die vorliegende Arbeit entstand als Dissertation nach Abschluss des Projektes „Unternehmensführung mit biopsychosozialen Kennzahlen“, einem Forschungsverbund der Universität zu Köln, der Technischen Universität Dresden und der Universität Bielefeld, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung.

Für den erfolgreichen Abschluss dieser Dissertation waren einige Menschen für mich von besonderer Bedeutung. Mein Dank gilt an erster Stelle Herrn Professor Bernhard Badura, der mich für das Thema betriebliches Gesundheitsmanagement begeisterte, mir die Durchführung der Interventionsstudie anvertraute und mich sowohl während der Projektphase wie auch beim Verfassen der Dissertation unterstützte.

Bedanken möchte ich ebenso bei Frau Professorin Claudia Hornberg, die mich nicht nur dazu ermunterte zu promovieren sondern mir auch Motivationshilfe gab, wenn die Dissertation mal wieder ins Stocken kam.

Die Durchführung der Interventionsstudie wäre ohne Herrn Professor Holger Pfaff und seinen Mitarbeitern (Universität zu Köln) sowie Herrn Professor Peter Richter und seinen Mitarbeitern (Technische Universität Dresden) nicht möglich gewesen.

Ebenso wichtig war für mich stets der kollegiale Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Henning Erffkamp, Eckhardt Münch, Ulla Voigt und Dr. Uta Walter danke ich dafür, dass sie mich bei der Interventionsstudie unterstützten und immer ein offenes Ohr und einen guten Rat hatten, wenn Probleme auftauchten.

Zusammenfassung

Im Rahmen des Forschungsprojektes „Unternehmensführung mit biopsychosozialen Kennzahlen“ wurde ein Kennzahlensystem entwickelt und beispielhaft im Krankenhaus erprobt, welches Führungskräfte von Dienstleistungsorganisationen in die Lage versetzt, ihre Einrichtungen ausgewogen zu steuern und eine Balance herzustellen zwischen Unternehmenszielen wie Kundenorientierung, Wirtschaftlichkeit und Mitarbeiterorientierung. Im Mitarbeiterbereich fehlte es bislang an weichen Kennzahlen, die psychosoziale Sachverhalte widerspiegeln und damit sowohl dem modernen Verständnis von Gesundheitsförderung entsprechen, als auch der steigenden Anzahl psychosozial bedingter Erkrankungen Rechnung tragen. Insbesondere Krankenhäuser gehören aufgrund ihres breiten Belastungsspektrums nach wie vor zu den Risikoarbeitsplätzen. Aufgrund demografischer und gesellschaftlicher Entwicklungen bedarf es jedoch mehr denn je gesunder und motivierter Mitarbeiter¹, um dem Versorgungsauftrag von Krankenhäusern nachzukommen. Erforderlich ist eine gezielte und nachhaltige Verbesserung der Gesundheit der Mitarbeiter, wobei die Kennzahlen Führungskräften eine wertvolle Unterstützung sein können. Ebenso bedarf es eines Verfahrens wie das betriebliche Gesundheitsmanagement, in das sich die Kennzahlen sehr gut einbetten lassen und das auf eine kontinuierliche Verbesserung der Arbeitsbedingungen ausgerichtet ist.

Die Ergebnisse der Interventionsstudie bestätigen den großen Handlungsbedarf für gesundheitsförderliche Maßnahmen in Krankenhäusern. Im Rahmen der Organisationsdiagnostik wurden Führungskräfte umfassend über die Belastungs- und Ressourcensituation ihrer Einrichtung informiert und konnten diese in Relation zu anderen Kliniken setzen sowie einen Vergleich der Berufsgruppe herstellen. Damit erhielten Führungskräfte eine Basis, um Ziele festzulegen, entsprechende Interventionen zu initiieren und diese abschließend zu bemessen.

Zentrale Voraussetzung für eine effektive Anwendung der Kennzahlen ist jedoch, dass die Führungsebene davon überzeugt ist, dass die Gesundheit der Mitarbeiter ein wesentlicher Erfolgsfaktor für das Unternehmen ist und sich demzufolge für eine gezielte, systematische und nachhaltige Verbesserung der Arbeitssituation einsetzt. Ebenso wichtig ist die Unterstützung aller Mitarbeiter, um Veränderungsprozesse mit zu gestalten. In der Interventionsklinik gelang es der Führung nicht den Mitarbeitern glaubhaft zu vermitteln, dass sie an deren Wohlergehen interessiert sind. Das Vertrauen in die Führung war bereits so beschädigt, dass es nicht möglich war das Projekt zu Ende zu führen und positive Effekte zu erzielen.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden in der Regel die männliche Form verwendet, wobei die weibliche Form jeweils einbezogen ist.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	I
Zusammenfassung	III
Tabellenverzeichnis	V
Abbildungsverzeichnis	VII
1. Einleitung	11
2. Zielsetzung und Fragestellung	20
3. Forschungsstand	23
3.1. Krankenhäuser	24
3.1.1. Organisationsstruktur von Krankenhäusern	24
3.1.2. Personal in Krankenhäusern	25
3.1.3. Reformen: Ursachen und Auswirkungen	26
3.1.3.1. Reformen	27
3.1.3.2. Ursachen für den Reformbedarf	29
3.1.3.3. Auswirkungen der Reformen	30
3.2. Führung im Krankenhaus	33
3.2.1. Definition und Begriffsbestimmung	35
3.2.2. Führungskräfte im Krankenhaus	36
3.2.2.1. Ärzte in Führungspositionen	36
3.2.2.2. Pflegekräfte in Führungspositionen	41
3.2.3. Aufgaben der Führung in der Gesundheitsförderung	42
3.2.3.1. Maßnahmen des Arbeitsschutzes	44
3.2.3.2. Maßnahmen der Gesundheitsförderung	44
3.2.4. Führungsverhalten, Führungsstrategien und Gesundheit	45
3.2.5. Theoretische Ansätze in der Führungsforschung	46
3.2.5.1. Eigenschaftsansatz	47
3.2.5.2. Verhaltensansatz	48
3.2.5.3. Situationsansatz	51
3.2.5.4. Systemansatz	51
3.2.6. Auswirkungen des Führungsverhaltens	52
3.2.7. Anforderungen und Gesundheit von Führungskräften	53
3.3. Einsatz von Kennzahlen im Krankenhaus	55
3.3.1. Informationsgewinnung mittels Kennzahlen	56
3.3.2. Klassifizierung von Kennzahlen	56
3.3.3. Kennzahlen als Führungsinstrument	57
3.4. Arbeitsbedingungen von Ärzten und Pflegekräften im Krankenhaus	59
3.4.1. Belastungen	60
3.4.2. Ressourcen	63
3.4.3. Auswirkungen der Arbeitssituation auf Gesundheit und Wohlbefinden von Ärzten und Pflegekräften	69
3.4.3.1. Gesundheitszustand	71
3.4.3.2. Arbeits- und Berufszufriedenheit	73
3.4.3.3. Qualität der Arbeit	75
3.5. Gesundheitsförderung im Krankenhaus	77
3.5.1. Strategien und Instrumente der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz	77
3.5.1.1. Arbeitsschutz	77
3.5.1.2. Betriebliche Gesundheitsförderung	78
3.5.1.3. Betriebliches Gesundheitsmanagement	78
3.5.2. Effekte gesundheitsförderlicher Maßnahmen im Betrieb	81
3.5.3. Gesundheitsförderliche Maßnahmen in Krankenhäusern	84
3.5.4. Erfolgsfaktoren, Probleme und Beispiele guter Praxis	87

3.5.5. Das Konzept der gesundheitsfördernden Krankenhäuser	90
3.5.5.1. Entwicklung des Netzwerks	90
3.5.5.2. Standards und Strategien	93
3.5.5.3. Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Rahmen des Internationalen Netzwerks	94
4. Projektorganisation	97
5. Methodik	99
5.1. Evaluationskonzept	99
5.2. Methoden	100
5.2.1. Literaturrecherche	100
5.2.2. Gesundheitszirkel und betriebliches Gesundheitsmanagement	101
5.2.2.1. Gesundheitszirkel	101
5.2.2.2. Betriebliches Gesundheitsmanagement	103
5.2.3. Instrumente	106
5.2.3.1. Mitarbeiterbefragung	106
5.2.3.2. Dokumentenanalyse	109
5.2.3.3. Experteninterviews	109
6. Interventionsstudie	112
6.1. Vorstellung des Projektvorhabens in den beteiligten Krankenhäusern	112
6.2. Beschreibung des Krankenhauses 1 und der Interventionsklinik	114
6.2.1. Projektdaten	114
6.2.2. Das Krankenhaus 1	115
6.2.3. Die Interventionsklinik	116
6.2.4. Arbeitssituation	117
6.2.5. Gründe für die Teilnahme am Projekt, Erwartungen und Zielvorstellungen	119
6.2.6. Stellenwert von Gesundheit und Wohlbefinden	120
6.3. Betriebspolitische Vereinbarungen und Bildung eines Arbeitskreis Gesundheit	121
6.4. Diagnose	124
6.4.1. Situation in der Interventionsklinik	125
6.4.2. Klinikvergleich anhand der Kennzahlen	127
6.4.3. Berufsgruppenvergleich anhand der Kennzahlen	131
6.4.4. Deskriptiver Berufsgruppenvergleich	133
6.5. Interventionsplanung	156
6.6. Intervention: Der Gesundheitszirkel, die Maßnahmen und deren Umsetzung	162
6.6.1. Der Gesundheitszirkel	163
6.6.2. Ursachenanalyse	164
6.6.3. Maßnahmenplanung	166
6.6.4. Maßnahmendurchführung	169
6.6.5. Evaluation des Gesundheitszirkels	170
6.6.5.1. Auswertung des Gesundheitszirkels	170
6.6.5.2. Vergleich der Kliniken anhand der Kennzahlen	179
6.6.5.3. Vergleich der Berufsgruppen anhand der Kennzahlen	181
6.6.5.4. Förderliche und hemmende Faktoren	184
6.7. Evaluation des Einsatzes der Kennzahlen als Führungsinstrument	186
7. Diskussion	193
7.1. Diskussion der Methodik	193
7.2. Diskussion der Interventionsstudie	202
8. Zusammenfassung	215
9. Empfehlungen und Ausblick	221
10. Literatur	225
11. Anhang	245

Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: Systematik der Begriffe Führung, Personalführung und Unternehmensführung
- Abbildung 2: Historische Entwicklungslinien der Führungsforschung (Steiger 1999)
- Abbildung 3: Das Kontinuum unterschiedlicher Führungsstile
- Abbildung 4: Das Grid-Führungsmodell nach Blake & Mouton
- Abbildung 5: Beschwerden aus organisatorischen Belastungen in Abhängigkeit vom Handlungsspielraum
- Abbildung 6: Beschwerden aus organisatorischen Belastungen in Abhängigkeit vom Handlungsspielraum und sozialer Unterstützung
- Abbildung 7: AU-Tage in Krankenhäusern: Ärzte und Pflegekräfte/Hebammen
- Abbildung 8: 18 Kernstrategien Gesundheitsfördernder Einrichtungen
- Abbildung 9: Themenbündel der mitarbeiterorientierten Projekte
- Abbildung 10: Überblick über das Forschungsprojekt und die Durchführung
- Abbildung 11: Lernzyklus des betrieblichen Gesundheitsmanagements
- Abbildung 12: Übersicht über das Forschungsprojekt – Vorstellung des Vorhabens
- Abbildung 13: Übersicht über das Forschungsprojekt – das Krankenhaus 1 und die Interventionsklinik
- Abbildung 14: Übersicht über die Interventionsklinik und das Krankenhaus 1
- Abbildung 15: Übersicht über das Forschungsprojekt – Bildung eines Steuerungsgremiums (AK Gesundheit)
- Abbildung 16: Arbeitskreis Gesundheit
- Abbildung 17: Übersicht über das Forschungsprojekt – Diagnostik
- Abbildung 18: Ablauforganisation
- Abbildung 19: Informations- und Planungsdefizite
- Abbildung 20: Interne Schnittstellen
- Abbildung 21: Betriebsklima
- Abbildung 22: Innovationsklima
- Abbildung 23: Tätigkeitsspielraum
- Abbildung 24: Arbeitsmittel
- Abbildung 25: Gratifikation
- Abbildung 26: Fort- und Weiterbildung
- Abbildung 27: Persönliche Gesundheitsgefährdung
- Abbildung 28: Arbeitsintensität
- Abbildung 29: Alltagsbelastung
- Abbildung 30: Soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten
- Abbildung 31: Soziale Unterstützung durch Kollegen

- Abbildung 32: Gruppenkohäsion
- Abbildung 33: Führungsverhalten
- Abbildung 34: Offene Kommunikation
- Abbildung 35: Mobbing
- Abbildung 36: Spannungen
- Abbildung 37: Körperliche Beschwerden
- Abbildung 38: Wohlbefinden
- Abbildung 39: Burnout – emotionale Erschöpfung
- Abbildung 40: Burnout - personelle Effizienz
- Abbildung 41: Burnout – Zynismus
- Abbildung 42: Arbeitszufriedenheit
- Abbildung 43: Berufliche Verausgabungsneigung
- Abbildung 44: Selbstwirksamkeit
- Abbildung 45: Innere Kündigung
- Abbildung 46: Affektives Commitment
- Abbildung 47: Übersicht über das Forschungsprojekt – Interventionsplanung
- Abbildung 48: Übersicht über das Forschungsprojekt – Intervention (GZ)
- Abbildung 49: Teilnehmer des Gesundheitszirkels
- Abbildung 50: Übersicht über das Forschungsprojekt – Ursachenanalyse
- Abbildung 51: Übersicht über das Forschungsprojekt – Maßnahmenplanung
- Abbildung 52: Beispiele zur Einschätzung von Aufwand und Dringlichkeit
- Abbildung 53: Übersicht über das Forschungsprojekt – Maßnahmendurchführung
- Abbildung 54: Übersicht über das Forschungsprojekt – Evaluation (GZ)
- Abbildung 55: Teilnahme an den Sitzungen des Gesundheitszirkels
- Abbildung 56: Übersicht über das Forschungsprojekt – Evaluation (Einsatz der Kennzahlen)

Tabellenverzeichnis

- Tabelle 1: Personal in Gesundheitseinrichtungen 2007 in 1 000
- Tabelle 2: Gesundheitsausgaben von 1997 – 2007 in Deutschland in Mio. Euro
- Tabelle 3: Entwicklung der Zahl der Krankenhäuser, Krankenhausbetten, Behandlungsfälle und Liegetage von 1997 - 2007
- Tabelle 4: Ärztliches und nichtärztliches Krankenhauspersonal von 1997 - 2007
- Tabelle 5: Anzahl der durchschnittlich zu betreuenden belegten Betten und Fälle je Vollkraft 1997 und 2007
- Tabelle 6: Rangliste von Managementaufgaben von Chefärzten
- Tabelle 7: Häufigkeitsverteilung der Anforderungen an Chefärzte
- Tabelle 8: Zwei ergänzende Strategien zur Erhaltung der Mitarbeitergesundheit
- Tabelle 9: Gesundheitsförderliche und gesundheitsbelastende Verhaltensweisen von Führungskräften
- Tabelle 10: Anforderungen an Führungskräfte
- Tabelle 11: Belastungen für Mitarbeiter im Krankenhaus
- Tabelle 12: Übersicht über mögliche Beanspruchungen und Beanspruchungsfolgen
- Tabelle 13: Zahl der AU-Fälle und AU-Tage von Krankenhäusern im Vergleich zu anderen Einrichtungen in 2003
- Tabelle 14: Merkmale „gesunder“ und „ungesunder“ Organisationen
- Tabelle 15: Erfolge betrieblicher Gesundheitsförderung
- Tabelle 16: Beispiele für Ansatzpunkte und Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Krankenhaus
- Tabelle 17: Strukturdaten der am Forschungsprojekt beteiligten Kliniken
- Tabelle 18: Die Kennzahlen des Mitarbeiter-Kennzahlenbogens
- Tabelle 19: Datengrundlage der Mitarbeiterbefragungen 2002 und 2003
- Tabelle 20: Teilnehmer der Experteninterviews
- Tabelle 21: Übersicht über die Vorgehensweisen und die eingesetzten Methoden
- Tabelle 22: Eckdaten und Zeitplan der Interventionsstudie
- Tabelle 23: Überblick über die Interviewpartner
- Tabelle 24: Ausgewählte Kennzahlen der Interventionsklinik aus dem Jahr 2002
- Tabelle 25: Ausgewählte Kennzahlen der Interventionsklinik aus dem Jahr 2002 im Vergleich zu anderen Abteilungen in Krankenhaus 1 und zur selben Fachrichtung in anderen Krankenhäusern
- Tabelle 26: Ausgewählte Kennzahlen im Berufsgruppenvergleich aus dem Jahr 2002
- Tabelle 27: Übersicht über die Sitzungen des Arbeitskreises Gesundheit
- Tabelle 28: Inhalte des Arbeitsvertrags für den Gesundheitszirkel
- Tabelle 29: Ziele des Arbeitskreises Gesundheit

Tabelle 30: Ziele, Erfolgsindikatoren und Messinstrumente

Tabelle 31: Ergebnisse der Kartenabfrage im Gesundheitszirkel

Tabelle 32: Beispiele für den Ist-Zustand, Ursachen, am Problem beteiligte Personen und Häufigkeit des Auftretens von Problemen

Tabelle 33: Beispiele für Problemfelder, dem Soll und Maßnahmen

Tabelle 34: Folgen einer mangelhaften Informationstransparenz aus Sicht der Teilnehmer des Gesundheitszirkels

Tabelle 35: Veränderungen in den Kliniken im Beobachtungszeitraum 2002 – 2003

Tabelle 36: Veränderungen bei Ärzten und Pflege im Beobachtungszeitraum 2002 – 2003

1. Einleitung

Die Veränderungen im Gesundheitswesen stellen Führungskräfte von Gesundheitsorganisationen vor erhöhte Anforderungen (Porter/Teisberg 2007, Chaudry et al. 2008). In Krankenhäusern stehen Führungskräfte einer Vielzahl an neuen Herausforderungen gegenüber und müssen auf permanent veränderte Rahmenbedingungen reagieren (Grossmann 1993a): Die Veränderungen resultieren z.B. aus dem enormen medizinisch-technischen Fortschritt und den Neuerungen in Diagnostik, Therapie und Behandlung kranker und pflegebedürftiger Menschen, die eine kontinuierliche Anpassung im Krankenhaus erforderlich machen. Veränderungen im Krankheitsspektrum und in der demografischen Entwicklung verlangen ebenso nach neuen Leistungen und Schwerpunkten, wie auch das steigende Anspruchsniveau von Patienten an Versorgungsleistungen eines Krankenhauses (ebd.). Ferner ist die Einführung von Qualitätsmanagement und Zertifizierungsverfahren zu nennen, die ein Veränderungsmanagement erforderlich machen (Rustler/Gill 2002). Hinzu kommt, dass in den letzten Jahren in Krankenhäusern verschiedene Reformen durchgeführt wurden. Diese waren erforderlich geworden, da die stark gestiegenen Kosten im Gesundheitswesen nicht mehr allein durch Einnahmen kompensiert werden konnten. Krankenhäuser rückten hier auf der Suche nach Einsparungspotenzialen verstärkt in den Fokus der Gesundheitspolitik, da diese mit rund einem Viertel der gesamten Gesundheitsausgaben ein sehr kostenträchtiges Element im Gesundheitswesen bilden.

Insbesondere die Einführung eines fallpauschalierten Vergütungssystems (Diagnosis Related Groups, DRG) im Jahr 2004 stellte eine wesentliche Veränderung der Rahmenbedingungen in Krankenhäusern dar. Deutschland folgte damit anderen Industrienationen, die ebenfalls ihre Finanzierung auf diagnosebezogene Fallgruppen umgestellt hatten. Ziel der DRG ist es, durch gleiche Preise für gleiche Leistungen den Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern anzuregen und die Kostenstruktur transparenter zu gestalten. Hierdurch wurden starke Anreize zur Kosteneinsparung und Kundenorientierung gesetzt und Führungskräfte verstärkt mit Fragen der Wirtschaftlichkeit und Rentabilität ihrer Einrichtungen konfrontiert. Ähnlich wie dies bereits in den USA erfolgt, müssen nun auch die Krankenhäuser in Deutschland stärker unternehmerisch geführt werden (Knüppel 2003).

Zur Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser und um damit im Wettbewerb gegenüber anderen Einrichtungen bestehen zu können, waren Führungskräfte aufgefordert die Kosten zu senken, Einnahmen zu erhöhen sowie die Qualität der Leistungen zu verbessern. Unter anderem ergriffen Führungskräfte Maßnahmen zur Verbesserung der Ein-

nahme-Ausgabensituation und bemühten sich um eine stärkere Kundenorientierung (Pfaff et al. 2004; Schmidt/Möller 2006)

Zum „Kundenkreis“ von Krankenhäusern gehören unterschiedliche Personengruppen. Hierzu zählen insbesondere die Patienten, aber auch einweisende Ärzte, Krankenkassen und die Mitarbeiter (Pfaff 2004). Um gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der Attraktivität des Krankenhauses ergreifen zu können, benötigen Führungskräfte Informationen darüber, welche Interessen und Bedürfnisse bei den einzelnen Zielgruppen vorliegen.

Ebenso wichtig sind für Führungskräfte alle Informationen, die das Krankenhaus selbst betreffen. In Dienstleistungsunternehmen wie Krankenhäusern spielt neben dem Sachkapital, also der Anzahl an Geräten oder der Verweildauer der Patienten, auch das Humankapital, also das Personal eine wichtige Rolle. Von Bedeutung sind hierbei nicht allein das Fachwissen und die Qualifikation der Mitarbeiter, das sogenannte Humankapital, sondern auch der Gesundheitszustand der Mitarbeiter und die sozialen Beziehungen in der Einrichtung, also das Sozialkapital.

Für die Unternehmensführung stellen Kennzahlen ein wichtiges Instrument dar, da sie Führungskräfte Stärken und Schwächen ihrer Einrichtung erkennen lassen und sie anhand von Kennzahlen Ziele definieren und verfolgen können. Die Kennzahlen beziehen sich dabei vorwiegend auf „harte“ Kennzahlen, die Informationen über finanzielle, betriebswirtschaftliche Sachverhalte liefern. Für eine moderne und umfassende Unternehmensführung bedarf es jedoch auch „weiche“ Kennzahlen, die Information zu psychosozialen Aspekten geben.

Der Einsatz von Kennzahlen im Personalbereich ist hingegen insgesamt eher selten und reduziert sich oftmals auf einzelne Aspekte, wie Personalkosten, Fehlzeiten, die Anzahl an Vollkräften oder der Überstunden (Eiff v./Stachel 2006). Wichtig sind jedoch auch Kennzahlen, die Aussagen über das psychische Befinden der Mitarbeiter oder die Qualität der sozialen Beziehungen in der Einrichtung geben (Pfaff 2004).

In Bezug auf die gesundheitliche Situation der Mitarbeiter werden in der Regel vor allem Belastungsfaktoren erfasst. Gerade in Krankenhäusern ist die Vielzahl und Vielfalt an Belastungen sehr hoch. Sie entstehen z.B. durch diverse Gefahrenstoffe, ungünstige, bzw. zu lange Arbeitszeiten, die Arbeit unter Zeitdruck bei gleichzeitig hoher Anforderung an die Qualität der Leistung sowie durch die Versorgung „schwieriger“, multimorbider und schwerstkranker Menschen (Herschbach 1991, Pfaff et al. 1999). Die Ressourcensituation wird hingegen meist vernachlässigt. Dabei sind auch hier Defizite zu erkennen. Vielfach fehlt es den Mitarbeitern an Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte, es mangelt an Aufstiegschancen, die Ent-

lohnung wird als nicht angemessen betrachtet und vor allem Pflegekräften fehlt es an die Anerkennung ihrer Tätigkeit in der Öffentlichkeit.

Dass eine solche Arbeitssituation nicht ohne Konsequenzen für die Gesundheit und Motivation der Krankenhausmitarbeiter bleibt, zeigen Statistiken, wonach der Krankenstand im Krankenhaus deutlich höher liegt, als in anderen Branchen (Vetter 2004). Die Mitarbeiter dort sind länger krank und auch häufiger von Arbeitsunfähigkeit betroffen. Ebenso sind die hohe Fluktuation, bzw. die kurze Verweildauer im Beruf vor allem bei Pflegekräften, bzw. Abwanderung ins Ausland oder andere Branchen bei Ärzten ein deutlicher Hinweis darauf, dass der Arbeitssituation seitens der Führungskräfte mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte.

Einerseits gehört die Verbesserung der Belastungs- und Ressourcensituation im Rahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes zum Aufgabenbereich von Führungskräften. Andererseits sind die genannten Aspekte auch hinsichtlich der Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit von Bedeutung, da ein hoher Krankenstand nicht nur die Kosten in die Höhe treibt, sondern eine belastende Arbeitssituation auch Auswirkungen auf die Qualität der erbrachten Leistungen hat. Nicht zu vergessen angesichts des Fachkräftemangels in Deutschland ist, dass attraktive Arbeitsplätze zudem dazu beitragen, qualifizierte Mitarbeiter für ein Krankenhaus zu gewinnen, bzw. an die Einrichtung zu binden.

Nicht zuletzt bedürfen die eingangs genannten Herausforderungen, vor denen Krankenhäuser stehen, sowohl gesunder Führungskräfte wie auch gesunder und motivierter Mitarbeiter, um die Veränderungsprozesse zu gestalten.

In Anbetracht der vorhandenen Kenntnisse über die Zusammenhänge von Arbeitsplatzmerkmalen und Gesundheit sowie Motivation der Mitarbeiter und der steigenden Zahl psychischer Erkrankungen in der Arbeitswelt, benötigen Führungskräfte für eine erfolgreiche Unternehmenssteuerung umfassende Informationen über ihre Mitarbeiter, was auch nicht-finanzielle („weiche“) Kennzahlen beinhaltet. Diese spiegeln Führungskräften psychosoziale und systemische Tatbestände wider (Bühner 2000) und erfassen neben den Belastungen auch die Ressourcensituation in der Einrichtung.

Ein solches umfassendes Kennzahlensystem zu entwickeln und zu erproben war Anliegen des Forschungsprojektes „Unternehmensführung mit biopsychosozialen Kennzahlen“. Bei dem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Projekt handelte es

sich um einen Forschungsverbund der Universität zu Köln, der Technischen Universität Dresden und der Universität Bielefeld. Das Kennzahleninstrument sollte Führungskräften von Dienstleistungsunternehmen umfassende Informationen über seine wichtigsten Kunden liefern. Entwickelt wurde daher ein Kennzahleninstrument für Patienten, Einweiser und Mitarbeiter. Außerdem wurde ein Konzept für ein Erhebungsinstrument für Krankenkassen erstellt. Das Forschungsprojekt „Unternehmensführung mit biopsychosozialen Kennzahlen“ unterteilte sich in mehrere Teilprojekte, die von den jeweiligen Universitäten bearbeitet wurden.

Aufgabe der Universität Bielefeld und Gegenstand der vorliegenden Dissertationsarbeit war die praktische Erprobung und wissenschaftliche Begleitung des MIKE. Der Einsatz der biopsychosozialen Kennzahlen im Personalbereich soll dazu beitragen, die gesundheitliche Situation der Mitarbeiter zu verbessern und eine qualitativ hochwertige Versorgung in Dienstleistungsunternehmen wie Krankenhäusern zu sichern. Als Piloteinrichtung wurde das Krankenhaus gewählt, da dieses als Prototyp einer personenbezogenen Dienstleistung gilt. Zielgruppe war das Krankenhauspersonal als ein wichtiger Kunde von Führungskräften in Krankenhäusern.

Die Dissertation greift damit zwei wichtige Themenfelder der Gesundheitswissenschaften auf: Die Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt und die Versorgungsqualität in Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Die Erprobung des MIKE erfolgte im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Diese Vorgehensweise wurde seitens des Forschungsprojektes gewählt, da die Anwendung eines solchen Kennzahleninstrumentes stets in einen bestimmten Verfahrenrahmen eingebettet ist (Pfaff 2004). Die Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitforschung bestand darin, ein betriebliches Gesundheitsmanagement exemplarisch in zwei verschiedenen Krankenhäusern zu implementieren. Dies umfasste die Information der Unternehmensführung über das betriebliche Gesundheitsmanagement, den Aufbau von Arbeits- und Kommunikationsstrukturen in den Organisationen sowie die Durchführung der vier Kernprozesse Diagnose, Interventionsplanung, Intervention und Evaluation. Die praktische Anwendung der biopsychosozialen Kennzahlen erfolgte in der Phase der Implementierung der betrieblichen Gesundheitsmanagements, zur Begründung des Bedarfs an gesundheitsförderlichen Maßnahmen sowie in den vier Kernprozessen des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Die Kennzahlen wurden eingesetzt, um Bedarfe in der Einrichtung aufzudecken, das vom Gesundheitszirkel zu bearbeitende Thema und die betroffenen Personengruppen auszuwählen, die Arbeit des Gesundheitszirkels zu unterstützen und die durchgeführten Maßnahmen abschließend zu evaluieren. Der

gesamte Prozess wurde von der wissenschaftlichen Begleitforschung begleitet, dokumentiert und evaluiert.

Ziel des Teilprojektes war es, Führungskräften anhand des MIKE, welcher sowohl medizinische wie psychosoziale Aspekte beinhaltet, einen im Sinne der Gesundheitsförderung ganzheitlichen Blick auf das Human - und Sozialkapital in ihren Einrichtungen zu ermöglichen. Durch das Instrument sollen psychosoziale Wissensdefizite bei Führungskräften verringert werden. Anhand des Kennzahleninstruments sollen diese einerseits die Stärken und Ressourcen unter ihren Mitarbeitern erkennen und andererseits möglichst frühzeitig Problembereiche identifizieren können. Die biopsychosozialen Kennzahlen sollen Führungskräfte darin unterstützen, gezielte Maßnahmen zur Gesundheit der Mitarbeiter einzuleiten und deren Wirksamkeit anschließend zu überprüfen.

Langfristig soll dadurch die Gesundheit und Motivation der Mitarbeiter nachhaltig verbessert werden, was nicht nur aus ethischen Motiven gegenüber dem einzelnen Beschäftigten wichtig ist, sondern für das Krankenhaus umfassende und messbare Konsequenzen im Bereich der Mitarbeitergesundheit und -motivation hat und dazu beiträgt, den Fortbestand der Einrichtung zu sichern: Um funktionsfähig zu sein und qualitativ gute Arbeit leisten zu können, benötigen Krankenhäuser gesunde Mitarbeiter. Mehr Gesundheit unter den Mitarbeitern trägt dazu bei, Kosten für das Krankenhaus, die durch Fehlzeiten, vorzeitiges Ausscheiden, Fluktuation, Motivationsverlust oder „innere Kündigung“ entstehen zu senken. Gerade in Krankenhäusern können hier bedeutende Effekte erzielt werden, da mit ca. 66 % an den Gesamtkosten, ein Großteil des Gesamtbudgets auf das Personal entfällt (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2003), wie eine Kostenaufstellung des Statistischen Bundesamtes zeigt (Statistisches Bundesamt 2008). Zudem besteht ein enger Zusammenhang zwischen der Gesundheit der Mitarbeiter und der Qualität der Leistung, als ein weiterer wichtiger Aspekt für Führungskräfte. So hängt in Krankenhäusern die Qualität der erbrachten Leistungen nicht allein von den eingesetzten Techniken ab, sondern wird wesentlich auch von den Mitarbeitern bestimmt, die primär für die Patientenversorgung zuständig sind, also den Ärzten und Pflegekräften (Badura 2000 a). „Gerade dort, wo personenbezogene Dienstleistungen erbracht werden, wie dies im Krankenhaus der Fall ist, schlagen sich die Organisationsqualität und das Wohlbefinden der dort tätigen Mitarbeiter unmittelbar auf die Qualität der Dienstleistung, die Behandlung von Patientinnen und Patienten nieder“ (Müller et al. 1997, S. 15). Dass der Gesundheitsförderung der Mitarbeiter auch in Zukunft eine wichtige Bedeutung zugemessen wird, zeigt das Gutachten der Robert-Bosch Stiftung (2007), welches die Rolle des Mitarbeiters in Krankenhäusern unterstreicht. Hier heißt es: „Das Krankenhaus der Moderne basiert auf der Leistungsfähigkeit,

dem Engagement und dem Bildungswillen seiner Mitarbeiter, um seine komplexen Prozesse durchführen zu können“ und prognostiziert, dass die Bedeutung der Ressource „Mitarbeiter“ noch weiter steigen wird.

Angesichts nicht nachlassender Diskussionen über den zunehmenden Fachkräftemangel in der Pflege und bei Ärzten sowie den schon seit langem bestehenden Forderungen nach besseren Arbeitsbedingungen (Hasselhorn/Müller 2004, Robert-Bosch Stiftung 2007, Kopetsch 2008, Blum et al. 2009), sind Führungskräfte aufgerufen, entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. Ziel ist es einen Anreiz zu setzen, dass sich auch künftig ausreichend Menschen in einem Gesundheitsberuf ausbilden lassen, qualifizierte Mitarbeiter gesund zu erhalten ihnen das Älterwerden in der Einrichtung zu ermöglichen und sie an das Haus zu binden.

Der Handlungsbedarf ist groß, denn die vergangenen Reformen gingen vielfach zu Lasten der Mitarbeiter. Ein höherer Durchlauf an Patienten bei kürzeren Liegezeiten führte angesichts eines gleichzeitigen Personalabbaus zu einer deutlichen Leistungsverdichtung beim Krankenhauspersonal, die voraussichtlich auch noch weiter zunehmen wird (Glaser/Höge 2005, Schrappe 2005, Robert-Bosch Stiftung 2007).

Ohnehin gehört das Krankenhaus, wie u.a. die NEXT-Studie belegt (vgl. Simon et al. 2005), aufgrund seines breiten Spektrums zu den Hochrisikoarbeitsplätzen. Dabei es handelt es sich sowohl um physische wie psychische Belastungen, die aus der Arbeitstätigkeit und der Arbeitsumgebung sowie der Aufbau- und Ablauforganisation resultieren. Schon Herschbach hatte in seiner Studie von 1991 (Herschbach 1991) die Vielzahl an Belastungen aufgezeigt, die im Arbeitsalltag von Krankenhausmitarbeitern auftreten. Obwohl sich seit dem einiges verändert hat, zeigen Untersuchungen zur Gesundheit der Krankenhausmitarbeiter, wie z.B. die bereits angesprochene Next-Studie (vgl. Simon et al. 2005) oder der DAK-BGW Gesundheitsreport (2005), dass die Hauptbelastungsfaktoren nach wie vor bestehen. So sind z.B. schweres Heben und Tragen von Patienten, der Umgang mit gesundheitsgefährdenden Substanzen und Krankheitserregern, die Betreuung schwerkranker, sterbender Patienten sowie ungünstige Arbeitszeiten und die Arbeit unter hohem Zeitdruck zu nennen. Viele Mitarbeiter beklagen zudem die mangelnde Anerkennung, die ihnen von der Öffentlichkeit aber auch seitens der Kollegen entgegengebracht wird, die strengen hierarchischen Strukturen und den autokratischen Führungsstil sowie die fehlenden Aufstiegsmöglichkeiten (ebd.). Durch die Reformprozesse und den stärkeren Druck auf die Krankenhäuser, haben sich diese Belastungen weiter verschärft, was nicht ohne Folgen für die Gesundheit und das Wohlbefinden sowie die Arbeitszufriedenheit und Motivation der Beschäftigten in Krankenhäusern blieb.

So liegt der Krankenstand bei Pflegekräften mit 3,9 % über dem Bundesdurchschnitt und auch die durchschnittliche Krankheitsdauer fällt mit 12,5 Tagen höher aus als in anderen Berufen (DAK 2003). Bei Ärzten und Pflegekräften steigt die Unzufriedenheit mit der Arbeitsplatzsituation, was als ein Grund diskutiert wird, warum immer weniger Menschen eine Ausbildung in diesem Bereich antreten, früh aus dem Beruf aussteigen bzw. qualifiziertes Personal durch Abwanderung in andere Medizingebiete oder das Ausland verloren geht. Der zu erwartende Ärzte- und Pflegenotstand wurde bereits auf der Bundestags-Enquête-Kommission (Deutscher Bundestag 2002) thematisiert und die attraktivere Gestaltung der Arbeitsbedingungen als eine Strategie diskutiert.

Das Kennzahleninstrument richtet sich an Führungskräfte, da diese in Bezug auf die Arbeitssituation des Personals und den Umgang mit gesundheitsförderlichen Maßnahmen am Arbeitsplatz eine Schlüsselrolle einnehmen: Aufgrund ihrer Position sind sie maßgeblich für Inhalte und Abläufe von Arbeitsprozessen sowie die Gestaltung des Arbeitsumfeldes verantwortlich. Aufgrund ihres gesetzlich festgelegten Auftrags sind Führungskräfte verpflichtet dafür Sorge zu tragen, dass Maßnahmen des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung umgesetzt werden. Um insbesondere letzterem Auftrag gerecht werden zu können, bedarf es entsprechender Informationen über die verschiedenen gesundheitsförderlichen Aspekte von Arbeit sowie die psychosozialen Einflussfaktoren.

Zwar konnte durch den Arbeitsschutz im Bereich der klassischen Risikofaktoren viel erreicht werden (Frieling 2004; Siegrist 2004), jedoch finden psychosoziale Risikofaktoren nach wie vor wenig Beachtung (ebd.). In Krankenhäusern ist der Arbeits- und Gesundheitsschutz zunehmender Kritik ausgesetzt und droht sich unter dem verschärften Wettbewerbsdruck, dem die Einrichtungen ausgesetzt sind, weiter zu verschlechtern (Bertelsmann & Böckler Stiftung 2000). Eine wichtige Rolle spielt in diesem Zusammenhang der Führungsstil, da dieser die Gesundheit und das Wohlbefinden des Mitarbeiters beeinflusst (Initiative Gesundheit und Arbeit 2003, Dierendonck et al. 2004) Darüber hinaus prägen Führungskräfte durch ihren Umgang mit den Mitarbeitern das soziale Klima der Einrichtung und nehmen eine Vorbildfunktion ein, inwieweit der Arbeitsschutz und gesundheitsförderliches Verhalten tatsächlich gelebt werden (Westerhoff 2000; Münch et al. 2003).

Zudem liegt es in der Entscheidung von Führungskräften, welche Rolle Maßnahmen der Gesundheitsförderung in der Einrichtung spielen und ob das Thema Gesundheit in Form eines

betrieblichen Gesundheitsmanagements in die Gesamtstrategie des Krankenhauses integriert wird (Zimber 2006).

Trotz positiver Effekte der Betrieblichen Gesundheitsförderung auf die Gesundheit der Mitarbeiter und damit auch auf die Kosten von Unternehmen die durch Krankheit, Motivationsverlust oder innere Kündigung entstehen (vgl. z.B. Bundesverband der Betriebskrankenkassen 2004), ist der Anteil an Unternehmen, die ein solches System wie das betriebliche Gesundheitsmanagement bei sich eingeführt haben, bislang eher gering und wird hauptsächlich von Großbetrieben in der Industrie durchgeführt (Lehnhardt/Rosenbrock 2007). In Krankenhäusern spielt das Thema Mitarbeitergesundheit eine eher untergeordnete Rolle (Meierjürgen/Scherrer 2004). Zwar existiert seit Jahren ein Netzwerk an Krankenhäusern, das sich zum Ziel gesetzt hat, in ihren Mitgliedseinrichtungen den Stand der Gesundheitsförderung zu verbessern. Allerdings zeigt ein Überblick über die Aktivitäten des Netzwerks, dass sich durchgeführte Maßnahmen zu einem großen Teil auf die Gesundheitsförderung für Patienten beziehen (Dietscher et al. 2002). Maßnahmen für das Krankenhauspersonal werden deutlich seltener durchgeführt, wenngleich in einigen Häusern versucht wird, durch eine stärkere Mitarbeiterorientierung die Gesundheit des Krankenhauspersonals nachhaltig zu verbessern.

Aufbau der Dissertation

Nach Vorstellung von Zielsetzung und Fragestellung der Arbeit (Kapitel 2) wird anschließend der Forschungsstand (Kapitel 3) dargestellt. Hierbei wird auf verschiedene für die Interventionsstudie relevante Themen eingegangen. Zunächst erfolgt eine Darstellung von Entwicklungen, die Einfluss auf die Arbeitssituation in Krankenhäusern nahmen. Es folgt ein Überblick zum Thema Führung im Krankenhaus, wobei vor allem auf Zusammenhänge zwischen Führung und Gesundheit wird und zum Einsatz von Kennzahlen im Krankenhaus. Anschließend wird aufgezeigt, wie sich die Arbeitssituation von Ärzten und Pflegekräften im Krankenhaus gestaltet, welche spezifischen Ressourcen und Belastungen bestehen, welche Auswirkungen diese auf die Mitarbeiter haben können und welche Möglichkeiten der Verbesserung der Gesundheit durch gesundheitsförderliche Maßnahmen bestehen. Dabei wird insbesondere auf das Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser eingegangen. Zum besseren Verständnis, wie die Interventionsstudie im Rahmen des Forschungsprojektes eingebunden war, erfolgt ein Überblick über die Projektorganisation (Kapitel 4). Anschließend werden die in der Interventionsstudie angewendeten Methoden und Instrumente sowie das zugrunde liegende Evaluationskonzept erläutert (Kapitel 5). Einen wesentlichen Teil der Arbeit bildet die Beschreibung

der Interventionsstudie, also die Anwendung der biopsychosozialen Kennzahlen im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements (Kapitel 6). Hierbei wird zunächst auf die Ausgangssituation eingegangen, um darzustellen, in welcher Situation die Interventionsstudie durchgeführt wurde. Die Darstellung der Interventionsstudie orientiert sich an den Arbeitsschritten, die für die Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements vorgenommen werden. Die Ergebnisse der Interventionsstudie werden anschließend diskutiert (Kapitel 7). Es folgt eine Zusammenfassung der vorangegangenen Kapitel (Kapitel 8). Anschließend werden Empfehlungen für die weitere Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen im Krankenhaus anhand biopsychosozialer Kennzahlen gegeben sowie abschließend ein Ausblick vorgenommen (Kapitel 9).

2. Zielsetzung und Fragestellung

Gegenstand dieser Arbeit ist eine Interventionsstudie (vgl. Kapitel 6), in der es um die beispielhafte Erprobung eines neu entwickelten Kennzahleninstrumentes für Führungskräfte in Dienstleistungsunternehmen geht. Im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements sollte der Mitarbeiter-Kennzahlenbogen (MIKE), bestehend aus biopsychosozialen Kennzahlen, hinsichtlich seiner Funktionalität, Praxistauglichkeit und Akzeptanz überprüft werden. Als Modelleinrichtung wurde das Krankenhaus gewählt, als Prototyp von Dienstleistungsunternehmen.

Die praktische Anwendung des Kennzahleninstrumentes war Teil des Forschungsprojektes „Unternehmensführung mit biopsychosozialen Kennzahlen“ und wurde von der Universität Bielefeld durchgeführt. Anlass für das Forschungsprojekt war die nach wie vor anhaltende Problemsituation in Krankenhäusern und deren Auswirkung auf die gesundheitliche Situation von Mitarbeitern sowie die Überlegung, dass Krankenhäuser zunehmend unternehmerisch geführt werden müssen, um im Wettbewerb bestehen zu können. Die veränderte Situation in Krankenhäusern resultiert aus dem zunehmenden Kostendruck, der Diskussion um eine permanente Qualitätssicherung sowie der Forderung nach neuen Formen der Organisation. Erforderlich ist ein professioneller Umgang von Führungskräften mit den Krankenhausmitarbeitern, da das Personal nicht nur einen bedeutenden Ausgabenposten bildet, sondern aufgrund der engen Zusammenhänge zwischen Gesundheit, Motivation und Qualitätsaspekten, auch eine wichtige Ressource darstellt. Durch Investitionen in die Gesundheit der Mitarbeiter können Kosten durch Fehlzeiten und Fluktuation reduziert, die Zufriedenheit und Motivation verbessert werden und damit Wettbewerbsvorteile erlangt werden. Zudem gelingt in solchen Zeiten der Veränderung der Wandel zu einem modernen und wettbewerbsfähigen Krankenhaus leichter mit engagierten und gesunden Mitarbeitern.

Um diese Aufgabe wahrnehmen zu können und die Humanressourcen sowie die Mitarbeiterorientierung in Krankenhäusern zu verbessern, benötigen Führungskräfte umfassende Informationen über den physischen und psychischen Gesundheitszustand des Personals sowie potenzielle Einflussgrößen, wie z.B. Belastungen und Ressourcen, die aus den Arbeitsabläufen, der Arbeitstätigkeit oder den sozialen Beziehungen resultieren.

Ein klassisches Instrument zur Führung von Unternehmen sind Kennzahlen, die Führungskräften wichtige Informationen über ihre Einrichtung liefern (Bühner 2000). Bislang liegen Führungskräften von Krankenhäusern vorwiegend „harte“ Unternehmenszahlen vor, die sich auf medizinisch-technische Angaben beziehen, vornehmlich pathogenetisch ausgerichtet sind

und nur wenig über die psychosoziale Situation des Krankenhauspersonals und der Mitarbeiterorientierung in der Einrichtung aussagen (Pfaff 1999 a). Angesichts steigender psychosozialer Belastungen in der Arbeitswelt, insbesondere auch in Krankenhäusern, gewinnen gerade diese Aspekte jedoch zunehmend an Bedeutung. Im Sinne des umfassenden Verständnisses der Gesundheitsförderung von „Gesundheit“, ist es nicht mehr ausreichend, auf bereits bestehende Erkrankungen zu reagieren. Anzustreben ist ein frühzeitiges Erkennen von Risikofaktoren sowie die Berücksichtigung von Ressourcen. Die Erfassung des psychosozialen Befindens der Krankenhausmitarbeiter stellt eine zentrale Voraussetzung dar, um präventiv-gestalterische Maßnahmen durchzuführen. Sofern von Unternehmen Aspekte wie z.B. Wohlbefinden oder Zufriedenheit erfasst wurden, geschah dies häufig im Rahmen von Mitarbeiterbefragungen.

Zielsetzung des Forschungsprojektes war daher zunächst die Entwicklung eines Instrumentes, welches medizinische und psychosoziale Kennzahlen (biopsychosoziale Kennzahlen) erfasst sowie befragungsbasierte und nicht-befragungsbasierte Kennzahlen beinhaltet. Hierdurch sollen Wissensdefizite bei Führungskräften in Bezug auf psychosoziale Aspekte in ihren Organisationen reduziert und zugleich dem Krankenhausmanagement eine Basis für ein ganzheitlich ausgerichtetes Controlling der Humanressource in personenbezogenen Dienstleistungsorganisationen geboten werden.

„Biopsychosoziale Kennzahlen“ ermöglichen der Führung eines Krankenhauses, sich an selbstgesetzten Zielen auch in nicht-finanziellen Bereichen zu orientieren, Problembereiche und Ressourcen zu identifizieren und darauf basierend Interventionen abzuleiten. Ferner ist es Führungskräften durch ein solches Kennzahleninstrument möglich, die durchgeführten Interventionen hinsichtlich ihrer Effektivität zu überprüfen.

Anhand der Kennzahlen können Führungskräfte darüber hinaus verschiedene Berufsgruppen oder Abteilungen miteinander vergleichen bzw. die gesamte Einrichtung einem Benchmark unterziehen. Indem sich durch das Kennzahleninstrument auch weiche Faktoren in Form von Zahlen, Daten und Fakten darstellen lassen und Effekte quantifiziert werden können, gewinnen sie an Argumentationskraft gegenüber anderen vorwiegend betriebswirtschaftlichen Interessen.

Neben der Frage des Bedarfs an dieser Form von Kennzahlen und der Qualität des Instrumentes ist ein weiteres entscheidendes Kriterium, wie gut sich ein solches Produkt im Alltag bewährt, damit es sich langfristig etablieren kann. Dies zu ermitteln war Aufgabe der Universität Bielefeld und ist Gegenstand des vorliegenden Dissertationsvorhabens.

Der Auftrag der wissenschaftlichen Begleitforschung bestand im Wesentlichen in der Durchführung eines kennzahlenbasierten Lernzyklus in einem der im Forschungsprojekt „Unternehmensführung mit biopsychosozialen Kennzahlen“ beteiligten Krankenhäuser², um die biopsychosozialen Kennzahlen anzuwenden und hinsichtlich ihrer Praxistauglichkeit zu überprüfen sowie in der Dokumentation und Evaluation des Interventionsprojektes auf betrieblicher Ebene. Die wissenschaftliche Fragestellung bestand darin zu ermitteln,

- ob sich im Rahmen der Organisationsdiagnostik anhand der biopsychosozialen Kennzahlen Problembereiche und Ressourcen in Bezug auf die Mitarbeitergesundheit identifizieren lassen,
- ob sich durch die biopsychosozialen Kennzahlen im Kernprozess der Evaluation Veränderungsprozesse und Effekte des Betrieblichen Gesundheitsmanagements abbilden lassen

und

- wie Führungskräfte und Mitarbeiter den Einsatz der biopsychosozialen Kennzahlen im Klinikalltag bewerten.

² Seitens des Forschungsprojektes war ursprünglich vorgesehen, die Kennzahlen in jeweils einer Klinik aus dem Westen und dem Osten Deutschlands anzuwenden. Aus verschiedenen Gründen entschieden sich die Kliniken Ost gegen eine Intervention, so dass die Anwendung der Kennzahlen ausschließlich im Krankenhaus 1 erfolgte (vgl. Kapitel 6.1.).

3. Forschungsstand

Das folgende Kapitel soll einen Überblick über verschiedene Themenbereiche geben, die in der Dissertation angesprochen werden, um ein besseres Verständnis zur Ausgangssituation der Interventionsstudie und des Handlungsbedarfs zu geben und den Forschungsstand darzustellen.

Hierfür wird zunächst auf die *Situation von Krankenhäusern* eingegangen, die als Modelleinrichtung für das Forschungsvorhaben gewählt wurden. Dargestellt wird die aktuelle Problemlage von Krankenhäusern, die durch einen zunehmenden Wettbewerb gekennzeichnet ist. Dieser hatte einen erhöhten Bedarf an gesundheitsförderlichen Maßnahmen zur Folge und stellte Führungskräfte vor neue Herausforderungen. Aufgrund der besonderen Position der Führungskräfte wird darauf eingegangen, wie sich die Führung in Krankenhäusern gestaltet und im Hinblick auf das Thema Mitarbeitergesundheit, welche Aufgaben Führungskräfte im Rahmen der Gesundheitsförderung innehaben, welche Zusammenhänge zwischen Führung und Gesundheit der Mitarbeiter bestehen und welche Kennzahlen von Führungskräften in Krankenhäusern zur Führung ihrer Unternehmen verwendet werden.

Es folgt ein Überblick über die *Belastungs- und Ressourcensituation des Krankenhauspersonals*, da es ein Anliegen des Forschungsvorhabens ist, anhand von Kennzahlen gezielte Maßnahmen einzuleiten, die dazu beitragen die Gesundheit der Mitarbeiter zu verbessern. Der Schwerpunkt liegt dabei auf den beiden am stärksten vertretenen Beschäftigungsgruppen in Krankenhäusern, den Ärzten und Pflegekräften.

Eine wesentliche Rolle in Bezug auf die Gesundheit der Mitarbeiter nimmt die *Führung* ein. Beschrieben wird, wie sich die Führung in Krankenhäusern gestaltet, welche Aufgaben Führungskräfte in Bezug auf die Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz haben und inwieweit Zusammenhänge zwischen Führungsverhalten und Gesundheit der Mitarbeiter bestehen. Nicht zuletzt sind Führungskräfte selbst sehr starken Belastungen ausgesetzt und stellen eine wichtige Zielgruppe der Gesundheitsförderung dar.

Das Kapitel schließt ab mit einer Vorstellung des *Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser*, das sich schon seit Jahren mit der Gesundheitsförderung in Krankenhäusern befasst.

3.1. Krankenhäuser

Das Krankenhaus spielt aus mehreren Gründen eine bedeutende Rolle im Gesundheitssystem: Es zählt zu den wichtigsten Einrichtungen im Rahmen der Behandlung und Versorgung kranker und pflegebedürftiger Menschen und bietet eine große Konzentration an technischen, personellen und damit auch finanziellen Ressourcen (Krajic et al. 1996).

Zudem sind Krankenhäuser Ausbildungszentrum für verschiedene Gesundheitsberufe und zählen zumeist zu den Großbetrieben, d.h. sie bieten einer Vielzahl von Menschen einen Arbeitsplatz (ebd.). Laut Robert-Bosch-Studie (2007) wird das Krankenhaus auch in Zukunft eine zunehmend prominentere Rolle im Gesundheitswesen einnehmen.

3.1.1. Organisationsstruktur von Krankenhäusern

Der Krankenhausbereich ist in unterschiedliche Versorgungsschwerpunkte und Versorgungsstufen unterteilt (Bölt 2006). In Bezug auf die Versorgungsschwerpunkte gibt es Akutkrankenhäuser, zu denen Allgemein- und Fachkrankenhäuser zählen und Sonderkrankenhäuser, insbesondere Krankenhäuser für Psychiatrie und Neurologie oder Krankenhäuser für Vorsorge, Kuren und Rehabilitation. In Bezug auf die Versorgungsstufe im Akutbereich gibt es Einrichtungen der Grund-, Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung.

Weitere Unterscheidungen finden sich hinsichtlich der Trägerschaften (öffentliche, freigemeinnützige oder private Träger) und der Rechtsform (Regiebetrieb, Eigenbetrieb, GmbH, u.a.) (ebd.).

Die meisten Krankenhäuser haben sehr unterschiedliche Funktionen zu erfüllen, wie Versorgung, Ausbildung oder Forschung (Grossmann 1993 a).

Krankenhäuser gehören zu den komplexesten Dienstleistungsbetrieben in unserer modernen Industriegesellschaft (Glaser/Höge 2005). Sie bestehen aus mehreren Hierarchieebenen, Berufsgruppen und Gremien (Grossmann 1993 a; Krajic et al. 1996). Die Aufgabenvielfalt ist sehr hoch und die Tätigkeit ist eine Mischung aus hoch spezialisierten, technikintensiven und interaktionsorientierten Aufgaben (Glaser/Höge 2005).

Während sich in privatwirtschaftlichen Unternehmen die Aufbau- und Ablauforganisation den wechselnden Umgebungsfaktoren anpasst und je nach Produktion, Absatz und Finanzierung die Organisationen flexibel in unterschiedlich vielen Leistungsebenen und hierarchischen

Strukturen arbeiten, hat sich die Organisation im Krankenhaus in den letzten Jahrzehnten trotz stark veränderter Rahmenbedingungen kaum verändert (Schlüchtermann 1996). Traditionell sind die meisten Krankenhäuser stark linienorganisiert und werden autoritär geführt (Schrappe 2005). Wenngleich es in Krankenhäusern hier inzwischen langsam zu Veränderungen kommt (Vgl. Robert-Bosch-Stiftung 2007).

Bislang orientierte sich die Organisationsstruktur gemäß den Krankenhausgesetzen der Länder an dem Dreisäulenprinzip, bestehend aus Ärztlichem Dienst, Pflegedienst und Verwaltung (Bölt 2006).

In einem Krankenhaus arbeiten unterschiedliche Berufsgruppen. Hierzu zählen der Pflegedienst, der ärztliche Dienst, der Funktionsdienst (z.B. Mitarbeiter im OP, der Endoskopie oder Ambulanz), der medizinisch-technische Dienst (z.B. Mitarbeiter der Krankengymnastischen Abteilung, des Labors oder der Röntgenabteilung) sowie der Wirtschafts- und Versorgungsdienst (z.B. Mitarbeiter der Küche, Wäscherei oder Bettenzentrale).

Die einzelnen Berufsgruppen unterteilen sich ihrerseits in mehrere Hierarchieebenen: Im ärztlichen Bereich sind dies der Medizinische Direktor, der Chefarzt, der Oberarzt und der Assistenzarzt. Im Pflegebereich steht an oberster Stelle die Pflegedirektion, gefolgt von der Pflegedienstleitung, dem Fachpersonal, der Stationsleitung, dem 3-jährig ausgebildeten Krankenpflegepersonal und dem Krankenpflegehilfpersonal mit 1-jähriger Ausbildung.

Beide Berufsgruppen arbeiten in getrennten hierarchischen Strukturen (Bölt 2006). Um den Behandlungsprozess zum Wohle des Patienten durchzuführen, bedarf es jedoch auch einer engen Kooperation zwischen den Berufsgruppen und Stationen/Funktionsbereichen (Herschbach 1991; Büssing/Glaser 2003). Durch die zunehmende Umgestaltung des Krankenhauses rückt inzwischen der klinische Prozess stärker in den Vordergrund, was nicht nur zu einer Neuordnung der Zusammenarbeit der einzelnen Berufsgruppen führen wird, sondern auch zur Horizontalisierung in den Hierarchien (Robert-Bosch-Stiftung 2007).

3.1.2. Personal in Krankenhäusern

Derzeit sind knapp über 4,3 Millionen Menschen in Einrichtungen des Gesundheitswesens beschäftigt (Statistisches Bundesamt 2008), das sind rund 11 % aller Beschäftigten in Deutschland. Obwohl die Anzahl der Arbeitsplätze zwischen 2001 und 2006 um 4,1 % anstieg, ist das Arbeitsvolumen dennoch gleich geblieben, was auf die Zunahme an Teilzeitbe-

schäftigten zurückzuführen ist (ebd.). Wie Tabelle 1 zeigt, arbeitet ein wesentlicher Prozentsatz (24,6 %) in Krankenhäusern, die damit zu den wichtigsten Arbeitgebern in Deutschland zählen.

Tabelle 1: Personal in Gesundheitseinrichtungen 2007 in 1 000

Einrichtungsart	Anzahl in 1000
Einrichtungen insgesamt	4.368
stationäre / teilstationäre Einrichtungen insgesamt	1.808
▪ darunter Krankenhäuser	1.075
ambulante Einrichtungen (Arzt- und Zahnarztpraxen, Apotheken, Gesundheitshandwerk, ambulante Pflege)	1.847
Vorsorgeleistungsindustrie (z.B. pharmazeutische und medizintechnische Industrie, medizinische Laboratorien)	311
Verwaltung	201
Sonstige Einrichtungen	114
Rettungsdienste	48
Gesundheitsschutz (öffentlicher Gesundheitsdienst, sonstige Einrichtungen)	40

Quelle: Statistisches Bundesamt 2009 ad-hoc Tabelle vom 20.06.2009

Im Jahr 2007 waren rund 1,08 Mio. Personen in Krankenhäusern beschäftigt (Statistisches Bundesamt 2009). Dabei bildet das Pflegepersonal mit 38,4 % den prozentual größten Anteil unter den Krankenhausmitarbeitern, gefolgt vom medizinisch-technischen Dienst (15,3 %) und den Ärzten (14,6 %). Je nach Krankenhausträger können dabei die prozentualen Anteile der Berufsgruppen variieren (Bölt 2006).

Die Mitarbeiter stellen in Krankenhäusern einen wesentlichen Ausgabenfaktor dar. Eine Kostenaufstellung des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2007 zeigt, dass von den Gesamtkosten von 68 074 924 (in 1 000) 41 929 684 auf das Personal entfallen. Das sind rund 62 % (Statistisches Bundesamt 2008).

3.1.3. Reformen: Ursachen und Auswirkungen

Die Situation von Krankenhäusern hat sich in den letzten Jahren sehr stark verändert³. Es fanden tiefgreifende Reformprozesse und Rationalisierungsmaßnahmen statt, die Führungskräfte und Mitarbeiter vor neue und hohe Anforderungen stellte. Neben gesundheitspolitischen,

³ Von den Reformen und Entwicklungen können Krankenhäuser, je nach dem ob sie in privater, öffentlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft stehen, sehr unterschiedlich betroffen sein. Da dies im Rahmen dieser Arbeit keine Relevanz besitzt, werden in den Ausführungen keine weiteren Differenzierungen vorgenommen.

ökonomischen und juristischen Veränderungen, zwangen auch die gestiegenen Erwartungen von Patienten und Einweisern an die Qualität der im Krankenhaus erbrachten Leistungen und das veränderte Rollenverständnis von Patienten Krankenhäuser zu Veränderungen.

Nicht zu vergessen ist der Wandel in der Arbeitnehmermentalität und deren Wunsch nach Identifikation und Sinngebung durch die Arbeit, was die Ansprüche der Beschäftigten an den Arbeitsplatz erhöhte (Rustler/Gill 2002).

3.1.3.1. Reformen

Grund für die Durchführung der Reformen waren vor allem die stark angestiegenen Kosten für Gesundheitsleistungen. Diese stiegen damals von 1980 - 1990 von 66.417 auf 108.292 Mrd. Euro (OECD Gesundheitsdaten). Dieser Trend hält nach wie vor an. Inzwischen ist man in Deutschland bei 252.751 Mrd. Euro angelangt, was bezogen auf die Entwicklung der letzten zehn Jahre einem Zuwachs von 28,9 % entspricht (Statistisches Bundesamt 2009).

Tabelle 2: Gesundheitsausgaben von 1997 – 2007 in Deutschland in Mio. Euro

	1997	2007	Veränderung total	Veränderung in %
Gesundheitsausgaben insgesamt	195.945	252.751	+ 56.806	+ 28,9
stationäre/teilstationäre Einrichtungen	71.479	91.772	+ 20.293	+ 28,4
Krankenhäuser	53.208	64.646	+ 11.438	+ 21,4

Quelle: Statistisches Bundesamt 2009 ad-hoc Tabelle vom 20.06.2009

Wie Tabelle 2 zeigt, stellen Krankenhäuser dabei einen wesentlichen Kostenfaktor dar. Rund 25,6 % der Kosten innerhalb der Gesundheitsausgaben entfallen allein auf diese Einrichtungen. Betrachtet man die Ausgabenentwicklung im Krankenhausbereich, so ist zwischen 1997 bis 2007 ein Anstieg der Ausgaben um 21,4 % von 53.2 Mrd. auf 64.6 Mrd. Euro zu verzeichnen (Statistisches Bundesamt 2009).

Um die Kosten in Krankenhäusern zu reduzieren, wurden innerhalb eines Jahrzehnts drei einschneidende Reformen durchgeführt, die Führungskräfte von Gesundheitsorganisationen verstärkt mit Fragen der Wirtschaftlichkeit und Rentabilität konfrontierten: das Krankenhausneueordnungsgesetz (1984), das Gesundheits-Reform-Gesetz (1989) und das Gesundheits-Struktur-Gesetz (1993).

Für viele Krankenhäuser waren die Reformen mit starken finanziellen Verlusten verbunden. Ca. ein Drittel der Krankenhäuser beklagen laut Umfragen des Deutschen Krankenhausinstitutes und Analysen von Wirtschaftsforschungsinstituten Verluste in ihren Einrichtungen (Rheinisch Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung 2007). Viele Krankenhäuser gerieten dadurch unter enormen Druck um ihre Zukunftsfähigkeit zu sichern und wurden mit einer bis dahin nicht bekannten Konkurrenzsituation zu anderen Krankenhäusern konfrontiert, was nicht ohne Konsequenzen auf den kostenintensiven Personalbereich blieb (Isfort/Weidner 2007).

Eine wesentliche Veränderung für Krankenhäuser resultierte zudem aus der Umstellung auf ein diagnosebezogenes fallpauschaliertes Vergütungssystem mittels „Diagnosis Related Groups“ (DRG)⁴, das zu einer verbesserten Kostentransparenz und Wirtschaftlichkeit beitragen sollte und zugleich die Qualität von Leistungen in den Mittelpunkt rückte. 2007 gab es über 1.000 DRG's, die die Basis für das neue Preissystem bilden. In 2009 soll die Umstellung von einem individuellen Krankenhausbasisfallwert auf einen landesweiten Basisfallwert vollzogen sein. Für Krankenhäuser, deren Preisniveau über dem Durchschnitt ihres Bundeslandes liegen, bedeutet dies Umsatzeinbußen und die verstärkte Durchführung von Umstrukturierungs- und Veränderungsmaßnahmen (Isfort/Weidner 2007). Obwohl Umfragen zufolge die meisten Krankenhäuser mit der Umstellung auf das neue Finanzierungssystem insgesamt zufrieden sind (Blum et al. 2006), ist zu bedenken, dass der zunehmende Wettbewerb Folgen für die Arbeitssituation der Mitarbeiter in Krankenhäusern (vgl. Kapitel 3.4), die Patientenversorgung und die Prozessqualität im Krankenhaus hatte (v. Bandemer et al. 2002, Trojan et al. 2002).

Weitere Veränderungen für das Krankenhausmanagement und die Mitarbeiter brachten die Änderungen im Arbeitszeitrecht durch das Urteil des Europäischen Gerichtshofes, wonach der Bereitschaftsdienst der Ärzte zu 100 % als Arbeitszeit zu werten ist, die gesetzlichen Vorgaben zur Qualitätssicherung und die Einführung von Qualitätsmanagement sowie Zertifizierungsverfahren.

In vielen Krankenhäusern fanden darüber hinaus Umstrukturierungsprozesse statt, wie z.B. Maßnahmen zur Neugestaltung im Bereich der stationären und ambulanten Versorgung, Bil-

⁴ Bis zur Einführung der DRG's erfolgte die Kostenabrechnung im Krankenhaus durch ein Mischsystem, bestehend aus Fallpauschalen für bestimmte Diagnosegruppen, Sonderentgelten für bestimmte operative, diagnostische und/oder therapeutische Eingriffe sowie einem Tagespflegesatz für die jeweilige Fachabteilung, bestehend aus einem Abteilungspflegesatz (für Personal- und Sachkosten) und einem Basispflegesatz (umfasste alle Leistungen, die nicht durch ärztliche oder pflegerische Tätigkeiten erbracht werden, z.B. für die Verwaltung, Technik oder Versorgung).

derung von Zentren, die sich am Krankheitsbild des Patienten orientieren und durch Behandlungspfade die Patientenversorgung optimieren, Einführung eines vierstufigen Pflege- und Behandlungskonzeptes, das am Grad der Pflegebedürftigkeit ausgerichtet ist, sog. Low Care Stationen, Normalstationen, Überwachungsstationen und Intensivstationen sowie der Aufbau von Konzepten zur Integrierten Versorgung⁵.

3.1.3.2. Ursachen für den Reformbedarf

Die Ursachen für den Kostenanstieg sind bekannt und werden im Wesentlichen auf die folgenden drei Entwicklungen zurückgeführt:

- Demografische Entwicklung: Zum Einen führte diese zu einer Zunahme an älteren Menschen in der Bevölkerung. Immer mehr Menschen erreichen ein Lebensalter, in dem die Wahrscheinlichkeit zunimmt, an einer oder mehreren chronisch-degenerativen Erkrankungen zu erkranken und/oder pflegebedürftig zu werden. Zum Anderen nimmt die Anzahl junger Menschen ab, die in die Sozialversicherungssysteme einzahlen, bzw. Pflegeleistungen für die älteren Menschen erbringen können (Henke/Reimers 2006).
- Wandel des Krankheitspanoramas: Während zu Beginn des 20. Jh. Infektionskrankheiten als häufigste Todesursache galten (Meyer 2004), stellen derzeit chronische Erkrankungen die Hauptursache für Behinderung und Tod dar (Maaz et al. 2006). Grund für den deutlichen Rückgang der großen Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, Pocken, Typhus, Diphtherie oder Cholera, war die Verbesserung hygienischer, sozialer und ökonomischer Bedingungen, aber auch die Einführung von Schutzimpfungen und neuen therapeutischen Möglichkeiten, insbesondere die Verfügbarkeit von Antibiotika (Robert Koch-Institut 2004)⁶.

Die Zunahme an chronisch-degenerativen Erkrankungen wird auf die veränderten Lebensgewohnheiten und das Gesundheitsverhalten der Menschen zurückgeführt: Zuviel an fettreicher Ernährung bei zugleich weniger Bewegung sowie der Konsum von Alkohol- und Nikotin begünstigen die Entstehung chronisch-degenerativer Erkrankungen, die inzwischen gemeinsam mit den bösartigen Neubildungen an der Spitze der Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken stehen (Maaz et al. 2006). Die Daten und Analysen der AOK (vgl. Badura et al. 2009) zeigen, dass einzig bei den psychischen Erkrankungen ein deutlicher

⁵ Bei der Integrierten Versorgung nach § 140a ff SGB V werden Verträge mit einzelnen Krankenkassen zu bestimmten Krankheitsbildern, definierten Patientengruppen und unterschiedlichen Zuweisern geschlossen.

⁶ Dennoch spielen Infektionskrankheiten nach wie vor eine Rolle, sowohl weil bereits alte ausgerottet geglaubte Seuchen wieder aufflammen als auch neue Infektionen hinzukommen.

Anstieg zu verzeichnen ist, während sich alle anderen Krankheitsgruppen rückläufig entwickeln (ebd.). Da der Anstieg chronisch-degenerativer Erkrankungen im Allgemeinen zu einer längeren und häufigeren Inanspruchnahme von medizinischen Einrichtungen, Heil- und Hilfsmitteln sowie Medikamenten führt, trägt dies zu einem Kostenanstieg der Gesundheitsleistungen bei (Salfeld/Wettke 2001; Maaz et al. 2006)

- **Medizinisch-technischer Fortschritt:** Durch den Einsatz hochtechnischer Medizingeräte wird die Versorgung zum Einen immer kostenintensiver, zum Anderen führen die verbesserten Diagnoseverfahren dazu, dass bei immer mehr Menschen eine Erkrankung erkannt wird, was die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ebenfalls erhöht (Henke/Reimers 2006). Hinzu kommt, dass es sich bei den Neu- und Weiterentwicklungen oftmals um sehr kostenintensive Techniken handelt, die vielfach die bestehenden Untersuchungsverfahren nicht ablösen, sondern ergänzend zu diesen eingesetzt werden, was ebenfalls zur Erhöhung der Kosten führt (Schmidt et al. 2004). Für viele Krankenhäuser stellt sich in dem Zusammenhang das Problem, dass sie trotz des Kostendrucks einen solchen optimalen Untersuchungs- und Therapiekomfort anbieten müssen, um gegenüber anderen Gesundheitseinrichtungen konkurrenzfähig zu sein (Krug et al. 2003). Auch setzen die gegenwärtigen Erstattungsregeln der Krankenversicherungen eher Anreize zur übermäßigen Produktion Kosten verursachender anstelle Kosten sparender Innovationen (ebd.).

3.1.3.3. Auswirkungen der Reformen

In den meisten Krankenhäusern reagierte das Management zur Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit mit dem Abbau von Überkapazitäten und der Durchführung von Umstrukturierungsmaßnahmen.

Tabelle 3: Entwicklung der Zahl der Krankenhäuser, Krankenhausbetten, Behandlungsfälle und Liegetage von 1997 - 2007

	1997	2007	Veränderung total	Veränderung in %
Anzahl der Krankenhäuser	2.258	2.087	- 171	- 7,6 %
Anzahl der Krankenhausbetten	580.425	506.954	- 73.471	- 12,7 %
Fallzahl in 1 000	16.429	17.178	+ 749	+ 4,6 %
Verweildauer in Tagen	10,5	8,3	- 2,2	- 21,0 %

Quelle: Statistisches Bundesamt 2009 ad-hoc Tabelle 20.06.2009

So kam es zu Zusammenlegungen bzw. Schließungen von Abteilungen und ganzen Krankenhäusern, zum Abbau von Krankenhausbetten, der Verkürzung von Liegezeiten sowie einer Steigerung der Behandlungsfälle (vgl. Tabelle 3).

Seit 1997 verringerte sich die Anzahl der Krankenhäuser um 7,6 % und die Bettenanzahl um 12,7 %. Die Verweildauer der Patienten sank innerhalb von 10 Jahren von 10,5 auf 8,3 Tage und verringerte sich damit um 21,0 %. Im gleichen Zeitraum erhöhte sich die Anzahl der stationären Behandlungsfälle um 4,6 %.

Tabelle 4: Ärztliches und nichtärztliches Krankenhauspersonal von 1997 - 2007

		1997	2007	Veränderung total	
Beschäftigte am 31.12.	insgesamt	1 124 870	1 067 287	- 57 583	
	davon	Ärztlicher Dienst	118 522	136 267	17 745
		Nichtärztlicher Dienst	1 006 348	931 020	- 75 328
Vollkräfte im Jahresdurchschnitt	Insgesamt	861 548	792 299	- 69 249	
	davon	Ärztlicher Dienst	105 618	126 000	20 382
		Nichtärztlicher Dienst	755 930	666 299	- 89 631

Quelle: Statistisches Bundesamt 2009 ad-hoc Tabelle 20.06.2009

Gleichzeitig reduzierte sich die Anzahl der Beschäftigten insgesamt um 5,1 % und der Vollkräfte sogar um 8,0 % (vgl. Tabelle 4). Der Personalabbau in Krankenhäusern betraf jedoch nicht alle Berufsgruppen gleichermaßen: Während sich die Zahl der hauptamtlichen Ärzte in diesem Zeitraum um 15,0 % und die der ärztlichen Vollkräfte sogar um 19,3 % erhöhte, verringerte sich die Zahl des nichtärztlichen Personals im selben Zeitraum um 7,5 % und bei den nichtärztlichen Vollkräften um 11,9 %. Zwar reduzierte sich zeitgleich auch die Verweildauer der Patienten und die Anzahl der Krankenhausbetten (vgl. Tabelle 3), jedoch kann dies nicht die Verringerung beim Pflegepersonal in diesem Umfang begründen, da vorwiegend die pflege- und therapieintensiven Tage des Krankenhausaufenthaltes abgebaut wurden (Isfort/Weidner 2007).

Eine solche Entwicklung bleibt nicht ohne Konsequenz für die Arbeitssituation der Krankenhausmitarbeiter, die Patientenversorgung und die Prozessqualität im Krankenhaus.

Für die Mitarbeiter im Krankenhaus kam es zu einer enormen Leistungsverdichtung (Höge/Glaser 2005; Schrappe 2005; Robert-Bosch-Stiftung 2007). So muss weniger Personal

mehr Patienten betreuen und die in der Zeit erforderliche Diagnostik, Therapie und Pflege erbringen (Schrappe 2005). Die Tendenz wird noch verstärkt, da infolge der Innovationen im Gesundheitswesen auch die Untersuchungen aufwändiger und die Therapien komplexer geworden sind (ebd.) Durch die Verkürzung der Liegezeiten verstärkt sich der Anteil an kranken und pflegeintensiven Patienten in der verbleibenden Zeit, so dass sich der Pflegeaufwand insgesamt vergrößert. Aufgrund des demografischen Wandels in der Bevölkerung ist auch der Anteil älterer Menschen im Krankenhaus gestiegen, die oftmals multimorbide sind und einen höheren Pflegebedarf aufweisen als jüngere Patienten (Schmidt/Möller 2006; Robert-Bosch-Stiftung 2007). Hinzu kommt der gestiegene Zeitaufwand für administrative Tätigkeiten und die Dokumentation.

Einen Anhaltspunkt, was diese Entwicklungen konkret für einzelnen Mitarbeiter bedeuten, erhält man anhand der Personalbelastungszahl: Sie gibt Auskunft darüber, wie viele Behandlungstage eine Vollkraft im Berichtsjahr zu erbringen hat (Bölt 2006, S. 292).

Tabelle 5: Anzahl der durchschnittlich zu betreuenden belegten Betten und Fälle je Vollkraft 1997 und 2007

Jahr	Ärzte		Pflege	
	Belastungszahl je (belegtem) Bett	Belastungszahl je Fall ²	Belastungszahl je (belegtem) Bett	Belastungszahl je Fall
1997	1.627,0	155,6	503,7	48,2
2007	1.134,1	136,3	479,0	57,6
Veränderung total	- 492,9	- 19,3	- 24,7	+ 9,4
Veränderung in %	- 43,5	- 14,2	- 5,2	+ 19,6
¹ Belastungszahl je (belegtem) Bett: Pfl egetage / Vollkräfte ² Belastungszahl je Fall: Fallzahl / Vollkräfte (Abweichungen in den Summen durch Rundungen)				

Quelle: Statistisches Bundesamt 2009 ad-hoc Tabelle 01.07.2009 (eigene Berechnung)

Anhand von Tabelle 5 ist zu erkennen, dass sich für die Ärzte im Zeitraum von 1997 - 2007 die Zahl der zu betreuenden Betten und Fälle deutlich verringert hat, wenngleich die Anzahl an Patienten, die von einem Arzt betreut werden, immer noch sehr hoch ist. Bei der Pflege ist ebenfalls ein Rückgang der zu betreuenden Betten zu verzeichnen, wenngleich dieser deutlich geringer ausfällt als bei den Ärzten. Hingegen stieg in der Pflege die Anzahl der Behandlungsfälle.

Die Führung von Krankenhäusern steht vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen vor der besonderen Herausforderung, die aus betriebswirtschaftlicher Sicht erforderlichen Kosten senkenden Maßnahmen, mitarbeitergerecht durchzuführen.

Welche Besonderheiten die Führung in Krankenhäusern aufweist, welche Aufgaben ihr im Rahmen der Gesundheitsförderung zukommt und welche Zusammenhänge zwischen Führung und Gesundheit bestehen, wird im Folgenden aufgezeigt.

3.2. Führung im Krankenhaus

Die Führung einer Organisation erfordert eine Vielzahl an Fähigkeiten und erstreckt sich auf verschiedene Bereiche des Unternehmens. Eine wesentliche Komponente innerhalb der Führungsaufgaben bildet der Personalbereich, insbesondere in Dienstleistungsunternehmen wie Krankenhäusern: Die Beschäftigten stellen einen bedeutsamen Ausgabenposten dar, zudem bilden sie eine wichtige Ressource, da die Mitarbeiter wesentlich für die Qualität der im Krankenhaus erbrachten Leistungen verantwortlich sind. Obwohl der Krankenhausalltag sehr stark durch eine Vielzahl an medizinisch-technischen Geräten bestimmt wird und der technische Fortschritt gerade in diesem Bereich enorm ist, verbleiben viele Tätigkeiten zur Versorgung des Patienten in der Hand der Mitarbeiter. Anders als in öffentlichen Dienstleistungsbranchen können die in Gesundheitseinrichtungen erbrachten Leistungen zwar durch die Technologie unterstützt, jedoch nicht durch diese ersetzt werden (Robert-Bosch Stiftung 2006), so dass auch in Zukunft das Krankenhaus vor allem durch seine vorhandenen Personalressourcen geprägt sein wird. Zudem wird sich der Wandel der Krankenhäuser zu modernen Dienstleistungsunternehmen besser mit engagiertem und gesundem Personal bewältigen lassen.

In Bezug auf die Personalpolitik bedeutet dies, dass sich Führungskräfte verstärkt mit den Bedürfnissen ihrer Mitarbeiter auseinandersetzen müssen, damit diese vor allem auch vor dem Hintergrund immer knapper werdenden Personalressourcen und des steigenden Renteneintrittsalters, ihren Einrichtungen möglichst lange gesund, motiviert und leistungsfähig zur Verfügung stehen.

Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten hängen ihrerseits maßgeblich von der Qualität der Führung ab und davon, wie gut sie es versteht, gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen zu schaffen und die körperlichen, geistigen und kreativen Kräfte der Mitarbeiter aktiviert, ohne sie zu überfordern (Bemmlotte 1991, Münch et al. 2003). Führungskräfte können einen negativen Einfluss auf die Mitarbeiter haben, mit Auswirkungen auf das Fehlzeitenge-

schehen und damit auch die Kosten eines Unternehmens (Münch et al. 2003). Führungskräfte können sich jedoch auch durch ein mitarbeiterorientiertes Führungsverhalten und die Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen „beflügelnd“ auf das gesundheitliche Befinden, die Zufriedenheit und Motivation der Mitarbeiter auswirken und damit zur Steigerung der Qualität und Produktivität beitragen (Münch et al. 2003; Badura/Hehlmann 2003).

Insofern stellt die Gesunderhaltung der Mitarbeiter eine wichtige Führungsaufgabe dar. Die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren sowie eine menschengerechte Gestaltung des Arbeitsplatzes gehört bereits zu den gesetzlich festgelegten Aufgaben eines Arbeitgebers (Leichsenmann/Petermann 2001, zit. nach Zimmer 2006). Studien zeigen, dass auch „weiche Faktoren“, wie das Sozialkapital oder immaterielle Arbeitsbedingungen die Gesundheit der Mitarbeiter beeinflussen (Rixgens 2008) und daher von Führungskräften berücksichtigt werden sollten.

Führungskräfte nehmen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung mehrere Aufgaben wahr: Neben ihrem Einfluss auf die Gestaltung von Arbeitsbedingungen sind sie wichtige Partner wenn es darum geht, das Thema „Gesundheit“ in die Unternehmenspolitik z.B. durch die Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements zu integrieren. Sie sind außerdem Kooperationspartner für betriebliche Experten. Aufgrund der gestiegenen Anforderungen sind sie selbst Zielgruppe in der betrieblichen Gesundheitsförderung, da viele Führungskräfte dazu neigen, die eigene Gesundheit zu vernachlässigen und Warnsignale ihres Körpers zu ignorieren. Auch, oder gerade für sie gilt, dass sie zur Ausübung ihrer Aufgaben gesund sein müssen. Zudem sollten sie den Mitarbeitern durch ihr eigenes (gesundheitsförderliches) Verhalten ein gutes Beispiel geben.

Das folgende Kapitel wird daher zunächst auf den Begriff der Führung eingehen und sich anschließend mit Führungskräften in Krankenhäusern auseinandersetzen. Es wird aufgezeigt, wie die Führung in Krankenhäusern üblicherweise organisiert ist und über welche Qualifikationen Führungskräfte besonders im Hinblick auf die Personalführung verfügen. Anschließend wird näher auf den Zusammenhang zwischen Führung und Gesundheit eingegangen. Es wird dargestellt, welche Aufgaben es für Führungskräfte im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung, bzw. dem betrieblichen Gesundheitsmanagement gibt und wie das Führungsverhalten die Gesundheit der Mitarbeiter beeinflusst. Abschließend wird auf die Gesundheit der Führungskräfte selbst eingegangen. Aufgrund hoher Belastungen sind sie selbst Zielgruppe gesundheitsförderlicher Maßnahmen. Gelingt es Führungskräften nicht den Belas-

tungen zu begegnen besteht die Gefahr, dass sie den entstehen Druck an ihre Mitarbeiter weitergeben.

3.2.1. Definition und Begriffsbestimmung

Zum Begriff der „Führung“ liegt keine einheitliche Definition vor, vielmehr hat die Führungsforschung eine Vielzahl an Definitionen hervorgebracht, wie schon Stogdill (1974, S. 259) anmerkt: „There are almost as many definitions of leadership as there are persons who have attempt to define the concept.“ Wolff und Göschel (1987) verstehen z.B. unter Führung „... die Beeinflussung von Personen, insbesondere ihres Verhaltens und ihrer Einstellung zum Zweck der Erreichung bestimmter Ziele.“

In Bezug auf Organisationen unterscheidet man zwischen Unternehmensführung und Personal- oder Mitarbeiterführung (Pfaff et al. 2009). Die Unternehmensführung ihrerseits unterteilt sich in die Bereiche strategische und operative Führung.

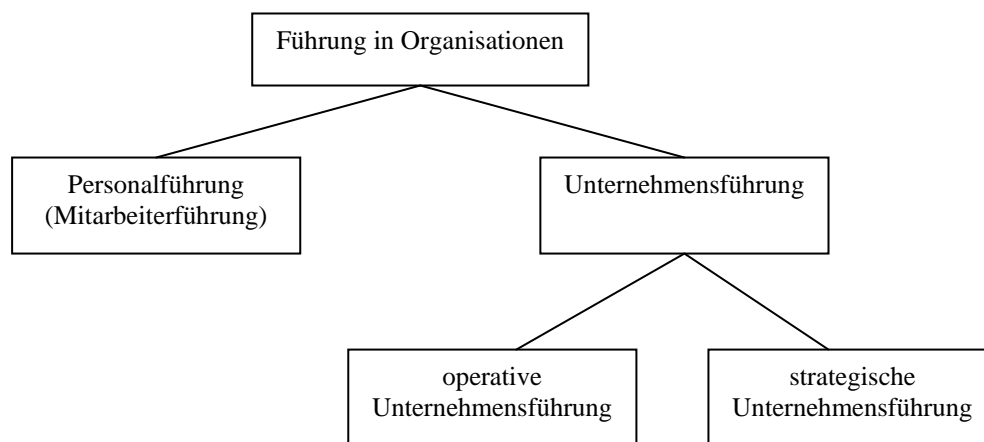


Abbildung 1: Systematik der Begriffe Führung, Personalführung und Unternehmensführung. (Quelle Pfaff et al. 2009)

Bei der strategischen Führung geht es um die Festlegung und Verfolgung mittel- bis langfristiger Ziele sowie die Festlegung von Normen und Werten, die bei der Verfolgung der Ziele von den Mitarbeitern zu beachten sind. Bei der operativen Führung geht es darum, die strategischen Ziele in mittel- bis langfristig zu erreichende Zwischenziele umzusetzen. Dies bein-

haltet die Mittel und Wege für die Erreichung der Zwischenziele festzulegen, die Sicherung der Unterstützung der Mitarbeiter und Unterstützungsleistungen zielgerichtet zu lenken (ebd.).

3.2.2. Führungskräfte im Krankenhaus

Aufgrund der Organisationsstruktur von Krankenhäusern finden sich Führungskräfte in allen drei Berufsgruppen und den verschiedenen Hierarchieebenen (vgl. Kapitel 3.1.1.).

Traditionell setzt sich die oberste Führungsebene eines Krankenhauses aus einem Verwaltungs- oder Kaufmännischen Direktor, einem Ärztlichen Direktor sowie der Pflegedirektion/Pflegedienstleitung zusammen. In christlich geführten Einrichtungen kommt eine Oberin hinzu, die für den Gesamtkomplex Krankenhaus zuständig ist, sich um die Umsetzung von Leitlinien kümmert und für die Entwicklungsförderung des Krankenhauses und insbesondere auch seine Kultur zuständig ist (Degenhardt 1998). Im deutschen Gesundheitssystem nimmt der ärztliche Dienst eine besondere Position ein. So ist die Aufbauorganisation in den meisten Krankenhäusern sehr stark durch den ärztlichen Dienst geprägt, „da dieser in einer naturwissenschaftlich ausgerichteten Krankenhauskultur über eine gewisse Vormachtstellung gegenüber allen anderen im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen verfügt“, (Robert-Bosch Stiftung 2007, S. 151).

Allerdings zeichnet sich hier eine Veränderung ab, da in Folge der DRG-Einführung und der stärkeren ökonomischen Ausrichtung in Krankenhäusern Chefärzte an Macht verlieren, wohingegen der Einfluss des Managements und der Betriebswirte steigt (Klinke/Kühn 2006). Zudem entwickeln sich teilweise neue Hierarchieformen, da der Fokus stärker auf patientenorientierten Prozessen liegt, was eine interdisziplinäre teamorientierte Zusammenarbeit erfordert. Leitungsfunktionen werden dann an jene Personen übertragen, die den gesamten Patientenprozess koordinieren (Klinke/Kühn 2006; Robert-Bosch Stiftung 2007).

3.2.2.1. Ärzte in Führungspositionen

Im Krankenhaus befinden sich Ärzte in verschiedenen Führungspositionen: An oberster Stelle der Hierarchie befindet sich der ärztliche Direktor. Dem ärztlichen Direktor als Chefarzt sind die ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter seiner Abteilung bzw. seines Funktionsbereichs untergeordnet (Degenhardt 1998, S. 7). Die Chefärzte aus anderen Abteilungen und Funktionsbereichen werden durch den ärztlichen Direktor im Leitungsgremium repräsentiert, sind ihm aber nicht nachgeordnet. Chefärzte leiten ihre Abteilung in medizinischen Fragen in ei-

gener Verantwortung und ohne Vorgesetzten, sind allerdings bei finanziellen Entscheidungen oder strukturellen Veränderungen auf den Konsens mit dem Direktorium, bzw. der Geschäftsführung angewiesen.

Die mittlere Führungsebene wird von den Oberärzten, in der Regel Fachärzten des jeweiligen Fachgebietes gebildet. Ihnen nachgeordnet sind Stations- und Assistenzärzte, die gegenüber dem Pflegepersonal in Bezug auf die Behandlungspflege des Patienten eine Führungsfunktion einnehmen (ebd.).

Eine Führungsposition erwerben Ärzte vor allem durch fachliches Können, ärztliche Erfahrung und Expertise (Barth/Jonitz 2009), teilweise werden sie auch aufgrund ihres Dienalters oder wegen Besetzungsnotwendigkeiten befördert, bzw. die Nachfolge wird von „Ziehvätern“ bestimmt. An Universitätskliniken kommen als Qualifikationskriterien Lehrbefähigung, überregionales Image oder die Fähigkeit zur Akquisition von Forschungsmitteln hinzu (Hoefert 1997). Qualitäten, wie die Fähigkeit zur Führung oder Teamarbeit, stellt in kommunalen Einrichtungen lange Zeit keine Grundvoraussetzung für Leitungsfunktionen dar (ebd.), jedoch zeichnen sich hier Veränderungen ab.

Obwohl Ärzte in ihrem Berufsleben, sei es im Krankenhaus oder in der Praxis, in die Situation kommen, andere Menschen zu führen, wird dieses Thema im Rahmen des humanmedizinischen Studiums nicht behandelt, d.h. die meisten Ärzten werden auf eine Tätigkeit als Führungskraft nicht ausreichend vorbereitet. Geführt wird oftmals „aus dem Bauch heraus“ (Barth/Jonitz 2009). In der ärztlichen Aus- und Weiterbildung wird vorwiegend fachliches Wissen vermittelt. Führungskompetenzen werden nicht als eigenständige Qualifikation betrachtet, sondern im Laufe der ärztlichen Tätigkeit, vor allem in der Oberarztzeit erworben. Als Orientierung dient dabei häufig der Führungsstil des jeweiligen Vorgesetzten (Lieb 2004) Gelangen Ärzte ausschließlich aufgrund ihrer fachlichen Kompetenzen in eine Führungsposition, sind sie mit der gleichsam auf sie übertragenen Führungsverantwortung häufig überfordert (Lieb 2004). Einige Ärzte machen neben dem Beruf eine Zusatzausbildung, um sich auf ihre Aufgabe als Führungskraft vorzubereiten (Degenhardt 1998).

Tendenziell zeigen ärztliche Führungskräfte in Krankenhäusern vorwiegend einen autoritären, patriarchalischen Führungsstil (Schrappe 2005), der durch traditionelle Werte wie Pflichtbewusstsein und Gehorsam sowie durch reglementierte Arbeitsabläufe gekennzeichnet ist. Vielfach wird dabei versäumt die Mitarbeiter in Entscheidungsprozesse ihres Arbeitsplatzes einzubeziehen. „Der praktizierte Führungsstil vieler leitender Ärzte ist durch eine relativ hohe

Aufgaben- und eine relativ geringe Mitarbeiterorientierung charakterisiert. ... Die Vernachlässigung der personalen Dimension zeigt sich beispielsweise in der fehlenden Anerkennung für geleistete Arbeit und in der mangelnden Kommunikationsbereitschaft gegenüber den ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern sowie in der mangelhaften Einarbeitung und Einführung neuer Mitarbeiter.“ (Lieb 2004 S. 116).

In ihrem Selbstverständnis verstehen sich Ärzte in erster Linie als Mediziner, bzw. wenn sie in Leitungspositionen gelangen, als leitende Mediziner bei denen die fachliche Qualifikation das zentrale Qualitätskriterium darstellt (Hoefert 1997). Dies wird auch deutlich anhand der Ergebnisse einer Studie der Fakultät für Gesundheitswissenschaften Bielefeld. Tabelle 6 zeigt die verschiedenen Aufgaben, die ein Chefarzt ausübt und welchen Stellenwert diese einnehmen:

Tabelle 6: Rangliste von Managementaufgaben von Chefarzten

Managementaufgaben von Chefarzten
1. Arzt, guter Arzt
2. Spezialist im Fachgebiet
3. Lehrer
4. Forscher
5. Repräsentant
6. Vorgesetzter/Leiter
7. Verbindungsperson
8. Informations-Monitor
9. Informations-Verteiler
10. Sprecher
11. Unternehmer
12. Problemlöser
13. Verteiler von Ressourcen
14. Verhandlungsführer

Quelle: Güntert/Offermanns 2002

Wie anhand der Tabelle 6 zu erkennen ist sehen sich Chefarzte in erster Linie als ein guter Arzt und Spezialist im eigenen Fachbereich. Die Rolle als Vorgesetzter bzw. Leiter der Klinik oder Abteilung besitzt eine geringere Wichtigkeit, wobei häufig die Auffassung vertreten wird, dass Führung über Vorbildwirkung genügend sei (vgl. Güntert/Offermanns 2002, S. 154).

Entgegen diesem vorwiegend medizinisch orientierten Selbstverständnis der Mediziner, werden von einer Führungs- oder Chefarztposition zunehmend jedoch auch Qualifikationen im Bereich der Sozial- und Methodenkompetenz gefordert (vgl. Tabelle 7). Bei den Angaben

handelt es sich um eine Auswertung von 385 Stellenanzeigen⁷ zu Anforderungen an Chefärzte. Tabelle 7 zeigt, dass soziale Kompetenzen und Fähigkeiten, wie die Fähigkeit zur „Kooperationsbereitschaft“ an erster Stelle stehen, also noch vor fachlichen Qualifikationen, wie „(Spezial-) Kenntnisse im Fachgebiet“ oder „Habilitation“.

Tabelle 7: Häufigkeitsverteilung der Anforderungen an Chefärzte

Rang	Merkmalsausprägung	(Unter-) Kategorie	relative Häufigkeit in %
1	Kooperationsbereitschaft	Sozialkompetenz	65,7
2	Betriebswirtschaftliches Verständnis	Methodenkompetenz	57,1
3	(Spezial-) Kenntnisse im Fachgebiet	Fachkompetenz	55,1
4	Habilitation	Fachkompetenz	40,8
5	Organisationstalent	Methodenkompetenz	34,0
6	Personalführungstalent	Methodenkompetenz	22,1
6	Erfahrung im Management	Fachkompetenz	22,1
8	Langjährige Erfahrung im Fachgebiet	Fachkompetenz	20,5
9	Fertigkeit im Qualitätsmanagement	Methodenkompetenz	15,6
10	Teamfähigkeit	Sozialkompetenz	15,3
11	langjährige Erfahrung als (It.) Oberarzt	Fachkompetenz	14,3
12	Weiterbildungsermächtigung/ -befugnis	Fachkompetenz	12,5
13	Innovationsbereitschaft	Methodenkompetenz	12,0
13	Kommunikationsfähigkeit	Sozialkompetenz	12,0
15	Erfahrung im Budget-Management	Methodenkompetenz	8,1
16	Fähigkeit zur Integration	Sozialkompetenz	7,8
17	Kenntnisse im DRG-System	Methodenkompetenz	6,5
18	Durchsetzungsvermögen	Sozialkompetenz	5,2
19	Fähigkeit, konzeptionell zu denken	Methodenkompetenz	4,7
20	Promotion	Fachkompetenz	1,8
20	Erfahrung im Personalmanagement	Methodenkompetenz	1,8
20	Fähigkeit zur Selbstmotivation	Selbstkompetenz	1,8
23	Einfühlungsvermögen	Sozialkompetenz	1,6
24	Konfliktfähigkeit	Sozialkompetenz	0,5
24	Zusatzqual. in Betriebswirtschaftslehre	Fachkompetenz	0,5

Quelle: Lieb (2004), S. 160

Auch wird in der Aufstellung die zunehmend betriebswirtschaftliche Orientierung von Krankenhäusern deutlich. So stellt das Verständnis für betriebswirtschaftliche Aspekte die zweithäufigste Anforderung an Chefärzte dar. Zusammen mit dem „Organisationstalent“ wird die-

⁷ Es handelt sich hierbei um eine Stichprobe von Stellenanzeigen aus der Fachzeitschrift „Deutsches Ärzteblatt“ von öffentlichen (191 Anzeigen), freigemeinnützigen (136 Anzeigen) und privaten (26 Anzeigen) Krankenhäusern.

sen Qualifikationen eine hohe Bedeutung beigemessen und diese Anforderungen in mehr als einem Drittel aller Stellenanzeigen genannt.

Eine mittlere Bedeutung haben „Personalführungstalent“ „Erfahrung im Management“, „Teamfähigkeit“ und „Kommunikationsfähigkeit“. Die Merkmale zwischen Rang 6 und 13 weisen eine relative Häufigkeit zwischen 10 % und 30 % auf.

Eine lediglich untergeordnete Bedeutung, mit einer relativen Häufigkeit unter 10 %, erlangen Merkmale, wie „Einfühlungsvermögen“ und „Konfliktfähigkeit“.

Nicht verwunderlich ist daher, dass vielfach die mangelnde Leitungs- und Führungskompetenz von Chef- und Oberärzten beklagt wird. Einer Studie von v. Eiff (2000) zufolge, in der mehr als 3000 Ärzte über Führung und Motivation in deutschen Krankenhäusern befragt wurden, verfügen nur 45 % der heutigen Chefärzte und 51 % der Oberärzte über Führungsfähigkeiten. Die daraus resultierenden Probleme machen sich in der Zusammenarbeit, in sozialer Kälte, fehlender Fürsorgepflicht sowie in einer vordergründigen Orientierung an materiellen Werten und Statussymbolen bemerkbar (Grundwald 2000, S. 203).

Die Einschätzungen werden durch von Brücker (2009) weitgehend gestützt, der in einer aktuellen Studie Zusammenhänge zwischen Führung⁸ in Krankenhäusern und Gesundheit untersuchte. So erhalten Ärzte sehr gute Bewertungen hinsichtlich der medizinisch-fachlichen Kompetenz, es mangelt ihnen jedoch an Fähigkeiten zur Organisation und Koordinierung alltäglicher Arbeitsabläufe, bzw. der politisch-planerischen Gestaltung des Arbeitsumfeldes (Brücker 2009, S. 48). Ebenso wird ärztlichen Führungskräften in Bezug auf Aspekte der Führungspersönlichkeit ein hohes Maß an Fleiß und Leistungsbereitschaft bescheinigt, sie gelten jedoch auch als empfindlich-gehemmte Persönlichkeiten und werden in hohem Maß als tyrannisch-dominant erlebt. Vor allem in Situationen, in denen es zu Meinungsverschiedenheiten und/oder Interessenskonflikten kommt, neigen Ärzte sehr stark dazu Druck auf die Mitarbeiter auszuüben. Ebenso versuchen sie jedoch auch ihre Meinung durch fachlich-sachliche Argumente durchzusetzen, was nach Ansicht von Brücker darauf schließen lässt, dass der Arbeitsalltag bei Ärzten sehr stark durch Konkurrenzdenken und Machtkämpfe geprägt ist (ebd.). In Bezug auf die Partizipationsmöglichkeiten zeigen die Studienergebnisse, dass ärztliche Führungskräfte ihre Mitarbeiter zwar in starkem Maß an Routineentscheidun-

⁸ Untersucht wurden Führungskräfte aus den Berufsgruppen Ärzte, Pflege, Funktionsdienst, Verwaltung und Versorgung.

gen teilhaben lassen, jedoch bei wichtigen Entscheidungen die Möglichkeiten der Partizipation eher niedriger ausfallen.

Dass sich hier ein Wandel vollzieht und vermehrt gefordert wird, dass Ärzte neben medizinischen Kompetenzen auch Qualifikationen in Management und Personalführung erwerben müssen, zeigen verschiedene Artikel (vgl. Kern 2002; Hennes/Werr 2003; Schwing 2003; Flintrop/Gerst 2008).

Veränderungen zeichnen sich bereits im Bereich der Ausbildung der Studenten ab. So gibt es in der neuen Approbationsordnung Ansätze, den Studenten Kenntnisse außerhalb des reinen Fachwissens zu vermitteln, z.B. im Bereich der Kommunikationsfähigkeit (Flintrop 2008). Zudem sind immer mehr Ärzte bereit, sich Führungskompetenzen im Rahmen von Fortbildungsmaßnahmen anzueignen, wenngleich diese vorwiegend selbst initiiert sind, in der Freizeit durchgeführt und in der Regel selbst bezahlt werden.

Die Bundesärztekammer entwickelte ein Curriculum „Ärztliche Führung“. Zu erkennen ist, dass es neben der Vermittlung von Grundkenntnissen zum Krankenhausmanagement auch um die Weiterentwicklung sozialer Kompetenzen, wie Mitarbeiterführung oder Konfliktmanagement, geht (Bundesärztekammer 2007). So gehört die Mitarbeiterführung neben den Themen „Führung im Gesundheitswesen“, Führung von Versorgungseinrichtungen“ sowie „Selbstmanagement“ zu den vermittelten Schwerpunkten. Hierzu heißt es im Curriculum: „Die Teilnehmer kennen und verstehen die Grundlagen, Theorien und Modelle der Kommunikation und Motivation. Sie setzen die wichtigsten Instrumente zur effektiven und erfolgsorientierten Anleitung von Mitarbeitern und Gruppen sowie Gestaltung von Arbeits- und Geschäftsprozessen, zur Leistungsförderung und Beurteilung ein. Dabei reflektieren sie kritisch den ethischen und persönlichen Bezugsrahmen ihres Handelns, aber auch die Rahmenbedingungen existierender ärztlicher Führungsmodelle. Insbesondere für kritische Entscheidungssituationen in komplexen Institutionen erarbeiten sie konstruktive Lösungen, die auf ihr eigenes berufliches Handlungsfeld übertragbar sind.“ (ebd.) Auch in anderen Ländern widmet man sich inzwischen stärker dem Thema Führung (Ham 2008).

3.2.2.2. Pflegekräfte in Führungspositionen

Im Pflegebereich wird die oberste Führungsposition von der Pflegedirektion, bzw. der Pflegedienstleitung besetzt. Die mittlere Führungsebene bilden Stationschwestern, gefolgt vom Pflegepersonal ohne Leitungsfunktion (Degenhardt 1998).

Auch bei den Pflegekräften verhielt es sich lange Zeit so, dass diese aufgrund ihrer fachlichen Qualifikation und/oder Anzahl der Berufsjahre in Führungspositionen gelangten. Bereits seit einigen Jahren benötigen Pflegekräfte hierfür jedoch entsprechende Qualifikationsmaßnahmen: So wird, um als Pflegedienstleitung tätig zu werden, ein Hochschulabschluss im Bereich Pflegemanagement vorausgesetzt. Stationsleitungen werden zwar immer noch meist vom Pflorgeteam gewählt oder durch die Krankenhausleitung berufen, jedoch werden auch hier inzwischen entsprechende Qualifikationen verlangt, bzw. die Teilnahme an Weiterbildungen gefordert. Anders als bei den Ärzten, erfolgen solche Qualifikations- und Weiterbildungsmaßnahmen im Rahmen der Dienstzeit und die Kosten werden vom Krankenhaus übernommen.

Die Führungsqualität wird in Deutschland auf Stationsebene sehr positiv bewertet (Hasselhorn/Müller 2004). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt Brücker (2009). Die Auswertung zeigt, dass die Führungskräfte aus der Pflege neben Führungskräften aus der Verwaltung am besten abschnitten. Führungskräfte aus der Pflege erhielten in allen Kompetenzbereichen sehr gute Bewertungen, insbesondere hinsichtlich ihrer sozial-integrativen Führungskompetenz, aber auch in den Bereichen persönliche Integrität und Stabilität sowie der Bereitschaft die Mitarbeiter bei Führungsentscheidungen einzubeziehen. Die niedrigsten Werte erhielten sie im Bereich des Durchsetzungsverhaltens in Konfliktsituationen.

3.2.3. Aufgaben der Führung in der Gesundheitsförderung

Aus Sicht eines Unternehmens gehört es zu den wichtigsten Aufgaben von Führungskräften, die Mitarbeiter so zu leiten und Arbeitsbedingungen derart zu gestalten, dass Unternehmensziele erreicht werden. In der Regel sind diese Ziele betriebswirtschaftlicher Natur und bei Maßnahmen zur Gestaltung von Arbeitsbedingungen, steht die Optimierung des Produktes oder des Produktionsprozesses im Vordergrund. Zu wenig Berücksichtigung findet, dass die Gesundheit der Mitarbeiter eine wichtige Voraussetzung für das Erreichen solcher Unternehmensziele darstellt: Abgesehen von den direkten und indirekten Kosten, die durch Krankheiten entstehen, und die Verluste, die mit der Fluktuation qualifizierter Mitarbeiter verbunden ist, beeinträchtigen Erkrankungen auch den reibungslosen Betriebsablauf und belasten die anderen Mitarbeiter. Hingegen wirkt sich eine gezielte Gesundheitsförderung positiv auf die Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft aus, verringert Störungen durch Fehlzeiten oder Fluktuation und erhöht die Identifikation mit dem Unternehmen, was sich letztlich auch posi-

tiv auf die Produktivität niederschlägt. Die Gesundheitsförderung stellt daher eine wichtige Führungsaufgabe dar und ist mit betriebswirtschaftlichen Interessen sehr gut zu vereinbaren.

Dass Führungskräfte hierbei eine wichtige Rolle spielen, zeigen die verschiedenen Möglichkeiten, wie diese Einfluss auf die Gesundheit der Mitarbeiter nehmen können:

- Sie entscheiden, welche Rolle das Thema Gesundheit in der Einrichtung spielt, d.h. inwieweit Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung umgesetzt werden, bzw. ein Gesundheitsmanagement in die Unternehmenspolitik integriert wird.
- Sie sind die Kooperationspartner für die betrieblichen Experten.
- Sie tragen maßgeblich zur Gestaltung der Arbeitsbedingungen bei. Nach Joiko et al. (2002) umfassen die Arbeitsbedingungen die *Arbeitsaufgabe* (d.h. Art und Umfang der Tätigkeit), die *Arbeitsmittel* (d.h. die technischen Komponenten des Arbeitsplatzes), die *Arbeitsumgebung* (d.h. die physikalische, chemische, biologische und soziale Umgebung), die *Arbeitsorganisation* (d.h. die Regelung der Arbeitszeit, die Reihenfolge von Tätigkeiten und Arbeitsabläufen) und den *Arbeitsplatz* (d.h. die direkte Arbeitsumgebung der Beschäftigten).

Gerade Führungskräfte verfügen oftmals über wichtige Kenntnisse zu spezifischen Belastungen eines Arbeitsplatzes und können durch ihren engen Kontakt zu den Mitarbeitern am ehesten einschätzen, welche Fähigkeiten und Fertigkeiten wiederum dem Mitarbeiter zur Verfügung stehen, um den Arbeitsanforderungen zu begegnen und wie die Tätigkeit zu gestalten ist, damit sie den Mitarbeiter weder über- noch unterfordert und er seine Arbeit als bedürfnisgerecht und motivierend empfindet (Schmidt 1996).

- Sie haben Vorbildcharakter in Bezug auf ein gesundheitsförderliches Verhalten.

Die Aufgaben von Führungskräften im Bereich der Mitarbeitergesundheit richten sich im Wesentlichen auf Arbeitsschutzmaßnahmen und die Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen. Der Führung obliegt es die Themen in ihren Einrichtungen zu thematisieren und z.B. in Leitlinien zu verankern sowie entsprechende Maßnahmen durchzuführen.

3.2.3.1. Maßnahmen des Arbeitsschutzes

Der Arbeitsschutz gehört zum gesetzlich festgelegten Aufgabenbereich von Führungskräften (vgl. auch Kapitel 3.5.1.1.), wird jedoch vielfach vor allem vor dem Hintergrund des klassischen Arbeits- und Gesundheitsschutzes betrachtet. Insofern verstehen sich viele Führungskräfte bei der Wahrnehmung ihrer Führungsaufgaben in erster Linie als eine Art „Sicherheitsmanager“ (Zimber 2006).

Zu den Aktivitäten von Führungskräften gehört es, Gefahren am Arbeitsplatz zu identifizieren und für die Durchführung entsprechender Gegenmaßnahmen zu sorgen, wie beispielweise die Ausstattung der Beschäftigten mit Schutzausrüstungen und ergonomisch ausgerichteten Arbeitsmaterialien. Ebenso wichtig ist die Information über Themen der Arbeitssicherheit, die Anleitung und Motivation zu sicherheits- und gesundheitsbezogenen Tätigkeiten sowie die Unterweisung in Arbeitsschutzvorschriften und Kontrolle der Einhaltung selbiger (ebd.). Dabei spielt das Vorbildverhalten von Führungskräften eine wichtige Rolle.

Im Bereich des Arbeitsschutzes konnten durch die Verringerung oder Beseitigung von Arbeitsbelastungen gute Erfolge erzielt werden (Merboth et al. 1999; Wieland 1999).

3.2.3.2. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung

Führungskräfte können sich jedoch darüber hinaus auch als „Ressourcenmanager“ im Rahmen einer umfassenden betrieblichen Gesundheitsförderung verstehen. Die Möglichkeiten sind vielfältig, wie Tabelle 8 veranschaulicht.

Zu den Tätigkeiten, für die in der Arbeitspsychologie eine gesundheitsförderliche Wirkung nachgewiesen wurde zählen: Ganzheitlichkeit der Tätigkeit, Anforderungsvielfalt, Möglichkeiten der sozialen Integration, Autonomie, Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten, Zeitelastizität und stressfreie Regulierbarkeit und Sinnhaftigkeit der Arbeit (Ulich 2005).

Wie Tabelle 8 in der Übersicht zeigt, handelt es sich bei den vorgestellten Maßnahmen nicht um konkurrierende, sondern um einander ergänzende Strategien zur Gesunderhaltung der Mitarbeiter. Die Aufstellung macht deutlich, dass beide Strategien einander ergänzen, wobei der Ansatz der Gesundheitsförderung sehr eng mit Maßnahmen zur Organisations- und Personalentwicklung verknüpft ist. Dieser ist jedoch erforderlich, um den steigenden Belastungen im psychosozialen Bereich begegnen zu können und die eigentlichen Ursachen z.B. für Zeitdruck oder soziale Konflikte am Arbeitsplatz zu verringern.

Tabelle 8: Zwei sich ergänzende Strategien zur Erhaltung der Mitarbeitergesundheit

Unterscheidungsmerkmal	Führungskraft als „Sicherheitsmanager“ im Arbeits- und Gesundheitsschutz	Führungskraft als „Ressourcenmanager“ in der betrieblichen Gesundheitsförderung
Begründungszusammenhang	gesetzliche Grundlagen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes	Erfahrungen und empirische Ergebnisse zur betrieblichen Gesundheitsförderung
inhaltlicher Schwerpunkt	vorwiegend technisch Themen geprägt von Arbeits-, Ingenieurwissenschaften und Arbeitsmedizin	soziotechnisch, Schwerpunkt psychosozial Themen geprägt von Soziologie und Psychologie
Zielorientierung	pathogenetisch Unfallverhütung, Gefährdungsermittlung und -vermeidung Arbeit als „Risikoraum“	salutogenetisch Eigenverantwortung für die Gesunderhaltung Veränderung der Unternehmenskultur in Richtung „gesunde Organisation“ Arbeit als „Lebensraum“
Einbindung in Unternehmensstrukturen	festgelegte betriebliche Zuständigkeiten (Betriebsarzt, Arbeitssicherheitsfachkräfte)	ganzheitlich, unternehmensweit Verankerung im Unternehmensleitbild
Konsequenzen für die Führungskraft	Erfüllung der Fürsorgepflicht: <ul style="list-style-type: none"> ▪ vorbildliches Sicherheitsverhalten ▪ Information und Unterweisung der Mitarbeiter im Arbeitsschutz 	Herstellung günstiger Rahmenbedingungen für ein gesundheitsförderliches Arbeiten: <ul style="list-style-type: none"> ▪ soziale Unterstützung ▪ Partizipation ▪ Tätigkeitsspielraum
Probleme	„Insellösung“, fehlende Integration in Unternehmenskultur „Reparaturbetrieb“, Vernachlässigung motivierender Kräfte	fließender Übergang zur Personal- und Organisationsentwicklung Maßnahmen stehen in einem sehr weiten Bezug zum Arbeits- und Gesundheitsschutz

Quelle: Zimmer 2006

3.2.4. Führungsverhalten, Führungsstrategien und Gesundheit

Neben ihren Einflussmöglichkeiten auf die Gestaltung von Arbeitsbedingungen, können Führungskräfte auch durch die Art und Weise, wie sie ihre Führungsfunktion ausüben, dazu beitragen, Belastungen der Mitarbeiter zu reduzieren oder auch zu erhöhen.

Insgesamt gibt es nur wenig Studien, die sich mit der Frage beschäftigen, ob und wenn ja wie sich das Führungsverhalten auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter auswirkt (Zimmer 2006; Brücker 2009). Dass der Aspekt der Führungsqualität jedoch eine wichtige Rolle in Bezug auf die Gesundheit der Mitarbeiter darstellt, verdeutlicht eine Expertenbefragung. Diese ergab, dass annähernd 80 % der mehr als 500 befragten Arbeits- und Gesundheitsschutzexperten aus allen Branchen der Ansicht sind, dass „schlechtes Führungsverhalten“ neben „Zeitdruck“ und „Arbeitsplatzunsicherheit“ zu den maßgeblichen Ursachen für psychische Fehlbelastungen zählen (Initiative Gesundheit und Arbeit 2003).

Das Führungsverhalten beinhaltet die Bereitschaft, sowohl die Probleme wie Interessen der Mitarbeiter wahrzunehmen, die Mitarbeiter bei der Bewältigung ihrer Arbeit zu unterstützen. Ebenso sind das Kommunikations- und Informationsverhalten, die Transparenz von Entscheidungen und Einbeziehung der Mitarbeiter in Entscheidungen sowie der Umgang mit Anerkennung und Kritik von großer Relevanz und Wichtigkeit. Durch ihren Führungsstil prägen Führungskräfte ganz wesentlich das Klima im Betrieb. Zudem haben sie einen Einfluss darauf, inwieweit der Mitarbeiter die Organisation und seine Tätigkeit als sinnhaft, verstehbar und bewältigbar erlebt (Münch et al. 2003).

Da sie infolge ihrer herausgehobenen Position eine Vorbildfunktion gegenüber den Mitarbeitern einnehmen, ist auch das eigene Gesundheits- und Sicherheitsverhalten von Bedeutung, wie z.B. der Umgang mit Stresssituationen (Westerhoff 2000) oder das Tragen von Schutzausrüstungen (vgl. Strobel/Wittmann 1996). Durch ihr Verhalten signalisieren sie den Mitarbeitern, welchen Stellenwert sie dem Thema Gesundheit bei Arbeitsplatzentscheidungen einräumen. Werden Maßnahmen am Arbeitsplatz ohne Rückhalt der Führungskräfte durchgeführt oder sogar von ihnen abgewertet, verlieren diese an Wirksamkeit. So ergab eine Studie aus dem Bereich der sexuellen Belästigung am Arbeitsplatz, dass durchgeführte Maßnahmen keine Wirkung zeigten, nachdem die Führungskräfte hierüber ihre Witze machten und den Wert der Maßnahme in Frage stellten und sexuelle Übergriffe als Kavaliersdelikt abtaten (Zapf 2004).

3.2.5. Theoretische Ansätze in der Führungsforschung

In der sehr umfangreichen Führungsforschung (ausführlich hierzu z.B. Steiger/Lippmann 1999; Weinert 2004) finden sich verschiedene theoretische Ansätze die sich damit beschäftigen, Führungserfolg zu erklären und Wege der Beeinflussung von Führung aufzuzeigen (Kaiser/Pfaff 2004). Eine Auflistung der Ansätze findet sich z.B. in Kieser et al (1995, S. 775).

Im Wesentlichen lassen sich in der Führungsforschung vier Entwicklungslinien herauskristalisieren, wie Abbildung 2 darstellt. Diese erfolgen von einer systematischen Erweiterung der Perspektive von der Führungsperson und ihrem Führungsverhalten, über den Einbezug der Situation in der das Führungsverhalten bis hin zu systemischen Betrachtungen geht (Steiger 1999).

Keiner der theoretischen Ansätze hat dabei im Laufe der Entwicklung an Bedeutung verloren, vielmehr existieren sie vor allem im Alltagshandeln von Führungskräften weiter, wenngleich in unterschiedlicher Bedeutung (ebd.):

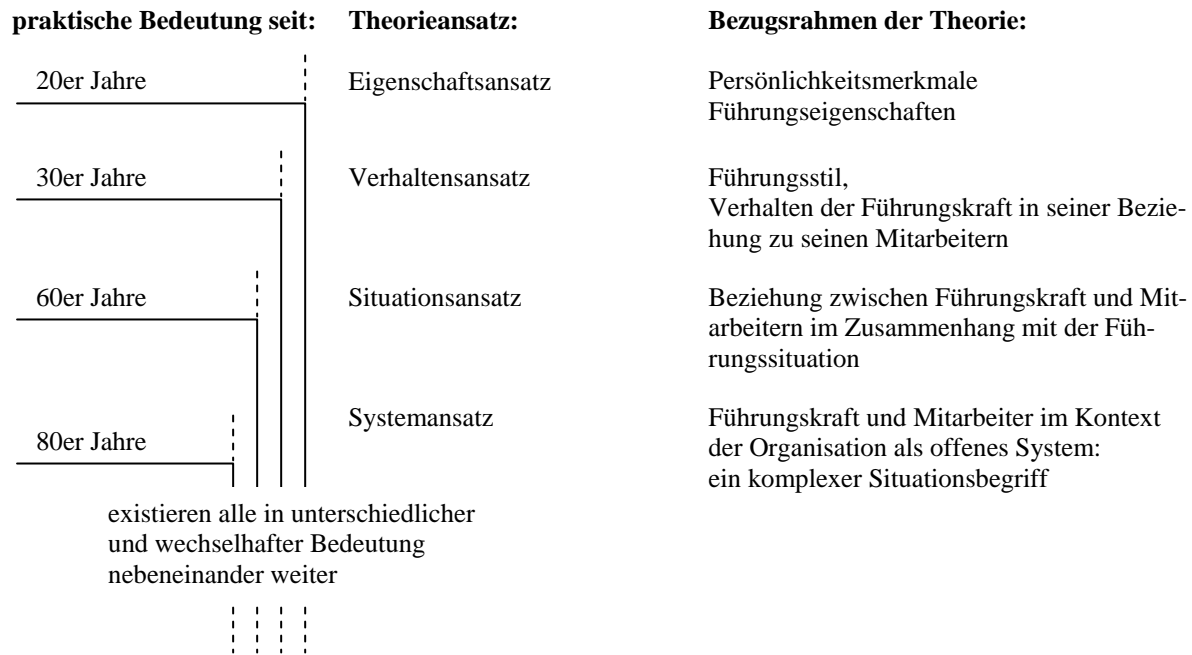


Abbildung 2: Historische Entwicklungslinien der Führungsforschung (Steiger 1999)

3.2.5.1. Der Eigenschaftsansatz

Bei diesem Ansatz geht es um bestimmte Persönlichkeitsmerkmale und Eigenschaften einer Führungskraft, die den Führungserfolg beeinflussen. Es wird der Frage nachgegangen, welche charakteristischen Eigenschaften erfolgreiches Führen ausmacht. Ausgangspunkt für diesen Führungsansatz war die Annahme, dass Führungspersönlichkeiten über Merkmale verfügen, die sie von einer Person, die keine Führungsfunktionen ausübt, unterscheidet (Walenta/Kirchler 2005). Hierzu zählen verschiedene körperliche Merkmale, wie das äußere Erscheinungsbild oder die Körpergröße sowie Persönlichkeitseigenschaften, wie Extraversion, Dominanz, Selbstvertrauen, emotionale Stabilität oder Intelligenz. Später wurden zudem bestimmte Fähigkeiten mit berücksichtigt, wie Durchsetzungsvermögen, Überzeugungskraft, Kreativität oder soziale Kompetenzen (Gordon 1996; Raem/Schlieper 1996). Empirische Studien zeigten jedoch, dass die Korrelationen zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und Führungserfolg niedrig ausfielen (Gebert/Rosenstil v. 1996). Inzwischen gilt es als überholt, dass der Charakter der Führungskraft allein über den Führungserfolg, bzw. -misserfolg entscheidet, da sich das Führungsgeschehen als wesentlich komplexer darstellt (Steigert/Lippmann 1999). Gleichwohl hat dieser Ansatz nach wie vor nicht an Attraktivität eingebüßt und die Erkenntnisse aus dieser Forschungsrichtung finden bis heute Eingang in der Praxis, z.B. bei der Auswahl von Führungskräften (Frey/Müller 1985).

3.2.5.2. Der Verhaltensansatz

Dieser untersucht das situationsübergreifende Führungsverhalten von Führungskräften gegenüber den Mitarbeitern. Der Ansatz geht der Frage nach, welche Handlungen eine Führungsperson durchführt und welche Verhaltensweisen welche Konsequenzen nach sich ziehen. Herausgefunden werden soll, welches Verhalten sich als günstig erweist, um die besten Führungserfolge zu erzielen. Im Wesentlichen wird hierbei zwischen zwei Kategorien unterschieden (nach Weinert 1998):

- Das *sach- bzw. arbeits- und aufgabenzentrierte* Verhalten. Hierbei stehen die Leistung und der Arbeitsvollzug im Vordergrund. Der Vorgesetzte konzentriert sich zur Lösung einer bestimmten Aufgabe in erster Linie darauf, zu organisieren, zu planen und zu koordinieren.
- Das *personen- oder mitarbeiterorientierte* Verhalten. Hierbei berücksichtigt der Vorgesetzte im Arbeitsprozess insbesondere die zwischenmenschlichen Bedürfnisse und Erwartungen der Mitarbeiter, wie z.B. deren Arbeitszufriedenheit oder Entwicklungsmöglichkeiten.

Die früheste Führungsstiltheorie geht zurück auf Kurt Lewin. Dieser unterschied einen autoritären, einen kooperativen und einen Laissez-faire Führungsstil. Jeder Führungsstil hat dabei seine Vor- und Nachteile:

- Beim *autoritären Führungsstil* gibt es eine klare Trennung: Der Vorgesetzte entscheidet und kontrolliert; der Mitarbeiter führt aus. Vorteil dieses Führungsstils ist die schnelle Handlungsfähigkeit. Gerade in Krisensituationen, wie diese auch häufig in Krankenhäusern auftreten, kann dieser Stil von großem Vorteil sein, da schnell wichtige Entscheidungen getroffen werden. Von Nachteil ist, dass die Mitarbeiter leicht demotiviert werden und wenig Notwendigkeit sehen, sich eigene Gedanken zu machen oder selbst die Initiative zu ergreifen. Auch beim Vorgesetzten kann dieser Führungsstil zu Nachteilen führen, z.B. wenn er damit überfordert wird, stets alle Entscheidungen selbst zu treffen. Zudem können Probleme auftreten, wenn er einmal nicht da ist.
- Beim *kooperativen (oder demokratischen) Führungsstil* wird der Mitarbeiter in Entscheidungen einbezogen, der Vorgesetzte kann Aufgaben delegieren und Fremdkontrolle wird (teilweise) durch Eigenkontrolle ersetzt. Dieser Führungsstil wirkt sich positiv auf die Motivation aus, da der Mitarbeiter Ideen und Vorschläge einbringen kann, was auch vor-

teilhaft für die Arbeitsergebnisse ist. Der Vorgesetzte ist entlastet. Der Nachteil dieses Führungsstils besteht darin, dass der Vorgesetzten in seinem Bemühen es allen recht zu machen keine klaren Entscheidungen fällt oder es ihm nicht gelingt sich durchzusetzen.

- Beim *Laissez-faire-Führungsstil* haben die Mitarbeiter volle Freiheit. Entscheidungen und Kontrolle liegen beim Einzelnen oder der Gruppe. Dieser Führungsstil kann sich positiv auf die Motivation der Mitarbeiter auswirken, da sie größtmögliche Gestaltungsspielräume erhalten und ihre Stärken einbringen können. Problematisch kann dies für jene Mitarbeiter sein, die nicht mit einer solchen Freiheit umgehen können. Es kann zu Desorientierung kommen und teilweise auch zu aggressivem Verhalten.

Hinsichtlich der Effektivität der Führungsstile zeigte sich, dass ein demokratischer Führungsstil sowohl zur Qualität wie Quantität der Leistung beiträgt und die Zufriedenheit der Mitarbeiter beim demokratischen Führungsstil am höchsten ausfiel. Hingegen schnitt der *Laissez-faire-Führungsstil* am schlechtesten ab.

Tannenbaum und Schmidt entwickelten das Modell des Führungskontinuums, das verschiedene Führungsstile am Ausmaß der Partizipationsmöglichkeiten der Mitarbeiter festmacht. Sie identifizierten insgesamt sechs Führungsstile, die auf einem Kontinuum zwischen den beiden Polen autoritär und demokratisch anzuordnen sind (vgl. Abbildung 3).

Entscheidungsspielraum Vorgesetzter				Entscheidungsspielraum Gruppe		
Vorgesetzter entscheidet und ordnet an	Vorgesetzter entscheidet; er ist aber bestrebt, die Untergebenen von seinen Entscheidungen zu überzeugen, bevor er sie anordnet	Vorgesetzter entscheidet; er gestattet jedoch Fragen zu seinen Entscheidungen, um durch deren Beantwortung deren Akzeptanz zu erreichen	Vorgesetzter informiert seine Untergebenen über seine beabsichtigten Entscheidungen; diese haben die Möglichkeit, ihre Meinung zu äußern, bevor der Vorgesetzte die endgültige Entscheidung trifft	Gruppe entwickelt Vorschläge; aus den gemeinsam gefundenen und akzeptierten Problemlösungen entscheidet sich der Vorgesetzte für die von ihm favorisierte Lösung	Gruppe entscheidet, nachdem der Vorgesetzte zuvor das Problem aufgezeigt u. die Grenzen des Entscheidungsspielraums festgelegt hat	Gruppe entscheidet; der Vorgesetzte fungiert als Koordinator nach innen und außen

Abbildung 3: Das Kontinuum unterschiedlicher Führungsstile Tannebaum 1967 zit. nach Probst 1992, S. 395)

Die bekanntesten Studien stammten von Fleishman und seinen Mitarbeitern der Universität Michigan sowie von Likert und Mitarbeitern der Universität Ohio. Sie umfassen im Wesentlichen zwei Aspekte. 1. die Orientierung an der Person und 2. die Orientierung an der Aufgabe.

Auf diesen beiden Dimensionen beruht auch das Modell von Blake und Mouton (1964), in dem zwischen einem mitarbeiterorientierten Führungsstil und einem sach- oder aufgabenorientierten Führungsstil unterschieden wird. Sie betrachten diese als einander ergänzende Führungsstile, also Aufgabenorientierung und Mitarbeiterorientierung, und haben sie in einem Verhaltensgitter angeordnet. Anhand des Modells ergibt sich eine graduelle Abstufung von insgesamt 81 verschiedenen Führungsstilen, wobei vor allem die angeführten fünf Kombinationen wichtig sind (vgl. Abbildung 4).

Betonung des Menschen	hoch	9	1.9 Führungsstil sorgfältige Beachtung der zwischenmenschlichen Beziehungen führt zu einer bequemen und freundlichen Atmosphäre und zu einem entsprechenden Arbeitstempo			9.9 Führungsstil hohe Arbeitsleistung von begeisterten Mitarbeitern. Verfolgung des gemeinsamen Ziels führt zu gutem Verhalten				
	8									
	7									
	6									
	5				5.5 Führungsstil genügende Arbeitsleistung möglich durch das Ausbalancieren der Notwendigkeit zur Arbeitsleistung und zur Aufrechterhaltung der zu erfüllenden Aufgaben					
	4									
niedrig	3				9.1 Führungsstil wirksame Arbeitsleistung wird erzielt, ohne dass viel Rücksicht auf zwischenmenschliche Beziehungen genommen wird					
	2	1.1 Führungsstil geringst mögliche Einwirkung auf Arbeitsleistung und auf die Menschen								
	1									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
		niedrig			Betonung der Produktion					hoch

Abbildung 4: Das Grid-Führungsmodell nach Blake & Mouton (Quelle: Raehm/Schlieper 1996)

Führung ist aus Sicht von Blake und Mouton dann erfolgreich, wenn eine Führungskraft beide Stile gleichermaßen beherrscht und sie entsprechend den Erfordernissen, die sich aus der Situation des Betriebs, der Arbeitsaufgabe und der zu Führenden ergeben, miteinander verknüpft, so dass es gelingt, die Mitarbeiter zu hohen Leistungen bei gleichzeitig hoher Mitarbeitergesundheit und Arbeitszufriedenheit zu motivieren.

Kritiker der genannten Führungsstile kommen zu dem Schluss, dass es nicht die optimalen Führungseigenschaften, den optimalen Führungsstil oder das optimale Führungsverhalten gibt, (v. Rosenstil 1999; Regnet 2001) sondern stets situationsspezifische Bedingungen hin-genommen werden müssen.

3.2.5.3. Der Situationsansatz

In diesen Modellen, auch kontingenztheoretische Ansätze genannt, wird der Führungsstil in Abhängigkeit zur Situation betrachtet und kritische Situationsmerkmale identifiziert. In den Kontingenztheorien wird davon ausgegangen, „dass die Effektivität eines bestimmten Führungsstils vom Vorhandensein bestimmter Situationsmerkmale abhängt (Walenta/Kirchler 2005). Modelle hierfür sind z.B. die Reifegradtheorie von Hersey und Blanchard (1977) oder das Kontingenzmodell von Fiedler (1967). In diesen Modellen geht es um Aspekte, wie:

- Einfluss der Führungskraft auf die Gestaltung der Führungssituation (Macht, Verfügbarkeit und Information);
- Art der Aufgabe (Anforderungen, Klarheit, Strukturiertheit, Verfügbarkeit von Ressourcen);
- Beziehung zwischen Führungskraft und Gruppenmitgliedern (Akzeptanz, Gruppenklima, Zusammenhalt, Leistungsbereitschaft, Interessen-/Konfliktlagen);
- Charakterisierung der Gruppenmitglieder (Qualifikation, Motivation)

(Steiger/Lippmann 1999).

3.2.5.4. Der Systemansatz

Der Ansatz betrachtet die Führungskraft und die Mitarbeiter im Kontext der Organisation als offenes System (Steiger/Lippmann 1999). Es geht nicht mehr darum ein bestimmtes Verhalten bei den Mitarbeitern zu erzeugen, indem Führungsinstrumente eingesetzt werden, sondern um die Gestaltung optimaler Rahmenbedingungen, unter denen Mitarbeiter ihre Arbeitsaufgaben optimal wahrnehmen können (ebd.).

3.2.6. Auswirkungen des Führungsverhaltens

Studienergebnisse, die Auswirkungen der Führung auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten untersuchten zeigten, dass ein Zusammenhang zwischen Führungsstil und Gesundheit, bzw. Wohlbefinden der Mitarbeiter besteht (Brücker 2009). Im Hinblick auf die Auswirkungen des Führungsverhaltens auf die Gesundheit der Mitarbeiter konnten verschiedene Merkmale identifiziert werden, die sich gesundheitsförderlich auf die Beschäftigten auswirken, bzw. die Gesundheit belasten. Einen Überblick gibt Tabelle 9.

Tabelle 9: Gesundheitsförderliche und gesundheitsbelastende Verhaltensweisen von Führungskräften

gesundheitsförderliches Führungsverhalten	gesundheitsbelastendes Führungsverhalten
<ul style="list-style-type: none"> ▪ partizipativer Führungsstil ▪ Transparenz in der Kommunikations- und Informationspolitik ▪ gute Abstimmung zwischen Personen und Organisationseinheiten ▪ Vermittlung von Rechten und Pflichten z.B. durch Zielvereinbarungen, klare Rollen- Aufgaben- und Arbeitsbeschreibung ▪ Unterstützung der Mitarbeiter, fachlich wie emotional durch Anerkennung und Lob ▪ Motivation der Mitarbeiter, in dem Leistungen sichtbar gemacht werden ▪ rechtzeitiges Erkennen und Bearbeiten von Problemen der Mitarbeiter ▪ Vertrauen und eine persönliche Gesprächsbasis entwickeln, Gesprächsbereitschaft signalisieren und Mitarbeiterbefragungen durchführen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ autoritärer Führungsstil ▪ starre und unklare Hierarchien ▪ unklare oder ständig wechselnde Führungsrichtlinien ▪ eine schlecht organisierte Kommunikations- und Informationsweitergabe ▪ schlechte Kooperation zwischen Personen, Teams und Abteilungen ▪ unklare oder unrealistische Zielsetzungen ▪ zu ausgeprägte Kontrolle und Aufsicht ▪ fehlende Wertschätzung und Anerkennung der Leistung ▪ zu häufige und unsachliche Kritik ▪ mangelnde Vermittlung des Arbeitssinns ▪ fehlende Gleichbehandlung der Mitarbeiter ▪ zu häufige Versetzung an verschiedene Arbeitsplätze und kurzfristige Änderung der Tätigkeitsinhalte ▪ zu geringe Einarbeitung neuer Mitarbeiter oder in neue Aufgaben ▪ Nichteinhalten von Versprechen über Entwicklungsmöglichkeiten ▪ mangelnde Berücksichtigung der persönlichen Berufsziele und Weiterbildungsmöglichkeiten der Mitarbeiter

Quelle: nach Dietscher et al. 2004

Auswirkungen des Führungsverhaltens zeigen sich z.B. in Bezug auf psychische Beschwerden, die häufiger dann auftreten, wenn Probleme mit dem Vorgesetzten bestehen (Seibel/Lührig 1984). Das Führungsverhalten beeinflusst das Allgemeinbefinden (Dierendonck et al. 2004) und wirkt sich auf den Krankenstand (Westermayer 2002), das Fehlzeitengeschehen sowie das Fluktuationsverhalten aus (Schmidt 1996; Przygodda et al. 1991). Während ein autoritärer Führungsstil Fehlzeiten ansteigen lässt (Wolff/Goeschel 1988), bzw. ein Führungs-

stil der weder mitarbeiter- noch aufgabenorientiert ist die Fehlzeiten erhöht (Przygod-da/Arentz 1994), trägt ein partizipativer, bzw. mitarbeiterorientierter Führungsstil dazu bei, die Fehlzeiten zu senken (Stadler/Spieß 2003; Schmidt 1996).

Weitere Effekte zeigen sich in Bezug auf die Fluktuation (Dansereau et al. 1973), den Absen-tismus (Holzer 1993), das Commitment⁹ (Retter 1996), die Anzahl an Verbesserungsvor-schlägen (Nickel/Krems 1998) und die Arbeitszufriedenheit (Lobban et al. 1998).

Eine Untersuchung in Krankenhäusern belegte, dass vor allem jene Berufsgruppen die besse-ren Gesundheitswerte aufwiesen, in denen auch ein guter Führungsstil vorherrscht (Brücker 2009).

Aufgrund der dargestellten Zusammenhänge zwischen Führungsverhalten, Gesundheit, Wohlbefinden und Motivation der Mitarbeiter, stellt die Tatsache ein Problem dar, dass viele Führungskräfte für die Aufgabe nicht entsprechend qualifiziert werden. Vielfach sind sie sich dieses Einflusses jedoch auch nicht ausreichend bewusst (Stadler/Strobel 2000). Befragt man Führungskräfte, so schätzen sie ihren Einfluss eher als gering ein und suchen die Gründe, z.B. für Fehlzeiten, hauptsächlich bei den Mitarbeitern selbst und nicht im eigenen Führungsverhalten (Steers/Mowday 1981). Teilweise wissen Führungskräfte auch zu wenig über die dar-gestellten Zusammenhänge. In einer Studie von Ruppert und Gerstberger (1997) wurden Füh-rungskräfte um eine Einschätzung gebeten, welche Hauptfaktoren ihrer Ansicht nach für die Erkrankungen ihrer Mitarbeiter verantwortlich sind. Aus ihrer Sicht beeinflussen vor allem medizinische Faktoren, das persönlichen Verhalten des Mitarbeiters oder seine persönlichen Probleme das Fehlzeitengeschehen im Betrieb. Eine Verantwortlichkeit in Bezug auf das ei-gene Führungsverhalten oder Handlungsmöglichkeiten zur Gesundheitsförderung z.B. im Rahmen der Arbeitsgestaltung, werden hingegen kaum gesehen.

3.2.7. Anforderungen und Gesundheit von Führungskräften

Führungskräfte sind aufgrund steigender Arbeitsanforderungen, sowohl in Bezug auf den Ar-beitsumfang wie die Komplexität der Aufgaben, stark belastet. Immer mehr werden neben den rein fachlichen Qualifikationen auch soziale Kompetenzen gefordert. Der Arbeitsalltag von Führungskräften ist geprägt durch ein hohes Arbeitsvolumen bei schnellem Arbeitstempo,

⁹ Commitment bezeichnet nach Mowday et al. (1982, S. 27) das Ausmaß, in dem sich eine Person mit einer Or-ganisation identifiziert „the relative strength of an individual’s identification with and involvement in a particular organisation“.

häufigen Arbeitsunterbrechungen und vielen Einzelaktivitäten (Brandenburg/Marschall 1999). Die Arbeitstage sind zumeist sehr lang. Laut einer Studie von Kienbaum aus dem Jahr 2002 liegt die Wochenarbeitszeit von Führungskräften in Deutschland im Durchschnitt bei 54 Stunden, 80 % der Führungskräfte arbeiten zudem an den Wochenenden (Hunziger/Kesting 2003). Die Arbeit beinhaltet ein hohes Maß an Verantwortung, zudem sind Führungskräfte einem zunehmend stärker werdenden Wettbewerbs- und Erfolgsdruck ausgesetzt, oftmals einhergehend mit Konkurrenzdenken unter den Kollegen. Aufgrund ihrer Position im Unternehmen, werden Führungskräfte schnell zur Verantwortung gezogen, wenn dort Probleme auftreten (Schmidt 1996). Für Mitarbeiter der mittleren Führungsebene stellt sich zusätzlich das Problem, dass sie sich in einer schwierigen Position in Unternehmen befinden, da sie gleichermaßen Druck von „oben“ wie „unten“ erhalten (Schmidt ebd.).

Tabelle 9 gibt einen Überblick über Anforderung von Führungskräften und verdeutlicht die Vielzahl an verschiedenen Qualifikationen und Kompetenzen.

Tabelle 9: Anforderungen an Führungskräfte

Anforderungen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entscheidungswille/ -bereitschaft ▪ Zielstrebigkeit ▪ rasches und flexibles Handeln ▪ Veränderungskompetenz ▪ Denken in Gesamtzusammenhängen ▪ Glaubwürdigkeit ▪ Kritik- und Konfliktfähigkeit ▪ Initiative ▪ Kommunikationsfähigkeit ▪ Risikobereitschaft ▪ körperliche und geistige Belastbarkeit ▪ Mobilität ▪ Fach- und Methodenkompetenz ▪ Soziale und personale Kompetenzen

Quelle: (Brandenburg/Marschall 1999)

Den insgesamt hohen Belastungen stehen dabei nur wenige Regenerationszeiten entgegen (Brandenburg/Marschall 1999). So werden während der Arbeitszeit eher wenig Pausen eingelegt und auch die Regenerationszeit an den Wochenenden ist, wie bereits erwähnt, eingeschränkt, da hier teilweise mehr als 10 Stunden gearbeitet wird. Zudem nehmen Führungskräfte durchschnittlich nur 24 Tage Urlaub. Je höher die wöchentliche Arbeitszeit liegt, desto weniger Urlaubstage werden genommen (Hunziger/Kesting 2003).

Tendenziell neigen Führungskräfte zudem dazu, sich zu viel abzuverlangen, an ihre Leistungsgrenzen zu gehen und körperliche Symptome zu ignorieren.

Umso wichtiger erscheint es, dass Führungskräfte auf ihre Gesundheit achten. Die Auswertung der Befragung von Kienbaum ergab, dass 50 % der Führungskräfte der Ansicht sind, dass sie dies regelmäßig tun und weitere 30 %, dass sie sich zumindest zeitweise um ihre Gesundheit kümmern (Hunziger/Kesting 2003).

Diese Aussagen schlagen sich jedoch nicht unbedingt im Gesundheitsverhalten nieder. Insgesamt ist der Arbeitsalltag von Führungskräften dadurch gekennzeichnet, dass sie sich zu wenig bewegen und an der frischen Luft sind. Das betrifft die Zeit während der Arbeit, aber auch (sportliche) Aktivitäten in der Freizeit. Auch nehmen sich nur ein Drittel der Führungskräfte ausreichend Zeit für Pausen und die Nahrungsaufnahme (Hunziger/Kesting 2003).

Im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung liegt bei Führungskräften ein günstigeres gesundheitliches Risikoprofil vor (ebd.). Gleichwohl finden sich bei vielen Führungskräften mindestens ein, oftmals aber auch mehrere gesundheitliche Risikofaktoren, wie z.B. Stoffwechselstörungen und Übergewicht (Brandenburg/Marschall 1999).

Die Beschwerden von Führungskräften liegen vor allem im psychosomatischen Bereich, wie z.B. nächtliche Schweißausbrüche, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Herzbeschwerden oder Probleme des Magen- Darmtraktes (Brandenburg/Marschall 1999, Hunziger/Kesting 2003).

Gesundheitsförderliche Maßnahmen stellen demnach nicht nur eine wichtige Aufgabe von Führungskräften dar, sie sind auch wichtig für die Gesundheit von Führungskräften. Letztlich kommt dies auch den Mitarbeitern zugute, denn je besser Führungskräfte mit Belastungen zurechtkommen, desto weniger besteht die Gefahr, dass sie den Druck, der auf ihnen lastet, nach „unten“ an die Mitarbeiter weitergeben (Westerhoff 2000).

3.3. Einsatz von Kennzahlen im Krankenhaus

Um ein Unternehmen wie ein Krankenhaus leiten zu können, benötigt das Krankenhausmanagement Informationen über seine wichtigsten Zielgruppen oder Kunden. Hierzu zählen in erster Linie die Patienten, aber auch einweisende Ärzte, Krankenkassen und die für diese Arbeit relevante Kundengruppe der Krankenhausmitarbeiter.

3.3.1. Informationsgewinnung mittels Kennzahlen

Um sich ein Bild über die Situation der Mitarbeiter zu machen, können Führungskräfte auf subjektive Eindrücke und objektive Daten zurückgreifen (Pfaff 2004). Subjektive Eindrücke haben den Vorteil, dass die Führungskraft einen unmittelbaren Eindruck erhält, wo Problem-bereich bestehen. Allerdings besteht der Nachteil dieser Form der Informationsgewinnung darin, dass es solchen Daten an Objektivität, Zuverlässigkeit und Gültigkeit fehlt. Weitere Probleme liegen in der mangelnden Systematik der Erfassung, dem hohen zeitlichen Aufwand für die Datenerhebung und der unzureichenden Vergleichbarkeit der Ergebnisse sowie deren eingeschränkter Verbreitungsmöglichkeit (ebd.).

Eine andere Form der Informationsgewinnung stellt die Erhebung objektiver Daten durch die Erhebung von Kennzahlen dar. Betriebswirtschaftliche Kennzahlen und deren Verknüpfung in Kennzahlensystemen sind wesentliche Instrumente der Unternehmensführung (Sandt 2004). Eine einheitliche Definition von Kennzahlen gibt es nicht (ebd.). Im Kontext dieser Arbeit werden unter Kennzahlen gemessene Werte verstanden, die in verdichteter Form Informationen über bestimmte Führungssachverhalte liefern und alle wichtigen Dimensionen einer Organisation sowie betriebliche Vorgänge abbilden (Weber 1999; Bühner 2000).

3.3.2. Klassifizierung von Kennzahlen

Hinsichtlich der Erhebungsform lassen sich befragungsbasierte Kennzahlen und nicht-befragungsbasierte Kennzahlen unterscheiden (Pfaff 2004): Befragungsbasierte Kennzahlen werden über Befragungen erhoben und müssen den Mindeststandards der empirischen Sozialforschung entsprechen (Kaase 1999). Nicht-befragungsbasierte Kennzahlen beruhen auf anderen sozialwissenschaftlichen Erhebungsmethoden, wie z.B. Beobachtungen und Dokumentenanalysen oder naturwissenschaftliche, technische und/oder ökonomische Erhebungen (Pfaff 2004). Beispiele für befragungsbasierte Kennzahlen sind Routinedaten wie Arbeitsunfähigkeitstage oder Fehlzeiten; Beispiele für nicht-befragungsbasierte Kennzahlen sind Angaben zur Arbeitszufriedenheit oder zur Work-Life-Balance (ebd.).

In Bezug auf den Typus von Kennzahlen unterscheidet man „harte“ von „weichen“ Kennzahlen. Bei den harten Kennzahlen handelt es sich meist um betriebswirtschaftliche Sachverhalte, wie z.B. die Anzahl der Fehltag oder die Fluktuationsrate. Um dem modernen Verständnis von Gesundheit und den Anforderungen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements gerecht zu werden, bedarf es jedoch auch weicher Kennzahlen, die psychosoziale Sachverhalte widerspiegeln und Gesundheitsressourcen einbeziehen. Hierzu zählen somatische Störungen,

wie z.B. Rückenschmerzen, psychische Zustände, wie z.B. das Selbstwertgefühl oder die Motivation und soziale Dimensionen, wie z.B. die Qualität der sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz, die Führungsqualität oder die Vertrauenskultur (Pfaff 2004, S. 19). Solche weichen Kennzahlen ermöglichen es Führungskräften, die subjektiven Sichtweisen der verschiedenen Anspruchsgruppen, wie in Krankenhäusern, von Patienten und Mitarbeitern zu analysieren und komplexe Ursache-Wirkungsmechanismen aufzudecken (ebd.).

3.3.3. Kennzahlen als Führungsinstrument

Kennzahlen erfüllen verschiedene Funktionen bei der Führung von Unternehmen. In dem sie Führungskräften einen Überblick über die Leistungen ihrer Einrichtung geben, haben sie eine Informations- und Steuerungsfunktion und dienen als Entscheidungshilfe.

Die gewonnenen Werte können in ein Verhältnis zueinander gesetzt werden und ermöglichen Führungskräften einen Vergleich, z.B. im Rahmen eines zeitlichen Verlaufs, zu anderen Einrichtungen oder zu Erfahrungs- und Richtwerten (Drucker 2007).

Kennzahlen unterstützen Führungskräfte in ihrer Arbeit, da sie Anhaltspunkte geben, wo im Unternehmen ein Handlungsbedarf besteht, welche Interventionen abgeleitet werden können und welchen Effekt eine Maßnahme hat. Anhand von Kennzahlen lassen sich Zielvereinbarungen treffen, Aktivitäten beschreiben und Projektberichte oder Anliegen mit Fakten unterlegen (ebd.).

In Krankenhäusern kommen bereits verschiedene Kennzahlen zum Einsatz. In der Regel handelt es sich um harte Kennzahlen, die sich auf die Bereiche Finanzen (z.B. Angaben zu Fallkosten oder dem Personalaufwand), Leistungen (z.B. die Anzahl der belegten Betten oder der vorgenommenen Eingriffe/Operationen) und Qualitätsaspekte beziehen (z.B. die Patienten-, Einweiser- und Mitarbeiterzufriedenheit oder die Infektrate).

Im Personalbereich wird bei der Erfassung der Mitarbeitergesundheit vor allem auf medizinisch-technische Kennzahlen zurückgegriffen. Diese bilden die Belastungssituation am Arbeitsplatz ab, wie z.B. Angaben zu Lärm, Stäuben oder ionisierende Strahlen. Weitere Kennzahlen beziehen sich auf bio-medizinische Angaben und pathogenetische Zielgrößen, wie z.B. die Anzahl der Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten oder arbeitsbedingte Erkrankungen.

Weiche Kennzahlen werden in Krankenhäusern, wie in vielen Unternehmen auch, bislang jedoch eher selten erfasst (Deutsches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser 2000;

Liebich/Milla 2000) und beziehen meist auf die Aspekte Mitarbeiterzufriedenheit oder Motivation (Heberer 1998; Goerke 2001). Dass weiche Kennzahlen von Führungskräften bislang eher vernachlässigt wurden ist darauf zurückzuführen, dass psychosoziale Sachverhalte beim Management und Controlling eine insgesamt eher geringe Akzeptanz besitzen (Bühner 2000; Conrad 2001).

Werden mehrere Kennzahlen, die zueinander in einem Abhängigkeitsverhältnis stehen, miteinander verknüpft, so spricht man von Kennzahlensystemen. „Ein Kennzahlensystem sind zwei oder mehr Kennzahlen, die in einer Beziehung zueinander stehen, einander ergänzen oder erklären“ (Reichmann/Lachnit 1976).

Verschiedene Kennzahlensysteme, wie unter anderem das bekannte *DuPont System of Financial Control*, bestehen ausschließlich aus finanziellen Kennzahlen (Sandt 2004). Die ausschließliche Verwendung finanzieller Kennzahlen geriet zunehmend in die Kritik, da man erkannte, dass der Erfolg eines Unternehmens auch von nicht-finanziellen Aspekten, wie Qualität, Innovationskraft oder Unternehmensimage abhängt. Im Zuge der Entwicklung des Qualitätsmanagements wurden daher Kennzahlensysteme entwickelt, die auch nicht-finanzielle Kennzahlen beinhalten. Hierzu zählt z.B. das *EFQM-System* (European Foundation of Quality Management), das auch in Krankenhäusern angewendet wird. Die Systeme dienen als „Orientierungshilfe, Leitfaden und Katalysator, ... um eine systematische Verbesserung von Qualität und Produktivität [zu erzielen]“ (Malorny 1996). Das System ist in mehrere Kategorien unterteilt, die einzeln bewertet werden. Für die verschiedenen Kategorien und deren Kriterien entstehen somit Kennzahlen (Sandt 2004).

Ein anderes Kennzahlensystem, das bislang vorwiegend in Industrieunternehmen eingesetzt wird, aber zunehmend auch in Krankenhäusern Verwendung findet und ebenfalls finanzielle wie nicht-finanzielle Kennzahlen beinhaltet, ist die *Balanced-Scorecard* (BSC) von Kaplan und Norton (1997). Die BSC ergänzt finanzielle Kennzahlen durch Kennzahlen aus den Bereichen Finanzen, Kunden, Prozesse und Potenziale. Für jede der vier Ebenen/Perspektiven werden auf einer Matrix Ziele, Messwerte, Soll-/Istwerte und die entsprechenden Initiativen konkretisiert (Heberer et al. 2002). Bei der Entwicklung einer BSC können über die vier benannten Ebenen weitere Perspektiven entwickelt werden, die für das Unternehmen relevant sind. Zur besseren Übersicht sollen pro Ebene maximal vier bis sechs Kennzahlen bestimmt werden. Die BSC ist demnach eine Sammlung von ca. 16 bis 24 Kennzahlen, die über Ursache-Wirkungsmechanismen miteinander verbunden sind (Weber 2000).

Obwohl es sich bei der BSC um einen vielversprechenden Ansatz handelt, fehlt es an psychosozialen Kennzahlen, um Führungskräfte eine fundierte Wissensbasis über biopsychosoziale Aspekte zu liefern.

Das biopsychosoziale Kennzahlensystem geht über das Konzept der BSC hinaus, da es im engen Austausch mit den Kunden und Mitarbeiter partizipativ entwickelt wurde, an fortschrittlichen Arbeitsschutz- und Qualitätsmanagementsystemen ausgerichtet ist und sich konsequent auf arbeitspsychologische, -medizinische und –soziologische Erkenntnisse und Konzepte stützt.

Verschiedene Forschungsergebnisse lassen vermuten, dass ein solches biopsychosoziales Kennzahlensystem zur Steuerung des Führungsverhaltens erfolgversprechend ist. So konnte nachgewiesen werden, dass die Rückmeldung psychosozialer Indikatoren durch Ist-Soll-Vergleiche oder Trial-and-Error-Prozesse das Führungsverhalten beeinflusst (Argyris/Schön 1996; Wahren 1996; Wilkesmann 1999) und ein systematischer Lernprozess auf allen Ebenen einer Organisation erfolgt. Die Rückmeldung von Befragungsergebnissen an die Mitarbeiter in den einzelnen Organisationseinheiten stellt eine wirksame Methode dar, um deren Einstellungen z.B. bezüglich der Arbeitstätigkeit oder der beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten zu erkennen.

3.4. Arbeitsbedingungen von Ärzten und Pflegekräften im Krankenhaus

Die Arbeitssituation von Ärzten und Pflegekräften ist durch eine Vielzahl von Belastungsfaktoren gekennzeichnet, die sich aus der Besonderheit der Tätigkeit, des Arbeitsplatzes und der Arbeitsorganisation ergeben (zu allgemeinen Belastungen in der Arbeitswelt vgl. Udriș/Frese 1988; Richter/Hacker 1998; Wenchel 2001). Wie die Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern aussehen und welche Konsequenzen sie für die Gesundheit der Beschäftigten oder die Verweildauer im Beruf haben ist seit langem schon Gegenstand vor allem der Pflegeforschung (vgl. Albrecht et al. 1982, Pröll/Streich 1984, Behrendorf et al. 1987, Herschbach 1991, Müller 2000, Braun et al. 2004, Hasselhorn et al. 2004).

Die Besonderheit in der Arbeit von Ärzten und Pflegekräften ist in dem großen Anteil an Tätigkeiten zu sehen, die im direkten Kontakt mit Patienten erfolgen und demzufolge sehr große Ansprüche an das Einfühlungsvermögen, die Aufmerksamkeit, Konzentration und Genauigkeit erfordern, jedoch auch mit einem hohen Maß an Sinnstiftung verbunden sind (Braun/Müller 2005). Der Arbeitsplatz Krankenhaus ist gekennzeichnet durch eine Vielzahl an klassischen Belastungsfaktoren, wie biologische, chemische und physikalische Gefahren-

stoffe sowie Belastungen, die durch schweres Heben und Tragen entstehen. Meist liegen mehrere Belastungsfaktoren zugleich vor. Ebenso charakteristisch für Krankenhäuser ist das Neben- und Miteinander unterschiedlicher professioneller Traditionen und Kulturen (Grossmann 1993 b).

Bislang wurden Untersuchungen über Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern vor allem in Bezug auf die *Belastungssituation* von Krankenhausmitarbeitern durchgeführt. Im Fokus stand dabei vor allem das Pflegepersonal. Vergleichsweise wenige Studien widmeten sich hingegen der Arbeitssituation von Ärzten (Resch/Hagge 2003; Glaser/Höge 2005), bzw. analysieren die Arbeitssituation beider Berufsgruppen, um Vergleiche herstellen zu können (Glaser et al. 2005). Hinsichtlich der *Ressourcensituation* beider Berufsgruppen liegen kaum Forschungsergebnisse vor (Pfaff et al. 1999 b; Braun/Müller 2005).

Im Folgenden soll ein Überblick über die wesentlichsten Belastungen und Ressourcen von Ärzten und Pflegepersonal in Krankenhäusern gegeben werden. Nicht immer ist dabei eine eindeutige Zuordnung in eine der beiden Kategorien möglich. So können soziale Beziehungen nicht nur salutogen wirken, sondern auch eine höchst destruktive Wirkung haben und bis zum „Kleinkrieg“ unter den Mitarbeitern führen kann (Badura 2000c). Ebenso ist zu bedenken, dass Belastungen und Ressourcen je nach Berufsgruppe, Hierarchieebene, Versorgungsstufe des Krankenhauses, Art des Funktionsbereichs/der Station, Führungsstil und Pflegesystem variieren können und deswegen allgemeingültige Aussagen schwierig sind.

3.4.1. Belastungen

Verschiedene, vor allem arbeitsmedizinische Studien, haben sich mit den körperlichen Belastungen des Arbeitsplatzes Krankenhaus beschäftigt (vgl. z.B. Albrecht et al. 1982, Bartholomeyczik 1987 a und b, Herschbach 1991; Badura et al. 1993, Glaser et al. 2005).

Physische Belastungen

Charakteristisch für die Arbeit im Krankenhaus sind zunächst verschiedene körperliche Belastungen, die z.B. durch das *Heben und Tragen* von Patienten entstehen. Vielfach erfolgt die Arbeit am Patienten in beengten Krankenzimmern und Arbeitsräumen, was einen natürlichen Bewegungsablauf behindert und die Ausführenden zu einer einseitigen oder ungünstigen Körperhaltung zwingt (Glaser et al. 2005). Darüber hinaus sind viele medizinisch-technische

Geräte nur unzureichend ergonomisch gestaltet und belasten damit das Muskel-Skelettsystem. Die hohen und oftmals einseitigen Arbeitstätigkeiten haben ebenso eine ungünstige Wirkung auf den Bewegungs- und Stützapparat. Vor allem für Pflegekräfte stellen sie ein Problem dar.

Ebenso typisch ist der Umgang mit *gesundheitsgefährdenden Stoffen und Substanzen*. Je nach fachlicher Ausrichtung können die Mitarbeiter in Kontakt mit Narkosegasen, Zytostatika, Röntgenstrahlen, Reinigungs- und Desinfektionsmittel oder Krankheitserregern, wie der Tuberkulose, Hepatitis und HIV kommen (DAK-BGW 2000; Glaser/Höge 2005).

Weitere Gesundheitsrisiken bestehen durch den *Umgang mit spitzen und scharfen Materialien*, so dass die Gefahr von Stich- und Schnittverletzungen besteht (Glaser/Höge 2005).

Darüber hinaus wirken sich verschiedene *Umgebungsfaktoren*, wie ein ungünstiges Raumklima, Lärm oder mangelhafte Beleuchtung negativ auf die Gesundheit der Mitarbeiter aus (DAK-BGW 2000).

Psychische Belastungen

Ein großes Problem in Krankenhäusern stellt die Belastung durch *ungünstige Arbeitszeiten* dar, die in verschiedenen Studien als eines der zentralen Probleme identifiziert werden (vgl. Herschbach 1991; Richardsen/Burke 1991; DAK-BGW 2000). Hierzu zählen Schicht-, Bereitschafts- und Wochenend-Dienste. Diese sind erforderlich, um eine rund-um-die-Uhr-Betreuung der Patienten zu gewährleisten und beinhalten auch ungeplante Arbeitseinsätze und Überstunden. Vor allem bei den Ärzten entstehen zudem häufig extrem lange *Arbeitszeiten*, die sich aus der Kombination von Regel- und Bereitschaftsdienst sowie Rufbereitschaften ergeben und denen oftmals keine ausreichenden Erholungszeiten folgen (vgl. Richardsen/Burke 1991; Stern 1996; Peter/Ulich 2003).

Ein anderes häufig benanntes Problem ist die *Arbeit unter Zeitdruck* und die geringe Steuerbarkeit des Arbeitstempos. Diese Arbeitsmerkmale werden auch deswegen als sehr stark belastend empfunden, da zugleich ein hoher Anspruch an qualitativ hochwertige Leistung besteht (vgl. Herschbach 1991; Stern 1996; Visser et al. 2003).

Studienergebnisse zeigen, dass bei Pflegekräften der Zeitdruck in den vergangenen Jahren aufgrund des erhöhten Pflegeaufwands für die zunehmend kränkeren und pflegeintensiveren Patienten sowie des erhöhten Aufwands für Dokumentation, Koordination und Administration des Pflegeprozesses bei zugleich sinkender Anzahl des Pflegepersonals deutlich zugenommen

hat (Isfort/Weidner 2007). Auch die Ärzte beklagen, dass ihnen immer weniger Zeit für patientennahe Tätigkeiten, wie Sprechen, Beobachten und Handeln bleibt (vgl. Herschbach 1991; Stern 1996; Peter/Ulich 2003, Keller et al. 2009). Untersuchungen bei Ärzten zeigen, dass das Belastungserleben vor allem dann steigt, wenn sie unter Zeitdruck schwerwiegende Entscheidungen fällen müssen (Pittner et al. 1984; Pröll/Streich 1984; Keller et al. 2009).

Weitere psychische Belastungen resultieren aus der *Arbeit mit dem Patienten*. Berufsbedingt werden Ärzte und Pflegekräfte täglich mit Krankheit, Schmerzen, Leid und Tod sowie dem Gefühl der eigenen Hilflosigkeit damit konfrontiert und müssen sich mit verzweifelten, ängstlichen, schwierigen oder unbequemen Patienten und deren Angehörigen auseinandersetzen (vgl. Herschbach 1991; Büssing et al. 2002; Visser et al. 2003; Glaser et al. 2005; Keller et al. 2009).

Ferner entstehen Belastungen durch Gefühls – oder Emotionsarbeit. So wird von Krankenhausmitarbeitern erwartet, dass sie dem Patienten und dessen Angehörigen positive Gefühle entgegenbringen, selbst wenn diese nicht der eigenen Gefühlslage entsprechen. Sie sollen sich ferner in die Emotionen des Gegenübers einfühlen und auf dessen Stimmungslage positiv Einfluss nehmen (Zapf et al. 2000).

Eine andere spezifische Belastung in der Arbeit mit Patienten, die vor allem Ärzte betrifft, entsteht, wenn Entscheidungen zu Diagnosen und Therapien getroffen werden müssen, deren Konsequenz nicht einzuschätzen und vorherzusehen sind (Herschbach 1991).

Psychische Belastungen können sich zudem aus der Kooperation mit den zahlreichen teilweise verschiedenen Berufsgruppen, die im Krankenhaus tätig sind, ergeben. Probleme können zwischen Kollegen aus dem eigenen Bereich und anderen Fachgebieten entstehen, aber auch zwischen Mitarbeitern aus Funktionsbereichen und der Verwaltung.

In Anbetracht der zahlreichen Personengruppen, mit denen Krankenhausmitarbeiter in ihrem Alltag konfrontiert sind, werden teilweise sehr unterschiedliche und widersprüchliche Erwartungen an sie gestellt, was z.B. den Behandlungsprozess oder die Behandlungsziele betrifft. Zugleich besteht der Anspruch, dass das Krankenhauspersonal diesen allen in irgendeiner Form gerecht wird.

Belastungen können zudem aufgrund von Regulationshindernissen entstehen, also durch Faktoren, die die Mitarbeiter bei der effizienten Ausführung ihrer Arbeitsaufgabe behindern. Typische Regulationshindernisse in Krankenhäusern sind Arbeitsunterbrechungen, die immer wieder durch Akutsituationen auftreten, aber auch durch die nicht immer steuerbaren Bedürfnisse der Patienten und Angehörigen entstehen. Ebenso wird das Krankenhauspersonal vielfach durch unvollständige oder nicht auffindbare Patientenunterlagen sowie Informationsdefizite in der Arbeit behindert (Herschbach 1991; Glaser et al. 2005).

3.4.2. Ressourcen

Neben der Vielzahl an Belastungen stehen dem Krankenhauspersonal verschiedene spezifische gesundheitsfördernde Ressourcen zur Verfügung. Unter Ressourcen wird die Gesamtheit aller einer Person zur Verfügung stehenden und von ihr genutzten oder beeinflussten Kompetenzen und äußeren Handlungsmöglichkeiten verstanden (Udris et al. 1992). Den Ressourcen kommen in den Gesundheitswissenschaften eine bedeutende Rolle zu, da sie sich positiv auf das Stressgeschehen auswirken: Sie beeinflussen den Bewertungs- und Bewältigungsprozess, fördern die Entwicklung von Kompetenzen, verbessern das Selbstwertgefühl, verändern positiv die Stresswahrnehmung und stärken die Widerstandskraft gegen Krankheiten (Kessler/Wortmann 1989; Greif et al. 1991). Unterschieden werden bei diesen internen Ressourcen,

- physische Ressourcen, wie z.B. günstige angeborene oder erworbene konstitutionelle Dispositionen (vgl. Becker 1992) und
- psychische Ressourcen, wie z.B. ein positives Selbstwertgefühl, internale Kontrollüberzeugungen oder der Kohärenzsinn (vgl. Waller 1995).

Zu den wichtigsten Ressourcen am Arbeitsplatz gehören die soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen (House 1981, Pfaff 1989) sowie verschiedene Merkmale der Arbeitstätigkeit, wie die Tätigkeitsvielfalt und Ganzheitlichkeit der Arbeitsaufgabe, Handlungs- und Entscheidungsspielräume und Partizipationsmöglichkeiten. Weitere wichtige Ressourcen stellen Gratifikationen, die sich in Form von Geld, Wertschätzung und beruflicher Statuskontrolle ausdrücken, personelle und materielle Ressourcen sowie Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten dar.

Wie stark die Belastungssituation durch Ressourcen positiv beeinflusst werden kann, verdeutlichen Studienergebnisse mit Pflegekräften, die in Abbildung 5 dargestellt sind.

		Handlungsspielraum	
		niedrig	hoch
organisatorische Belastungen	niedrig	Beschwerde-Skala 20,2	Beschwerde-Skala 15,9
	hoch	Beschwerde-Skala 27,8	Beschwerde-Skala 23,2

Abbildung 5: Beschwerden aus organisatorischen Belastungen in Abhängigkeit vom Handlungsspielraum (Siegel 2001)

Zu erkennen ist, dass unter hohen organisatorischen Belastungen die Beschwerden deutlich höher ausfallen, wenn der Handlungsspielraum zugleich niedrig ist, als dies bei einem hohem Handlungsspielraum der Fall ist (Siegel 2001, S. 10).

Noch günstiger fällt die Beschwerde-Skala aus, wenn darüber hinaus noch ein hohes Ausmaß an sozialer Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen vorhanden ist. Abbildung 6 verdeutlicht, dass soziale Unterstützung in jeder Merkmalskombination dazu beiträgt, die Beschwerden zu verringern. Am niedrigsten liegen die Beschwerden, wenn sowohl der Handlungsspielraum wie auch die soziale Unterstützung hoch ausfallen.

		Handlungsspielraum			
		niedrig		hoch	
organisatorische Belastungen	niedrig	Beschwerde-Skala <i>soziale Unterstützung</i> <i>niedrig</i> <i>hoch</i> 21,3 17,5	Beschwerde-Skala <i>soziale Unterstützung</i> <i>niedrig</i> <i>hoch</i> 18,2 14,4		
	hoch	Beschwerde-Skala <i>soziale Unterstützung</i> <i>niedrig</i> <i>hoch</i> 28,8 25,0	Beschwerde-Skala <i>soziale Unterstützung</i> <i>niedrig</i> <i>hoch</i> 24,2 20,3		

Abbildung 6: Beschwerden aus organisatorischen Belastungen in Abhängigkeit vom Handlungsspielraum und sozialer Unterstützung (Siegel 2001)

In Bezug auf die Auswirkung der Relation von Belastungen und Ressourcen zeigen Forschungsergebnisse, dass eine Kombination aus hohen Belastungen und wenig Ressourcen die Krankheitsanfälligkeit erhöht (Pfaff 1999 a).

Zu den bedeutsamsten Arbeitsplatzmerkmalen in Hinsicht auf die Gesundheit gehören nach Stand der wissenschaftlichen Forschung die Arbeitsintensität, der Tätigkeitsspielraum und die soziale Unterstützung. Richter fasst diese als „pathogene Trias“ zusammen (Siegel 2001). Seiner Ansicht nach muss bei 1. steigender Arbeitsintensität, 2. der Tätigkeitsspielraum verbessert und 3. die soziale Unterstützung vergrößert werden. Können einer hohen Arbeitsintensität keine entsprechenden Ressourcen entgegengesetzt werden, kann dies zu psychischen Beeinträchtigungen führen.

Im Krankenhaus stellt sich die Ressourcensituation nicht einheitlich dar. Sie variiert sehr stark nach Hierarchieebene, Berufsgruppe, Station/Funktionsbereich und bei Pflegekräften insbesondere auch nach dem jeweiligen Pflegesystem. Im Vergleich zu anderen hoch belasteten Berufen, hat die medizinisch-pflegerische Tätigkeit im Krankenhaus jedoch einen sehr hohen Sinn stiftenden Charakter, was sich insgesamt positiv auswirkt (Braun/Müller 2005).

In Bezug auf den *Tätigkeits- und Entscheidungsspielraum* verfügen Assistenzärzte oder Pflegehilfskräfte, also die niedrigeren Hierarchieebenen, über weniger Möglichkeiten, ihre Arbeit eigenständig zu gestalten und autonom zu arbeiten, als Oberärzte, Chefärzte (vgl. Keller et al. 2009). bzw. die Stations- oder Pflegedienstleitung.

Vergleicht man verschiedene Stationen und Funktionsbereiche so zeigt sich, dass Pflegekräfte auf Intensivstationen über einen höheren Entscheidungsspielraum verfügen als die Kollegen auf Normalstationen oder im Funktionsdienst.

Einen großen Einfluss hat zudem das jeweilige Pflegesystem: So können Pflegekräfte, die in einem ganzheitlich orientierten Pflegesystem arbeiten, in dem sie alle am Patienten anfallenden Tätigkeiten erledigen, in der Regel eigenständiger arbeiten und verfügen über größere Handlungsspielräume, als dies in der Funktionspflege der Fall ist (DAK-BGW 2000; Glaser/Höge 2005).

Ein Vorteil von Ärzten ist, dass ihre Arbeitstätigkeit in der Regel ganzheitlich ausgerichtet ist und den gesamten Handlungsstrang von der Diagnose bis zur Entlassung sowie der Zielstellung bis zum Feedback umfasst (vgl. Peter/Ulich 2003; Glaser/Höge 2005). Dies trifft eben-

falls auf Pflegekräfte zu, sofern diese in einem ganzheitlich ausgerichteten Pflegesystem arbeiten und am gesamten Behandlungs-/Pflegeprozess beteiligt sind.

Hinsichtlich der Tätigkeitsvielfalt, verfügen Ärzte mit steigender beruflicher Position Klinikärzte über mehr Möglichkeiten Neues hinzuzulernen (Keller et al. 2009).

Die Möglichkeiten der *Partizipation*, die eine weitere wichtige Ressource darstellt, sind bei Krankenhausmitarbeitern eher gering ausgeprägt. Dies zeigt eine Studie von Glaser et al. (2005) die zu dem Ergebnis kommt, dass bei den Ärzten, zumindest in der Gruppe der Assistenzärzte, die Partizipationsmöglichkeiten eher gering ausgeprägt sind. Eine Studie beim Pflegepersonal kommt zu einem ähnlichen Ergebnis. So ist die Unzufriedenheit bei Pflegekräften bezüglich der Beteiligungs- und Mitsprachemöglichkeiten sehr groß, wobei sich die Situation von Führungskräften insgesamt besser darstellt (DAK-BGW 2005).

Die Qualität und Stabilität sozialer Beziehungen steht in einem engen Zusammenhang zur physischen und psychischen Gesundheit. Die *soziale Unterstützung* stellt daher eine zentrale Ressource in der Arbeitswelt dar (Badura/Hehlmann 2003). Durch das im vorherigen Kapitel beschriebene Drei-Linien-System, bestehend aus ärztlichem Bereich, Krankenpflege und Verwaltung und der Notwendigkeit zur Kooperation, kann diese Ressource zur Belastungsquelle werden. Der Bereich birgt eine Vielzahl an Konfliktmöglichkeiten, was die sozialen Beziehungen mehr oder weniger stark belasten kann.

Probleme können z.B. entstehen, wenn aufgrund der verschiedenen kulturellen Entwicklungen jeder Berufsgruppe unterschiedliche Konzepte von Gesundheit und Krankheit, Interessen, Zielsetzungen und Bewertungskriterien aufeinandertreffen.

Konfliktpotenzial liegt ferner in der Mehrfachunterstellung des Pflegepersonals durch das Mehrliniensystem im Krankenhaus (Glaser/Höge 2005). So sind Pflegekräfte der Stationsleitung/Pflegedienstleitung im Bereich der Pflege, dem Stations- oder Oberarzt im Behandlungsprozess sowie der Verwaltung in Personal- und Materialfragen unterstellt. Hierdurch kann es zu Konflikten durch unklare Zuständigkeiten und Weisungsbefugnis kommen.

Ebenso können Schwierigkeiten infolge von inhaltlichen Überschneidungen von Tätigkeiten auftreten: Während die Diagnostik und Therapie primär eine Aufgabe der Ärzte ist, gehören pflegerische Maßnahmen in erster Linie zum Aufgabenbereich des Pflegepersonals. Es gibt jedoch eine Reihe an Tätigkeiten, die sowohl in den ärztlichen wie den pflegerischen Zuständigkeitsbereich fallen, wie z.B. Blutabnahmen oder Maßnahmen in der Behandlungspflege.

Studien zeigen, dass unter den Pflegekräften ein eher guter Zusammenhalt besteht, der Konkurrenzdruck gering ist und das Klima untereinander überwiegend als vertrauensvoll und unterstützend erlebt wird (DAK-BGW 2005; Glaser/Höge 2005). Studienergebnisse von Braun und Müller (2005) bestätigen die bereits zuvor beschriebenen Ergebnisse von Siegel (2001), dass die Kooperationsbeziehungen im Arbeitsbereich einen zentralen Einfluss auf die empfundene Höhe der Arbeitsbelastung haben und der wichtigste kompensierende Faktor sind (ebd.).

Auch bei den Ärzten ist die Unterstützung durch und der Austausch mit Kollegen vorhanden und wird hoch eingeschätzt (Stern 1996; Peter/Ulich 2003). Gleichwohl ist die Konkurrenz vor allem im universitären Bereich vielfach sehr groß. Insgesamt weisen Artikel im Deutschen Ärzteblatt darauf hin, dass z.B. Mobbing unter Ärzten inzwischen zu einem ernstem Problem geworden ist (Flintrop 2001a und 2001b).

Die Qualität der *Kooperations- und Kommunikationsmöglichkeiten* hängt oftmals von der Größe der Einrichtungen und vom Pflegesystem ab: Während in kleineren Krankenhäusern in der Regel gute Kooperationsbeziehungen bestehen, treten in größeren Einrichtungen häufiger Probleme zwischen den Schnittstellen auf (Peter/Ulich 2003; Glaser/Höge 2005). In ganzheitlich ausgerichteten Pflegesystemen funktioniert die Kooperation zwischen Ärzten und Pflege besser als in funktionsorientierten Pflegesystemen. Fazit einer Studie von Braun und Müller (2005) ist, dass 70 – 80 % der Gesamtarbeitsbelastung im Krankenhaus auf Informations-, Beziehung- und Kommunikationsprobleme innerhalb und zwischen den Berufsgruppen zurückzuführen sind.

Die *personellen und materiellen Ressourcen* in Krankenhäusern, wie z.B. der Personalschlüssel, die Besetzung mit Fachkräften oder die räumlich-materielle Ausstattung werden vielfach als unbefriedigend und bestenfalls zufriedenstellend wahrgenommen (Glaser/Höge 2005).

Im Bereich der *Qualifikations-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten* zeigen Befragungsergebnisse bei Pflegekräften, dass der überwiegende Teil diesbezüglich zufrieden ist (DAK-BGW 2005).

In Bezug auf die *Gratifikation* haben Studien ergeben, dass vielfach ein Ungleichgewicht zwischen der beruflichen Verausgabungen und der als Gegenwert erhaltenen Belohnung besteht (zur Gratifikationskrise vgl. Siegrist 1996).

Die materielle Entlohnung wird vor allem von Pflegekräften als nicht der Arbeit angemessen bewertet. Teilweise trifft dies auch auf Ärzte zu, wobei dies davon abhängt, welche Position der Betreffende im Krankenhaus einnimmt und ob die Möglichkeit besteht, Privatpatienten zu betreuen.

Ein anderer Aspekt der Gratifikation ist die Anerkennung und Wertschätzung der Arbeit: Vor allem Krankenpflegekräfte beklagen die mangelnde Anerkennung durch Ärzte, aber auch den Rückgang der gesellschaftlichen Anerkennung und Wertschätzung (DAK-BGW 2005).

Die Aufstiegschancen von Pflegekräften sind insgesamt eher gering. Bei den Ärzten haben sich die Aufstiegsmöglichkeiten in den letzten zehn Jahren sehr verändert: Während früher die Zeit im Krankenhaus lediglich als eine Zwischenstation entweder zur eigenen Praxis oder einer Karriere im Krankenhaus galt, wurde das Krankenhaus infolge der verschärften Bedarfsplanung aus dem Jahr 1993 und der daraus resultierenden Niederlassungssperre, für viele Ärzte zum Dauerarbeitsplatz (Flintrop 2001a). Inzwischen hat sich die Arbeitssituation durch den Ärztemangel in einigen Regionen wieder entspannt und es besteht eher das Problem, dass für die Versorgung der Menschen insbesondere in einigen ostdeutschen Regionen zu wenige Ärzte zur Verfügung stehen (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004).

Um hohe Belastungen kompensieren zu können, benötigen Menschen entsprechende Entspannung- und Erholungsphasen, eine ausgewogene *Work-life-Balance*, also die fehlende Vereinbarkeit von Beruf, Freizeit und Familie. Bedingt durch die Unvorhersehbarkeit in der Versorgung kranker und pflegebedürftiger Menschen, gestalten sich geregelte Pausen im Arbeitsalltag schwierig und können vielfach nicht einhalten werden (DAK BGW 2005, S. 31). Pausen- und Sozialräume bieten zudem oftmals keine ausreichende Abschirmung gegenüber Patienten, Angehörigen oder anderen Berufsgruppen, so dass eine ungestörte Erholung kaum möglich ist. Auch die Erholung außerhalb der Arbeitszeit gestaltet sich für Krankenhausmitarbeiter problematisch, da die unregelmäßigen Arbeitszeiten es schwierig machen, regelmäßigen Freizeitaktivitäten und sozialen Kontakten nachzugehen. Vor allem für Ärzte ist die mangelnde Work-Life-Balance ein Problem (vgl. Visser et al. 2003).

Tabelle 11 gibt einen Überblick über charakteristische Belastungen im Krankenhaus. Zu beachten ist, dass bei vielen Problembereichen, wie z.B. die Latexallergie, die Anzahl der Betroffenen inzwischen durch präventive Programme insgesamt rückläufig ist:

Tabelle 11: Belastungen für Mitarbeiter im Krankenhaus (nach Daten der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz 2000)

Belastungstyp	spezifische Belastungen
Umgang mit spezifischen Stoffen und Substanzen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ biologische Gefahren (einschließlich des Risikos einer Infektion mit AIDS/HIV oder Hepatitis) ▪ Gefährdung durch Nadelverletzungen ▪ Gefährdung durch gefährliche Abfälle ▪ Kontakt mit chemischen Stoffen und spezifischen Materialien (einschließlich Narkosegase, Desinfektionsmittel, Medikamente wie Zytostatika) ▪ Latex ▪ physikalische Einwirkungen (einschließlich Laser, radioaktive Strahlung)
Körperliche Belastungen durch spezifische Arbeitshaltung und Bewegung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beeinträchtigung des Bewegungs- und Stützapparates durch manuelle Tätigkeiten, ▪ Heben ▪ mangelnde Ergonomie ▪ Sicherheit von Gebäuden und Arbeitsgeräten ▪ Nachtarbeit
Psychosoziale Belastungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Probleme der Organisationsstruktur, wie z.B. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Arbeitszeiten (lange Arbeitszeiten, Schicht- und Nachtarbeit) ▪ Management ▪ mangelnde Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten ▪ betriebliche Regelungen ▪ Stress durch Probleme der Arbeitsorganisation wie z.B. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Divergenz zwischen Anforderungen der „Arbeit am Patienten“ und dem steigenden Anteil administrativer Tätigkeiten ▪ Notwendigkeit schwerwiegender Entscheidungen – manchmal über Leben und Tod ▪ Kommunikationsprobleme zwischen Berufsgruppen und Hierarchieebenen bei gleichzeitiger Notwendigkeit der interdisziplinären Organisation hoch komplexer Arbeitsabläufe ▪ Gewalt durch Mitarbeiter, Patienten und Angehörige ▪ Mobbing ▪ sexuelle Belästigung

Quelle: Dietscher et al. 2002

3.4.3. Auswirkungen der Arbeitssituation auf Gesundheit und Wohlbefinden von Ärzten und Pflegekräften

Die zuvor beschriebene Arbeitssituation hat Auswirkungen unterschiedlicher Art auf die körperliche und seelische Gesundheit sowie die Einstellungen und das Verhalten der Beschäftigten. Auf allen drei Ebenen können kurzfristige sowie mittel- und langfristige Reaktionen auftreten. Tabelle 12 gibt einen Überblick über die vielfältigen kurz- und langfristigen Folgen von Stresseinwirkungen auf die Gesundheit und das Verhalten der Mitarbeiter.

Die Auswirkungen sind nicht nur für den einzelnen Mitarbeiter relevant, sondern wirken sich auch auf die Organisation aus. Krankheiten schlagen sich nicht nur auf das Fehlzeitengeschehen einer Organisation nieder. Auch psychische Reaktionen wie Angespanntheit, Ärger oder psychische Ermüdung, führen zum Leistungsabfall und/oder zu Fehlern, mit Konsequenzen auf die Qualität der Arbeit. Darüber hinaus wird die Arbeitszufriedenheit beeinträchtigt, was nicht nur den Krankenstand erhöht, sondern auch die Tendenz eines Arbeitsplatzwechsels begünstigt und die Entstehung von Burnout fördert (Zapf 1998).

Einen abschließenden Überblick über die vielfältigen kurz- und langfristigen Folgen von Stresseinwirkungen auf die Gesundheit und das Verhalten von Mitarbeitern gibt Tabelle 12.

Tabelle 12: Übersicht über mögliche Beanspruchungen und Beanspruchungsfolgen

		kurzfristige, aktuelle Reaktionen	mittel- bis langfristige chronische Reaktionen
physiologisch, somatisch		<ul style="list-style-type: none"> ▪ erhöhte Herzfrequenz ▪ Blutdrucksteigerung ▪ Adrenalinausschüttung ▪ („Stresshormon“) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ allgemeine psychosomatische Beschwerden und Erkrankungen ▪ Unzufriedenheit, Resignation, Depression und Burnout
psychisch (Erleben)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anspannung ▪ Frustration ▪ Ärger ▪ Ermüdungs-, Monotonie-, Sättigungsgefühle 	
verhaltensmäßig	individuell	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Leistungsschwankungen ▪ Nachlassen der Konzentration ▪ Fehler ▪ schlechte sensomotorische Koordination 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ vermehrter Nikotin-, Alkohol-, Tablettenkonsum ▪ Fehlzeiten (Krankheitstage) und Innere Kündigung
	sozial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Konflikte ▪ Streit ▪ Aggression gegen Andere ▪ Rückzug (Isolierung) innerhalb und außerhalb der Arbeit 	

Quelle: (Buchegger-Traxler 2003)

Wie sich die Belastungen auf den physischen wie psychischen Gesundheitszustand sowie das Verhalten der Mitarbeiter auswirkt, auf die Arbeits- und Berufszufriedenheit sowie die Qualität der Arbeit im Krankenhaus, soll im Folgenden beschrieben werden.

3.4.3.1. Gesundheitszustand

Die hohen Arbeitsbelastungen in Krankenhäusern können sich in Krankheitstagen und Krankheitsdauer niederschlagen. Obwohl der Krankenstand in Krankenhäusern gegenüber 1996 insgesamt rückläufig ist, zeigt die genaue Analyse einzelner Krankenstandkennzahlen, dass das Personal im Vergleich zu anderen Branchen zu den am stärksten körperlich und psychosozial belasteten Berufsgruppen zählt und eine schlechtere gesundheitliche Situation aufweist (Vetter 2004):

Der Krankenstand liegt mit 5,3 % höher als in den Vergleichsbranchen (4,9%), die Mitarbeiter sind durchschnittlich länger krank (19,2 Tage gegenüber 17,7 Tagen im Bundesdurchschnitt) und sie sind häufiger von Arbeitsunfähigkeit (AU) betroffen (59,4 % Arbeitsunfähigkeitsquote gegenüber dem Branchendurchschnitt von 54,2 %). Der wesentliche Anteil der krankheitsbedingten Fehlzeiten entfällt im Krankenhaus auf Langzeiterkrankte, die zwar nur 4,3 % der Krankmeldungen ausmachen, aber 39,0 % der Arbeitsunfähigkeitstage in Anspruch nehmen. Eine genaue Analyse der Fehlzeiten zeigt, dass sich Unterschiede in Bezug auf die Art der Institution und Größe der Einrichtung sowie Alter, Geschlecht, Berufsgruppe und beruflicher Stellung ergeben (ausführlich hierzu in Vetter 2004).

Ähnlich wie in der Gesamtbevölkerung wird das Krankheitsgeschehen im Krankenhaus von sechs Krankheitsgruppen beherrscht.

Tabelle 13: Zahl der AU-Fälle und AU-Tage von Krankenhäusern im Vergleich zu anderen Einrichtungen in 2003

	AU-Fälle		AU-Tage	
	allgemein	Krankenhaus	Allgemein	Krankenhaus
Atemwege	23,1	23,5	13,7	13,4
Muskel-Skelett	18,1	16,6	26,5	26,3
Verdauung	11,1	10,2	6,5	5,7
Verletzung	10,0	7,1	13,6	9,9
Psyche	3,9	5,2	7,0	10,2
Herz-Kreislauf	4,7	5,0	6,7	6,3
Sonstige	29,1	32,4	26,0	29,1

Quelle: Badura et al. 2004

Tabelle 13 zeigt, dass an erster Stelle *Atemwegserkrankungen* stehen, gefolgt von *Muskel-Skeletterkrankungen*, *Erkrankungen der Verdauungsorgane*, *Verletzungen*, *psychische Er-*

krankungen und Verhaltensstörungen sowie *Herz-Kreislaferkrankungen*. Während Verletzungen im Vergleich zu anderen Branchen eher weniger auftreten, liegt die Zahl der Arbeitsunfähigkeits- (AU) Fälle durch psychische Erkrankungen deutlich höher. Die meisten Arbeitsunfähigkeits-Tage entfallen auf Muskel-Skelett-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen und psychische Erkrankungen.

Der Vergleich der AU-Tage bei Ärzten und Pflegekräften/Hebammen zeigt einen deutlichen Unterschied zwischen den Berufsgruppen (vgl. Abbildung 7). Demnach sind in allen Krankheitsgruppen die Mitarbeiter aus der Pflege bzw. Hebammen deutlich stärker betroffen als Ärzte.

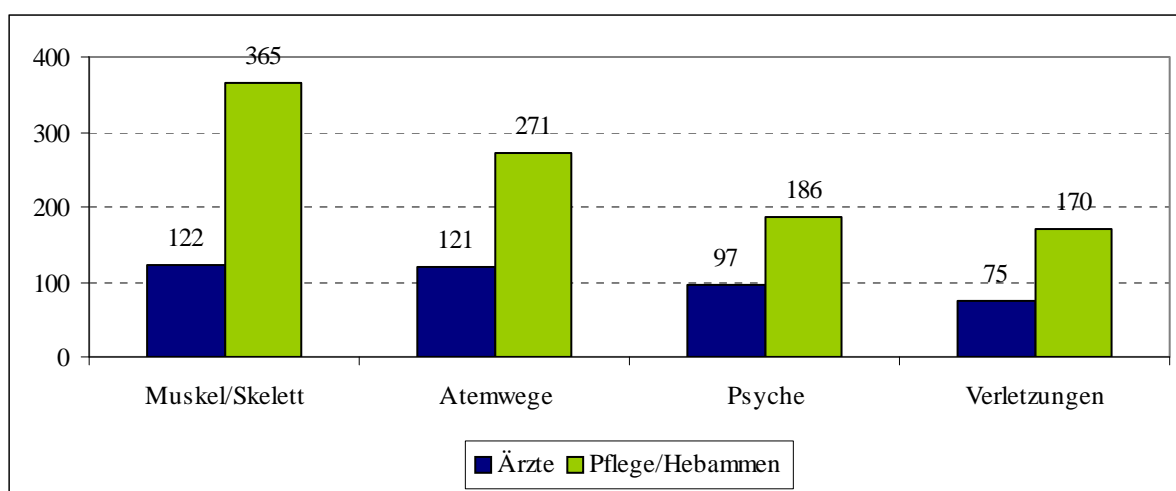


Abbildung 7: AU-Tage in Krankenhäusern: Ärzte und Pflegekräfte/Hebammen (Vetter 2004)

Eine typische Gefahr in Gesundheitsberufen ist das *Burnout*. Zahlreiche Studien belegen das Problem des „Ausbrennens“, das vor allem beim Pflegepersonal untersucht wurde (vgl. Burisch 1994; Enzmann/Kleiber 1989, Maslach 1982). Auch Studien von Ärzten, wie z.B. Kasernenärzten, niedergelassenen Ärzten, Ärzten verschiedener Fachrichtungen und Funktionsbereichen bestätigten die Gefahr des Burnout (vgl. Deckard et al. 1994; Doan-Wiggins et al. 1995; Ramirez et al. 1996; Rottenfuß 1999, zit. nach Jurkat/Reimer 2001; Glaser/Höge 2005).

Inwieweit in Krankenhäusern eine besondere *Suchtgefahr* vorliegt, konnte bislang nicht eindeutig geklärt werden. Enzmann und Kleiber (1989) vermuten, dass aufgrund der hohen Belastungen ein großer Bedarf besteht, dem Stress in irgendeiner Form zu begegnen, bzw. die Arbeitsfähigkeit auch bei hohen Anforderungen zu erhalten. Untersuchungen gehen davon aus, dass der alltägliche Umgang mit Medikamenten, wie z.B. Schmerz- und Narkosemittel

bei einem suchtgefährdeten Arzt den Einstieg in den Drogenkonsum begünstigt (Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (2009). Verlässliche Studienergebnisse zur Prävalenz von Suchterkrankungen bei Ärzten in Deutschland liegen jedoch nicht vor, weswegen auf nordamerikanische Erhebungen zurückgegriffen wird (Kunstmann/Flenker 2005). In anderen Beiträgen wird angegeben, dass eine höhere Suchtgefährdung der Ärzte gegenüber der Allgemeinbevölkerung vorliegt (Glaser/Höge 2005). So sollen schätzungsweise 10 – 15 % der Ärzte im Laufe ihres Lebens substanzabhängig gewesen sein (Bohigian et al. 1994, zit. n. Jurkat/Reimer 2001). Insbesondere besteht eine Gefahr des Alkoholmissbrauchs (Mäulen et al. 1995).

Neben körperlichen und psychischen Reaktionen, kann sich die Arbeitssituation ebenso auf das soziale Verhalten der Mitarbeiter auswirken. So ist z.B. *Mobbing* ein zunehmendes Problem im Krankenhaus. Der Mobbing-Report der Bundesrepublik Deutschland bestätigt, dass Mitarbeiter aus Gesundheitsberufen einem 1,6-fach höheren Risikofaktor ausgesetzt sind als der Durchschnitt der erwerbstätigen Bevölkerung, der in Deutschland bei 5,5 % liegt (Meschkutat et al. 2002). Verschiedene Artikel im Deutschen Ärzteblatt (Rolland 1998; Flintrop 2001a und b) berichten über den zunehmend raueren Ton in Krankenhäusern bis hin zu Mobbing unter den Kollegen, insbesondere bei Assistenzärzten sowie älteren Oberärzten (Flintrop 2001a; Meschkutat et al. 2002). Nach Einschätzung des Marburger Bundes¹⁰ ist diese Situation in den nach wie vor strengen hierarchischen Strukturen von Krankenhäusern begründet, aber auch in der Angst um den Arbeitsplatz und dem steigenden Konkurrenzdruck.

3.4.3.2. Arbeits- und Berufszufriedenheit

Die Frage nach der Arbeits- und Berufszufriedenheit ist zum Einen von Bedeutung, da diese Auswirkungen auf die Berufswahl, bzw. den Verbleib im Beruf und hat und damit relevant in Bezug auf die Versorgung kranker und pflegebedürftiger Menschen ist. So berichten Krankenhäuser, dass z.B. aufgrund nicht besetzter Stellen im ärztlichen Dienst und vor dem Hintergrund der Novellierung des Arbeitszeitgesetzes Probleme bei der Arbeitszeitorganisation entstehen. Andere Krankenhäuser berichten von Beeinträchtigungen bei der Patientenversorgung und dass sie Wartelisten eingeführt, bzw. ausgebaut haben (Blum et al. 2009).

¹⁰ Verband der angestellten und beamteten Ärzte Deutschlands e.V.

Zum Anderen ist das Thema von Wichtigkeit, da ein Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und Befindlichkeitsstörungen, also der Gesundheit und dem Wohlbefinden der Mitarbeiter (Hunziger/Kesting 2003) besteht.

In Bezug auf den Arbeitsplatz Krankenhaus stellt sich die Zufriedenheit von Ärzten und Pflegekräften folgendermaßen dar:

- Jurkat und Reimer (2001) stellten in ihrer Studie zur Arbeitszufriedenheit bei Ärzten fest, dass mehr als die Hälfte der Befragten trotz hoher Arbeitsbelastungen „im großen und ganzen“ oder „sehr“ mit ihrer Arbeit zufrieden sind, wenngleich sich geringe Unterschiede je nach Fachrichtung finden (ebd.).
- Beim Pflegepersonal zeigt eine Befragung zur Zufriedenheit mit der Arbeit und dem Beruf, dass diese zwar seit 1999 gesunken ist, aber nach wie vor hoch ausfällt. Dies wird vor allem darauf zurückgeführt, dass viele Beschäftigte das Gefühl haben, mit ihrer Arbeit etwas Sinnvolles zu tun (DAK-BGW 2005).

Das Problem der Unzufriedenheit mit der Arbeitstätigkeit macht sich an verschiedenen Stellen bemerkbar: Im ärztlichen Bereich beginnt es bereits damit, dass es an Nachwuchs fehlt (Bundesministerium für Arbeit und Soziale Sicherung 2004; Rieser 2005; Kopetsch 2008). Zwar gibt es nach wie vor beim Studium der Humanmedizin mehr Bewerber als Studienplätze, jedoch zeigt die rückläufige Anzahl an Absolventen, dass viele Studenten das Studium abbrechen (Bundesministerium für Arbeit und Soziale Sicherung 2004; Kopetsch 2005; Norden 2008). Ein weiterer Anteil an Absolventen geht der kurativen Medizin dadurch verloren, dass sie nach Abschluss des Studiums in paramedizinische Berufe gehen (Norden 2008).

Ein weiteres Problem stellt der Verlust qualifizierter Mediziner dar: Viele wechseln in andere Medizinbereiche oder Berufsfelder (Kopetsch 2005), bzw. gehen ins Ausland. Aufzeichnungen der Ärztekammern ergeben, dass die Anzahl an Ärzten, die in andere Länder auswandern, in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat und auf einem gleichbleibend hohen Niveau verharrt (Kopetsch 2008). Zwar gibt es auch eine Gegenbewegung, also dass ausländische Ärzte nach Deutschland kommen, jedoch reicht die Zahl nicht aus, um die Abwanderungen zu kompensieren (ebd.).

Das Resultat ist, dass der Ärztemangel in Deutschland dermaßen zugenommen hat, dass rund zwei Drittel der Krankenhäuser Probleme bei der Besetzung von Stellen haben (Blum et al. 2009). Während offene Stellen in den vergangenen Jahren vor allem in den östlichen Bundes-

ländern registriert wurden, hat sich die Differenz zwischen alten und neuen Bundesländern inzwischen deutlich verringert und stellt nun ein gesamtdeutsches Problem dar (ebd.), so dass im stationären Bereich von einer deutlichen Unterversorgung gesprochen wird (Norden 2008).

Die Ursachen für den Ärztemangel sind vielfältig: Bei manchen Ärzten liegen persönliche Gründe vor, wie z.B. ein vorübergehender Auslandsaufenthalt im Rahmen der wissenschaftlichen Karriere. Andere bemängeln die schlechten Rahmenbedingungen und ziehen die attraktiveren Arbeitsplätze im Ausland vor (Robert-Bosch Studie 2007). Laut einer Studie des Beratungsunternehmens Rambøll Management (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziale Sicherung 2004) gehörten zu den wichtigsten Gründen für den Ausstieg aus der kurativen Tätigkeit, bzw. der Entscheidung gegen eine Rückkehr in den Beruf die schlechte Bezahlung, die zeitliche Belastung/schlechte Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit sowie das Ausmaß an nicht-medizinischen Tätigkeiten (ebd.). Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch spätere Beiträge von Rieser (2005) und Norden (2008). Kritisiert wurden zudem der in vielen Krankenhäusern vorherrschende autoritäre Führungsstil sowie das Ausmaß nichtärztlicher Aufgaben (ebd.).

Auch im Pflegebereich ist ein zunehmender Mangel an Fachkräften zu verzeichnen (Isfort/Weidner 2007). Studienergebnisse zeigen, dass in Deutschland 19 % der Pflegekräfte über einen Ausstieg aus dem Beruf nachdachten (Hasselhorn/Müller 2005). Als Grund hierfür gelten vor allem die hohe emotionale Anforderung, die hohe Arbeitsbelastung, das niedrige Einkommen und die ungünstigen Arbeitszeiten sowie der „Arbeit-Familien-Konflikt“ (ebd.). Braun und Müller (2005) weisen darauf hin, dass dies vor allem ein Problem der Pflegehelfer ist, hingegen Pflegekräfte eher aufgrund familiärer Ereignisse die Berufstätigkeit beenden.

3.4.3.3. Qualität der Arbeit

Unter den Folgen der Restrukturierungsmaßnahmen in Krankenhäusern können nicht nur die Mitarbeiter leiden, sondern möglicherweise auch die Qualität der geleisteten Arbeit (Aiken 2001; Glaser/Höge 2005; Isfort/Weidner 2007). Dies kann sich langfristig auf die Qualität der Patientenversorgung auswirken. So wird durch die Reduktion von Leistungen infolge des Personalabbaus die Wahrscheinlichkeit größer, dass die Qualität der Behandlung sinkt (Isfort/Weidner 2007). Ebenso wirken sich hoher Zeitdruck sowie lange Arbeitszeiten ohne Kompensationsmöglichkeiten auf die Konzentrationsfähigkeit der Mitarbeiter aus, was zum Anstieg der Fehlerquote führen kann (Baillod et al. 2003).

Schrappe (2005) weist auf Qualitätsmängel in der medizinisch-pflegerischen Versorgung hin und führt verschiedene Defizite, die durch hohe Arbeitsbelastungen und Müdigkeit entstehen auf, wie z.B. die Dekubitusrate, Stürze von Patienten, Nosokomialinfektionen oder fehlerbedingte Arzneimittelreaktionen.

Eine Schweizer Studie untersuchte die Auswirkungen der Arbeitssituation auf die Qualität der Pflege. Das Pflegepersonal vertrat mehrheitlich die Ansicht, dass die Pflegequalität in ihrem Arbeitsbereich eingeschränkt ist. Viele befürchten, dass sie durch den Stress am Arbeitsplatz die Patientenbedürfnisse nicht mehr richtig wahrnehmen, bzw. die Arbeit unter Druck zu Fehlern führt und Pflegemängel auftreten (Baillod et al. 2003, S. 228).

Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Isfort und Weidner (2007). Auch hier gelangen 40 % der befragten Pflegedirektoren zu der Einschätzung, „dass die Möglichkeit, eine qualitativ hochwertige Pflege anzubieten, in den letzten Jahren gesunken ist“. 30 % vertreten sogar die Ansicht, dass es nicht mehr gelingt, eine ausreichende Versorgung sicherzustellen. Sie weisen darauf hin, dass im Bereich der Krankenpflege Aufgaben der Grundpflege, wie Mobilisation, Körperpflege, Lagerung oder Nahrungsverabreichung nicht dem Bedürfnis des Patienten entsprechend durchgeführt werden. Patienten müssten manchmal länger auf die Verabreichung von Schmerzmitteln warten und die Überwachung der Patienten nach operativen Eingriffen ist eingeschränkt. 40 % der Pflegedirektoren sind der Ansicht, dass die Möglichkeit, eine hochwertige Pflege anzubieten in den letzten zwei Jahren gesunken ist, 30 % sagen dies sogar in Bezug auf eine „ausreichende“ Versorgung (ebd.).

Eine anonyme Befragung von Ärzten ergab, dass sich Stress und Ermüdung nachteilig auf die klinische Entscheidungsfähigkeit und auf die Fähigkeit auswirken können, Verrichtungen adäquat, verantwortungsvoll und fehlerfrei durchzuführen (Firth-Cozens/Greenhalgh 1997).

Die Ausführungen machen deutlich, dass die Arbeit im Krankenhaus mit einer Vielzahl an physischen und psychischen Belastungen verbunden ist, wobei insbesondere den psychischen Belastungen sowie den Ressourcen eine besondere Bedeutung zukommt.

Aufgrund der verschiedenen Auswirkungen, die die Arbeitssituation auf die Gesundheit und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter sowie die Qualität der Arbeit hat, nimmt die Gesundheitsförderung von Krankenhausmitarbeitern einen besonderen Stellenwert ein, auf den im folgenden Kapitel eingegangen werden soll.

3.5. Gesundheitsförderung im Krankenhaus

Das folgende Kapitel stellt zunächst die verschiedenen Strategien der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz dar und geht anschließend konkret auf gesundheitsförderliche Maßnahmen im Krankenhaus und das Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser ein.

3.5.1. Strategien und Instrumente der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz

3.5.1.1. Arbeitsschutz

Das Thema „Gesundheit im Betrieb“ wurde lange Zeit vor allem vor dem Hintergrund von Risiken und Gesundheitsgefahren betrachtet, denen man mit Maßnahmen des klassischen Arbeits- und Gesundheitsschutzes begegnete. Der Arbeitsschutz besitzt in Deutschland eine lange Tradition und hat für viele Länder Vorbildcharakter (Nieder/Harms 1995).

Ziel des Arbeits- und Gesundheitsschutzes ist die Bekämpfung berufsbedingter Erkrankungen durch Identifizierung von Gesundheitsgefahren am Arbeitsplatz, Senkung individueller Risiken und Vermeidung von Betriebsunfällen. Dieses Vorhaben konnte in vielen Betrieben durch umfangreiche Arbeitsschutzmaßnahmen teilweise erfolgreich umgesetzt werden (vgl. Frieling 2004). Insgesamt konnte in den vergangenen Jahrzehnten die Zahl der meldepflichtigen Arbeitsunfälle kontinuierlich verringert werden, ebenso die Anzahl von Berufskrankheiten (Siegrist 2004).

Auch in Krankenhäusern gelang es, die Zahl der Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle zu senken (DAK-BGW 2005). Kritisch ist zu sehen, dass lange Zeit die psychischen und psychosozialen Belastungen nur wenig Berücksichtigung fanden. Gerade diese haben jedoch aufgrund der genannten Veränderungen in der Arbeitswelt insgesamt deutlich zugenommen und sind auch in Krankenhäusern häufig anzutreffen (ebd.)¹¹.

Kritisiert wurde zudem, dass die Maßnahmen vorwiegend von Experten, also ohne Beteiligung der Mitarbeiter entwickelt wurden und der Schwerpunkt der Interventionen in einzelnen Aktionstagen oder Trainingsprogrammen lag und damit oftmals keine nachhaltige Wirkung erzielt werden konnte.

Gefordert wurde daher ein neues erweitertes Konzept, wie die im Folgenden beschriebene betriebliche Gesundheitsförderung.

¹¹ Der moderne Arbeits- und Gesundheitsschutz beinhaltet inzwischen auch psychosoziale und gesundheitsförderliche Aspekte (Lenhardt/Rosenbrock 2007).

3.5.1.2. Betriebliche Gesundheitsförderung

Das Konzept der betrieblichen Gesundheitsförderung ist weitaus jünger als der klassische Arbeitsschutz. Ausgehend von den Konzepten der World Health Organization (WHO), in denen unter anderem die Schaffung gesunder Lebenswelten gefordert wird, wurden auch die Arbeitsbedingungen in Betrieben aus einer neuen Perspektive thematisiert. Entsprechend der Ottawa-Charta (1986) berücksichtigt die Gesundheitsförderung in Betrieben neben Gesundheitsgefährdungen auch Gesundheitspotenziale, umfasst körperliche und psychosoziale Aspekte und richtet sich sowohl auf das Verhalten des einzelnen Mitarbeiters wie auf das gesamte Arbeitsumfeld. Damit stellt die betriebliche Gesundheitsförderung eine ergänzende Strategie zu den gesetzlichen Aufgaben des klassischen Arbeitsschutzes dar. Angestrebt wird eine langfristige und nachhaltige Förderung der Gesundheit durch Integration des Themas in die betrieblichen Routinen.

Ende der achtziger Jahre haben insbesondere die gesetzlichen Krankenkassen damit begonnen, im Rahmen des § 20 SGB V, die Gesundheit der Mitarbeiter in Betrieben zu verbessern. Inzwischen sind verschiedene Netzwerke entstanden, die sich um die Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz bemühen, wie das Europäische und das Deutsche Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung, die Initiative Neue Qualität der Arbeit oder die Initiative Gesundheit und Arbeit. Im Bereich der Krankenhäuser setzte sich vor allem das *Europäische* und das *Deutsche Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser* (ENGFK) mit diesem Thema auseinander.

3.5.1.3. Betriebliches Gesundheitsmanagement

Um nachhaltig und umfassend die Gesundheit der Mitarbeiter zu verbessern und zu vermeiden, dass Interventionen umgangen oder „ausgesessen“ werden (Badura 2000c) wurde in den 90er Jahren von der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld das Konzept des betrieblichen Gesundheitsmanagements erarbeitet. Während sich die betriebliche Gesundheitsförderung vor allem auf Einzelmaßnahmen im Betrieb richtet, geht es beim betrieblichen Gesundheitsmanagement um eine systematische, in das Unternehmen integrierte Gesundheitsförderung.

Das Konzept schlägt eine prozessorientierte Vorgehensweise vor, bei der unabhängig von den zu bearbeitenden Themen und verwendeten Lösungsstrategien ein bestimmter Handlungsrahmen vorgegeben wird, innerhalb dessen Problembereiche bearbeitet werden können (aus-

föhrlich hierzu s. Kapitel Methodik). Damit trägt das Konzept der sehr unterschiedlichen Problem- und Ressourcensituation eines Unternehmens Rechnung.

Ziel dieses innovativen Konzeptes ist es, das Sozial- und Humankapital einer Organisation zu verbessern (Badura/Hehlmann 2003) und damit deren Zukunftsfähigkeit zu steigern. Hierföur werden verschiedene Bausteine und Ansätze der Gesundheitsföorderung aus den Bereichen der Verhaltens- und Verhältnisprävention zusammengeföhrt, der Arbeits- und Gesundheitsschutz durch eine verstärkte Einbeziehung psychischer Belastungen neu ausgerichtet und alles in einen kontinuierlichen Entwicklungsprozess eingebunden.

Schwerpunkte dieses Konzeptes sind 1. der Perspektivwechsel von einer pathogenetischen, symptombezogenen zu einer salutogenetischen kompetenzföordernden Sichtweise, 2. die Entwicklung von manahmenbezogenen Interventionen zu organisationsbezogenen Strategien und 3. die Weiterentwicklung von Einzelmaßnahmen zu einer systematischen und nachhaltigen Vorgehensweise (Möunch et al. 2003, S. 22).

Von der Pathogenese zur Salutogenese

Nachdem lange Zeit der Fokus der Forschung vor allem auf den belastenden und krankmachenden Faktoren lag, beschäftigte sich der israelischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1987) mit der Frage, warum manche Menschen trotz des Einwirkens vielfältiger Belastungen gesund bleiben. Ohne die Notwendigkeit der klassischen medizinischen Forschung nach den pathogenen Einflüssen föur die Entstehung von Krankheiten und deren Behandlung in Frage zu stellen, sah er es als ebenso wichtig an, auch jene Faktoren zu identifizieren, die einen Menschen gesund erhalten. Nach seiner Auffassung steht der gesunde Mensch in einem inneren Gleichgewicht, das fortwährend durch äußere Einflüsse destabilisiert wird und Anpassungsleistungen erforderlich macht. Gelingt es nicht, den Gleichgewichtszustand wieder herzustellen, kann dies Krankheiten zur Folge haben. Um das Gleichgewicht herstellen zu können, stehen dem Menschen innere und äußere Ressourcen zur Verföugung (vgl. Becker 1992).

Eine wesentliche Bedeutung misst Antonovsky dem Koharensinn (Sense of coherence - SOC) bei. Er definiert diesen als ein aus drei Dimensionen bestehendes generalisiertes, überdauerndes und dynamisches Grundvertrauen, dass „die Ereignisse in der eigenen inneren und äußeren Umwelt strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind (Verstehbarkeit/Comprehensibility), dass ausreichend Ressourcen verföugbar sind, um den Anforderungen zu entsprechen (Handhabbarkeit/Manageability) sowie diese eine Herausforderung darstellen

und des Engagements wert sind (Bedeutsamkeit / Meaningfulness)“ (Antonovsky 1987, S. 19). Je stärker das Kohärenzgefühl ausgeprägt ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, die äußeren Anforderungen erfolgreich zu bewältigen und gesund zu bleiben.

Übertragen auf die Arbeitswelt bedeutet dies, dass Belastungen am Arbeitsplatz weniger als solche empfunden werden, wenn die Arbeit als verständlich, sinnhaft und beeinflussbar erlebt wird (Bengel et al. 2001, S. 26 ff). Eine kohärente Organisation ist demzufolge gekennzeichnet durch seine:

- Verstehbarkeit, worin sich ausdrückt, inwieweit eine Organisation für den Mitarbeiter verständlich ist, also wie transparent und nachvollziehbar betriebliche Vorgänge gestaltet sind und wie gut die Informationskultur ist
- Handhabbarkeit, d.h., dass die Mitarbeiter in der Lage sind, Arbeitsaufgaben erfolgreich bewältigen zu können, z.B. durch entsprechende Personalschlüssel oder gute Arbeitsmaterialien sowie
- Sinnhaftigkeit, d.h. dass Ziele, Motive und Herausforderungen der Organisation als sinnvoll empfunden werden und wert sind, sich hierfür zu engagieren.

Von der Person zum sozialen System

Wie Studien belegen, wird die Gesundheit der Mitarbeiter weitaus stärker durch Organisationsmerkmale bestimmt als durch das individuelle Verhalten. Daher besteht neben den Maßnahmen für den einzelnen Mitarbeiter ein vorrangiges Ziel des betrieblichen Gesundheitsmanagements in der Gestaltung einer „gesunden Organisation“. Ebenso wie beim Menschen, können sich auch soziale Systeme auf einem Kontinuum zwischen gesund und krank bewegen.

Verschiedene Aspekte wurden als Kennzeichen einer gesunden, bzw. ungesunden Organisation identifiziert (vgl. Tabelle 14). Je ausgeprägter die jeweiligen Merkmale sind, desto „gesünder“ oder „kränker“ ist eine Organisation.

Tabelle 14: Merkmale „gesunder“ und „ungesunder“ Organisationen

Strukturmerkmale gesunder und ungesunder Unternehmen	gesunde Organisation	ungesunde Organisation
Ausmaß sozialer Ungleichheit (Bildung, Status, Einkommen)	moderat	hoch
Vorrat an gemeinsamen Überzeugungen, Werten, Regeln („Kultur“)	groß	gering
Transparenz von Entscheidungen und Prozessen für Organisationsmitglieder	hoch	gering
Beteiligungsmöglichkeiten an Willensbildung und Entscheidungsfindung („Partizipation“)	häufig	selten
Qualität der Führung	hoch	gering
Stabilität und Qualität der sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz	hoch	gering
Team-/abteilungsübergreifende Vernetzung der Organisationsmitglieder	hoch	gering
Vertrauen und Zusammenhalt unter Organisationsmitgliedern („Klima“, „Wir-Gefühl“)	stark	gering
sinnstiftende Aufgabenstellung	stark verbreitet	gering verbreitet
Identifikation der Organisationsmitglieder mit Aufgaben und Organisationszielen („Commitment“)	hoch	gering
Handlungsspielräume bei der Arbeit	groß	gering
fachliche Qualifikation der Organisationsmitglieder	hoch entwickelt und verbreitet	gering entwickelt und verbreitet
soziale Kompetenz	hoch entwickelt und verbreitet	gering entwickelt und verbreitet

Quelle: Badura (2005)

3.5.2. Effekte gesundheitsförderlicher Maßnahmen im Betrieb

Obwohl die betriebliche Gesundheitsförderung, bzw. das Betriebliche Gesundheitsmanagement mit einem hohen Aufwand für den Betrieb verbunden ist, zeigen Beispiele aus der Praxis, dass sich der Einsatz lohnt (vgl. Tabelle 15). Die Ergebnisse einer Befragung von 131 Unternehmen durch die AOK zeigen, dass das betriebliche Gesundheitsmanagement einen positiven Einfluss auf die Arbeitsbedingungen, die Gesundheit, Motivation und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter hat und die Kommunikation und Partizipation in den Betrieben fördert (Eberle 2005). Die evidenzbasierte Wirksamkeit von Maßnahmen zur Verbesserung der physischen und psychosozialen Situation der Mitarbeiter zeigt sich beispielsweise im Bereich der Raucherentwöhnungskurse, der Bewegungsförderung, der Ernährung und dem Umgang mit Stress (Sokoll et al. 2008).

Speziell für den Dienstleistungsbereich konnte eine Verbesserung der innerbetrieblichen Kommunikation erzielt werden und es entstand ein besseres Verhältnis zwischen Mitarbeitern

und Führung, was sich letztlich positiv auf den Umgang mit den Kunden sowie die Dienstleistungs- und Beratungsqualität auswirkte (Eberle 2005).

Tabelle 15: Erfolge betrieblicher Gesundheitsförderung

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verringerung der Arbeitsbelastungen ▪ Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Mitarbeiter und Erhalt der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ▪ Steigerung der Arbeitszufriedenheit und Mitarbeitermotivation ▪ Senkung des Krankenstandes und Absentismus ▪ Verbesserung des Arbeitsklimas ▪ Erhöhung der Mitarbeiterbindung und -loyalität ▪ Verringerung der Fluktuation ▪ Verbesserung der Produkt- und Dienstleistungsqualität 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbesserung der innerbetrieblichen Kooperation ▪ Erhöhung der Kundenzufriedenheit und Kundenbindung ▪ Verbesserung der Flexibilität und Innovationsfähigkeit ▪ Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Produktivität ▪ Förderung der Corporate Identity ▪ Verbesserung des Unternehmensimages, inklusive der Beschäftigungsattraktivität ▪ Erhöhung der Wettbewerbsfähigkeit
---	---

Quelle: Bundesverband der Betriebskrankenkassen 2004

Über verschiedene Wirkungs- und Kausalketten tragen die in Tabelle 15 dargestellten Veränderungen ihrerseits zu einem verbesserten wirtschaftlichen Ertrag der Unternehmen bei.

Die Kostenreduktion ergibt sich durch die Verringerung krankheitsbedingter Fehlzeiten, weniger Ausgleichszahlungen oder reduzierter Behandlungskosten (Sokoll 2008, Bundesverband der Betriebskrankenkassen 2004). Zur Darstellung von Kosten-Nutzen-Effekten wird in der Wirtschaft der „Return on Investment“ (ROI) verwendet. Dieser beschreibt wie viele Einheiten pro investiertem Dollar durch die Effekte einer Intervention in ein Unternehmen zurückfließen. Studienergebnisse aus dem nordamerikanischen Raum geben in Bezug auf Krankheitskosten einen ROI zwischen 1:2,3 und 1:1,59 an und in Bezug auf Fehlzeiten eine ROI zwischen 1:2,5 bis 1:10,1 (Chapman 2005).

Trotz dieser vielfältigen positiven Wirkungen zeigten Studien, dass die betriebliche Gesundheitsförderung nicht flächendeckend verbreitet ist. Ca. ein Fünftel der Betriebe führt gemäß einer Befragung von Arbeitgebern Maßnahmen zum Schutz oder zur Förderung der Gesundheit durch (Hollederer 2004). Die Interventionen konzentrieren sich dabei vorwiegend auf Großbetriebe und Konzerne und werden insbesondere im industriellen Bereich durchgeführt (Hollederer 2004; Lehnhardt/Rosenbrock 2007). So zeigt eine Analyse von Bös und Gröben (1995), in der alle Betriebe in Deutschland zum Stand der betrieblichen Gesundheitsförderung

nach zehn Jahren untersucht wurden, dass die Umsetzung gesundheitsförderlicher Aktivitäten insbesondere in größeren Betrieben mit 100 und mehr Mitarbeitern (56,8 %) sowie Betrieben des verarbeitenden Gewerbes (51,6 %) erfolgt. Zu den Maßnahmen der Gesundheitsförderung gehören insbesondere Krankenstandsanalysen und Befragungen zum Arbeitsschutz am Arbeitsplatz, Kurse für ein gesundheitsförderliches Verhalten, Durchführung von Gesundheitszirkeln und sonstige Interventionen (Hollederer 2004). Viele der Betriebe beenden nach ein bis zwei Jahren die Maßnahmen, so dass die Nachhaltigkeit der Gesundheitsförderung ein deutliches Problem darstellt (ebd.)

Im Dienstleistungsbereich, zu dem auch das Gesundheitswesen zählt, spielt die betriebliche Gesundheitsförderung mit einem Anteil von (12,9 %) eine eher untergeordnete Rolle (Meierjürgen/Scherrer 2004). In Krankenhäusern wird Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bislang vor allem im Rahmen des Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser durchgeführt sowie im Rahmen von Forschungsprojekten (vgl. z.B. Pelikan et al. 1993, Bellabarba Schnappauf 1996, Müller et al. 1997, Oppolzer 1999).

Ausgehend davon, dass das Thema Gesundheitsförderung insbesondere von den 74 Mitgliedskrankenhäusern des Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser betrieben wird, würde dies bei einer Gesamtzahl von ca. 2104 Krankenhäusern in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2006) bedeuten, dass der Anteil hier bei rd. 3,5 % liegt.

Hinsichtlich der Qualität der betrieblichen Gesundheitsförderung wird kritisch vermerkt, dass bei den Interventionen eher von „Gesundheitsförderung im Betrieb“, als von „betrieblicher Gesundheitsförderung“ oder einem „betriebliches Gesundheitsmanagement“ gesprochen werden kann. Das heißt, es handelt sich bei den Interventionen vorwiegend um einzelne Maßnahmen, die für einzelne Mitarbeitergruppen z.B. in Form von Kursen oder Gesundheitstagen/-wochen angeboten werden, die aber nicht auf Dauer angelegt sind oder in innerbetriebliche Organisationsstrukturen integriert wurden.

Das Angebot selbst gestaltet sich zwar vielfältig, orientiert sich aber vorwiegend an Risikofaktoren bzw. Krankheitsbildern. Der Schwerpunkt liegt im Bereich der Verhaltensprävention und nur in wenigen Betrieben fand sich eine Kombination aus verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen (Bös/Gröben 1995; Lehnhardt/Rosenbrock 2007). Eine solche Vorgehensweise ist insofern problematisch, als die Wirkung von am Verhalten der Mitarbeiter ausgerichteten, meist auch zeitlich befristeten, vereinzelt Projekten begrenzt ist und Gesundheitseffekte gering bleiben, bzw. schnell verpuffen (Badura 2000b).

3.5.3. Gesundheitsförderliche Maßnahmen in Krankenhäusern

Recherchen, inwieweit die Gesundheit und die Gesundheitsförderung der Mitarbeiter in Krankenhäusern Gegenstand der Forschung ist, ergaben, dass sich die Studien vorwiegend auf das Pflegepersonal richten. Das Thema Gesundheit von Ärzten wurde kaum thematisiert.

Inhaltlich richtete sich der Fokus der Studien überwiegend auf einzelne Risikofaktoren, wie z.B. die Gefahr einer Infektion mit HIV oder Hepatitis durch Stich- und Schnittverletzungen oder auf bestimmte Sachverhalte, wie z.B. das Thema Gewalt gegenüber dem Krankenhauspersonal.

Ferner werden in Studien Zusammenhänge, z.B. zwischen bestimmten Arbeitsplatzmerkmalen und der Gesundheit und Zufriedenheit der Mitarbeiter sowie in Bezug auf die Qualität der Patientenversorgung bzw. der Kundenbeziehungen untersucht.

Weitere Forschungen widmen sich der Wahrnehmung von Belastungen beim Krankenhauspersonal, den Möglichkeiten zur Prävention einzelner Erkrankungen, Methoden zur Erfassung von Arbeitsplatzmerkmalen oder der Effektivität bestimmter Interventionen für die jeweilige Zielgruppe. Gegenstand dieser Studien ist z.B. die Wirksamkeit gesundheitsförderlicher Programme, Schulungen oder Kurse.

Im Vordergrund stehen dabei vornehmlich verhaltensorientierte Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit oder des Gesundheitsverhaltens, wie z.B. Raucherentwöhnungen, Gewichtsreduktion oder Rückenschulen.

Darüber hinaus befassen sich die Studien mit Krankenhäusern, die ihre Einrichtung unter ein bestimmtes gesundheitsförderliches Motto gestellt haben, z.B. „rauchfreie Krankenhäuser“ oder „kinderfreundliche Krankenhäuser“ oder mit den Gesundheitssystemen verschiedener Länder.

Es kann festgestellt werden, dass Defizite hinsichtlich Studien bestehen, die eine systematische Erfassung und Verbesserung des Gesundheitszustandes durch gezielte verhaltens- wie vor allem auch verhältnispräventive Interventionen und deren Evaluation zum Inhalt haben und die sich an Ärzte wie Pflegepersonal gleichermaßen wenden.

Dabei bietet das Krankenhaus eine Reihe von Ansatzpunkten zur Gesundheitsförderung der Mitarbeiter. Grundsätzlich können Interventionen zur Gesundheitsförderung den Aufbau von Ressourcen bzw. den Abbau von Gesundheitsbelastungen zum Ziel haben. Sie können sich auf das Verhalten der Mitarbeiter wie auch die sie umgebenden Verhältnisse richten:

- Verhaltenspräventive Interventionen zielen darauf ab, das Verhalten einer Person zu verändern. Es geht um den Abbau gesundheitsschädigender Verhaltensweisen, wie z.B. eine ungesunde Ernährung, Bewegungsarmut oder den Konsum von Suchtmitteln sowie den Aufbau von Ressourcen, z.B. durch Förderung fachlicher und sozialer Kompetenzen oder Befähigung der Mitarbeiter zum besseren Umgang mit belastenden Arbeitssituationen, z.B. durch ein Stressmanagement.

Die Stärke dieses Interventionsansatzes liegt in der Verbesserung allgemeiner persönlicher Kompetenzen, welche auch außerhalb der Arbeit wirksam sind sowie in der relativ leichten Umsetzbarkeit der Maßnahmen. Die Schwäche eines rein personenorientierten Ansatzes ist darin zu sehen, dass sich an den belastenden Bedingungen und Ursachen, die aus dem Arbeitsplatz selbst resultieren nichts ändert und insofern rein verhaltensorientierte Maßnahmen sich in der Regel als wenig effektiv und nachhaltig erweisen.

- Verhältnispräventive Interventionen richten sich auf die Gestaltung der Arbeitsbedingungen, unter denen ein Mensch arbeitet. Sie umfassen das Arbeitsumfeld einschließlich der Arbeitsmittel und Arbeitsabläufe sowie die Unternehmenskultur. Als belastungssenkend gilt z.B. die Ausstattung des Arbeitsplatzes mit sicheren und ergonomisch gestalteten Arbeitsmöbeln und –materialien, die Gestaltung von Pausen- oder Ruheräumen oder die Optimierung von Arbeitsabläufen. Zu den Ressourcen aufbauenden Maßnahmen zählt z.B. die Erweiterung von Entscheidungsspielräumen, Möglichkeiten zur Partizipation oder die Gestaltung eines positiven Betriebsklimas.

Die Stärke des verhältnispräventiven Ansatzes besteht neben einer Veränderung der eigentlichen Belastungsursachen auch darin, dass alle Mitarbeiter von gesundheitsförderlichen Umgebungsfaktoren profitieren. Der größte Nachteil liegt darin, dass dieser Ansatz meistens schwieriger umzusetzen ist, weil er einen direkten und umfassenden Eingriff in eine Organisation erforderlich macht, der oftmals nicht möglich bzw. nicht erwünscht ist (Gusy/Kleiber 1998).

Studienergebnisse zeigen, dass sich durch verhaltenspräventive Programme, die sich auf bestimmte Personengruppen oder die Prävention eines Krankheitsbildes, bzw. gesundheitsschädigendes Verhalten richten, durchaus positive evidenzbasierte Effekte zur Förderung der physischen und psychischen Gesundheit erzielen lassen (Sokoll et al. 2008). Das größte Potenzial bergen jedoch Mehrkomponentenprogramme, die verhaltens- und verhältnispräventive Vor-

gehensweisen kombinieren, insbesondere im Hinblick auf die Nachhaltigkeit der Effekte (ebd.).

Tabelle 16 gibt einen Überblick über Interventionen zur Verhaltens- und Verhältnisprävention speziell im Krankenhausbereich, die sich auf den Aufbau von Gesundheitsressourcen, bzw. den Abbau von Belastungen richten.

Tabelle 16: Beispiele für Ansatzpunkte und Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Krankenhaus

	Organisationsbezogene Interventionen	Mitarbeiterbezogene Interventionen
Erschließung von Gesundheitspotentialen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entwicklung einer positiven, partnerschaftlichen und patientenorientierten Unternehmenskultur ▪ Entwicklung eines transparenten und von den Mitarbeitern akzeptierten Leitbildes ▪ offene Konflikt- und Kommunikationskultur ▪ Einführung eines Arbeitskreises Gesundheit ▪ Einführung von Gesundheitszirkeln ▪ Einführung von Qualitätszirkeln ▪ Erhöhung von Transparenz über betriebliche Entscheidungen, Zusammenhänge, Abläufe ▪ Erweiterung von Handlungsspielräumen ▪ partizipative Arbeits- und Organisationsgestaltung ▪ Einführung von Gruppen-/Bezugspflege ▪ Maßnahmen zur Teamentwicklung ▪ Mitarbeiterorientierte Arbeitszeitregelungen ▪ Entwicklung von Einführungs-/Einarbeitungskonzepten ▪ Schaffung klarer Zuständigkeiten ▪ eine am Behandlungsprozess statt am strukturorientierte Ablaufgestaltung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ regelmäßiger Besuch von Fort- und Weiterbildung ▪ Kommunikationstraining ▪ Schulung der Führungskräfte ▪ Qualifizierung für Team-/ Gruppenarbeit ▪ Supervision/Balint-Gruppen ▪ Stressbewältigungsprogramme ▪ Schulung für Zeitmanagement ▪ Gesundheitsberatung ▪ Sportangebote
Reduzierung und Vermeidung von Gesundheitsrisiken	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arbeitsplatzsicherheit ▪ Vermeidung von quantitativer und qualitativer Über- oder Unterforderung ▪ angemessene Pausenzeitregelung ▪ angemessene qualitative und quantitative Personalausstattung ▪ Arbeits- und Unfallschutz ▪ Gesundheitsverträgliche Schicht- und Bereitschaftssysteme ▪ Vermeidung physikalischer und chemischer Gefährdung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angemessene und anforderungsbezogene Basisqualifikation ▪ Rückenschulen mit kombiniertem Arbeitsplatzprogramm ▪ Schonarbeitsplätze ▪ Bereitstellung bedarfsgerechter Arbeitsmittel (z.B. Pflegehilfsmittel) ▪ Schutz vor physikalischen und chemischen Gefährdungen ▪ Aufklärung über Gefährdungen am Arbeitsplatz ▪ Suchtpräventionsprogramme ▪ Screeningprogramme in besonders exponierten Bereichen ▪ Ernährungsprogramme ▪ Nichtraucher-Programme

Quelle: (Badura/Münch 2000)

Die Tabelle verdeutlicht die breite Palette an Möglichkeiten, eine gesundheitsförderliche Arbeitsumgebung zu schaffen und die Attraktivität des Arbeitsplatzes Krankenhaus zu verbessern.

3.5.4. Erfolgsfaktoren bzw. Probleme bei der Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen in Krankenhäusern und Beispiele guter Praxis

In Betrieben ist die Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen an eine Reihe von verschiedenen Bedingungen geknüpft.

Förderliche Faktoren

Die Einführung einer betrieblicher Gesundheitsförderung, bzw. eines betrieblichen Gesundheitsmanagements hat dann gute Aussicht auf Erfolg, wenn die Veränderungsbereitschaft bei einem Großteil der Mitarbeiter hoch ist und die betriebliche Realität für veränderungsfähig gehalten wird (Gebert 1987).

Ebenso wichtig ist, dass das Ziel „Gesundheit“ von den Mitarbeitern, insbesondere aber auch den Führungskräften oder Persönlichkeiten mit hoher Akzeptanz, eine entsprechende Attraktivität besitzt (Quaas et al. 1997). Eine solche Attraktivität liegt für Führungskräfte z.B. dann vor, wenn die Themen der Gesundheitsförderung anschlussfähig an die jeweiligen Interessen des Unternehmens sind (Grossmann 1993).

Eine weitere Voraussetzung ist, dass ein solcher Prozess von allen Beschäftigten akzeptiert und gewollt wird und die Bereitschaft besteht, Veränderungsprozesse gemeinsam zu tragen. Die Führung muss ein ernsthaftes Interesse an der Gesundheit und dem Wohlbefinden der Mitarbeiter zeigen, was z.B. daran zu erkennen ist, dass das Thema Gesundheitsförderung in die Organisation implementiert wird, z.B. über Verträge, Personen oder feste Budgets für gesundheitsförderliche Maßnahmen.

Ein weiterer Erfolgsfaktor ist die korrekte methodische Durchführung der Intervention, wie dies im betrieblichen Gesundheitsmanagement vorgesehen ist (s.o.) (Badura 2000c).

Hemmende Faktoren

Vielfach treten jedoch Hindernisse bei der Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung auf, die je nach Zielgruppe (Führungskräfte, Mitarbeiter, Betriebsrat, etc.) variieren können.

Die Hemmnisse bei Führungskräften werden auf folgende Ursachen zurückgeführt (vgl. Frey 2004):

- „Nicht-Wissen“, d.h. mangelnde Kenntnisse über Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Arbeit oder zwischen betrieblicher Gesundheitsförderung und ökonomischem Erfolg sowie über Umsetzungsmöglichkeiten.
- „Nicht-Können“, d.h. die mangelnde Kompetenz, betriebliches Gesundheitsmanagement in der eigenen Einrichtung umzusetzen.
- „Nicht-Wollen“, weil zeitliche, personelle oder finanzielle Ressourcen fehlen, weil dem Sachkapital ein höherer Stellenwert eingeräumt wird als dem Humankapital, weil Gesundheit und Krankheit tabuisiert werden, bzw. Gesundheit nicht als Angelegenheit des Unternehmens sondern als Privatsache betrachtet wird oder weil es einfach schwierig ist, Gewohnheiten und Privilegien aufzugeben.

Auch auf Seiten der Mitarbeiter stoßen Maßnahmen der Gesundheitsförderung nicht immer auf positive Resonanz, denn ebenso wie bei Führungskräften müssen liebgewonnene Gewohnheiten aufgegeben und der „innere Schweinehund“ überwunden werden (Frey 2004). Wichtig ist es den Mitarbeitern die Bedeutung von Gesundheit durch entsprechende Marketingstrategien zu vermitteln und durch ein vorbildliches Verhalten der Führungskräfte Anreize zu setzen, sich ebenfalls gesundheitsförderlich zu verhalten (ebd.).

Da die Gesundheitsförderung in Betrieben eine Querschnittsaufgabe darstellt, die mehrere Ressorts und Interessensgruppen betrifft und ein bereichsübergreifendes und kooperierendes Handeln erforderlich macht, können auch aus diesem Grund Probleme bei der Umsetzung auftreten. Erschwerend kommt hinzu, dass der Nutzen des Konzeptes nur schwer in Relation zu dem hohen Aufwand gesetzt werden kann. So lassen sich die Erfolge meist nur schwer messen und der Nutzen ist oftmals nicht unmittelbar erkennbar, da die Maßnahmen vielfach eher langfristig wirksam sind.

Für die Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen in Krankenhäusern liegen insgesamt nur wenig Praxisberichte vor. Obwohl der Arbeitsplatz Krankenhaus insgesamt als veränderungsbedürftig angesehen wird, fallen die Einschätzung hinsichtlich der Veränderungsmöglichkeiten aufgrund der bestehenden Strukturen und Arbeitsweisen eher kritisch aus. Als hemmend werden z.B. die ausgeprägten hierarchischen Strukturen und die scharfen Abgrenzungen zwischen den Berufsgruppen, Abteilungen und Funktionsbereichen, die männlich-

paternalistische Dominanz der Ärzte bzw. weiblich-fürsorgende Rolle des Pflegepersonals sowie das linear-kausale Verständnis über die Entstehung von Krankheiten, den Krankheitsverlauf und Genesungsprozess gesehen (vgl. Bellabarba/Schnappauf 1996).

Beispiele guter Praxis

Aus dem Bereich von Großunternehmen liegen verschiedene Beispiele eines gelungenen betrieblichen Gesundheitsmanagements vor. Hierzu zählen z.B. Siemens, DaimlerChrysler oder BASF (vgl. Frey 2004).

Auch in Krankenhäusern gibt es trotz der genannten Schwierigkeiten auch verschiedene positive Beispiele in denen es gelungen ist, Maßnahmen der Gesundheitsförderung durchzuführen (vgl. Bellabarba/Schnappauf 1996; Müller/Münch 1999; Münch et al. 2003; Badura et al. 2005; Neuhaus/Metz 2005; Schrappe 2005). Allerdings zielten die dargestellten Projekte größtenteils darauf ab, in bestimmten Abteilungen, (z.B. dem OP), Personengruppen (z.B. Pflegekräfte oder Reinigungspersonal) oder in Bezug auf einzelne gesundheitsrelevante Zielgrößen (z.B. Reduktion psychischer Belastungen, Verringerung von Rückenbeschwerden oder Verbesserung der Work-Life-Balance) gesundheitsförderliche Interventionen durchzuführen. Eher selten entscheidet sich eine Einrichtung, eine umfassende Gesundheitsförderung durch Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagement einzuführen. Zusammenfassend kann man sagen, dass in den Projekten verschiedene Erfolgsfaktoren zum Tragen kamen, wie sie zusammenfassend auch von Walter (2003) beschrieben werden.

Eine wesentliche Rolle spielt in den Projekten die Krankenhausleitung oder der Krankenhausträger. In den beschriebenen Einrichtungen ist sie davon überzeugt, „dass die Gesundheit der Mitarbeiter ein wesentlicher Erfolgsfaktor für das Unternehmen ist“ (Neuhaus/Metz 2005), sie befürwortete das Konzept, teilweise wurden die Projekte von ihr selbst initiiert und vielfach wirkt sie aktiv in dem Prozess mit, z.B. durch Teilnahme im Steuerungsgremium (Schrappe 2005). Ein weiterer Erfolgsfaktor war in den genannten Krankenhäusern der Zeitfaktor. In den meisten Einrichtungen gab es zunächst eine ausreichende Vorbereitungsphase, d.h. Führungspersonen und Mitarbeiter wurden speziell auf den Veränderungsprozess vorbereitet und ggf. qualifiziert. Ebenso berichten die meisten Projekte von Laufzeiten über mehrere Jahre. An der Umsetzung selbst beteiligten sich zentrale Akteure der Einrichtungen, wie z.B. Führungskräfte des ärztlichen und Pflegedienstes, die Betriebsleitung, der Personalrat oder Vertreter der Gesundheitsabteilung. Der Prozess wurde partizipativ gestaltet und es standen genügend zeitliche und personelle Ressourcen zur Verfügung.

3.5.5. Das Konzept der gesundheitsfördernden Krankenhäuser

Das Konzept der Gesundheitsfördernden Krankenhäuser basiert auf der 1986 veröffentlichten Ottawa-Charta. Der Charta zugrunde lag eine neue und positive Ausrichtung des Gesundheitsbegriffes, der, ergänzend zum traditionell biomedizinischen Krankheitsbegriff, Gesundheit nicht allein als Abwesenheit von Krankheit verstand, sondern als Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens (WHO 1948). Heute wird unter Gesundheit auch die Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung verstanden, durch die ein positives körperliches und seelisches Befinden sowie ein unterstützendes Netz an sozialen Beziehungen hergestellt oder erhalten werden kann (Badura 1993). Ziel der Gesundheitsförderung sollte sein, einen Prozess in Gang zu setzen, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigen soll (WHO 1986). Die Charta stellt eine Gesamtstrategie dar, die auf mindestens fünf Ebenen gleichermaßen ansetzt:

- Aufbau einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik
- Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebenswelten
- Entfaltung persönlicher Kompetenzen im Gesundheitsbereich
- Stärkung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen
- Reorganisation aller Gesundheitsdienste

3.5.5.1. Entwicklung des Netzwerks

Aufgrund der besonderen Rolle, die dem Setting zugeschrieben wurde, initiierte Mitte der 80er Jahre das WHO-Regionalbüro für Europa verschiedene Projekte, in denen die Prinzipien der Gesundheitsförderung in regional begrenzten sozialen Systemen umgesetzt wurden, wie u.a. das „Gesunde-Städte-Projekt“, dem später das Projekt „Gesunde Krankenhäuser“ folgte.

Zur nachhaltigen Umsetzung des Ziels auf Ebene der Reorientierung aller Gesundheitsdienste wurde 1988 im Rahmen verschiedener Workshops mit der Entwicklung eines Konzeptes zur Gesundheitsförderung in Krankenhäusern begonnen. Dabei ging es nicht um die Abkehr bewährter Strategien im Bereich der kurativen Medizin, sondern vielmehr um eine Erweiterung des Personenkreises und der Angebote. Gesundheitsförderliche Maßnahmen sollten sich nicht mehr allein auf die Patienten richten, sondern auch die Mitarbeiter und die Bevölkerung in der direkten Umgebung des Krankenhauses einbeziehen (vgl. Dietscher et al. 2002).

Inhaltlich ging es um die Erweiterung des Dienstleistungsspektrums um präventive und rehabilitative Programme, eine ganzheitliche, am biopsychosozialen Gesundheitskonzept der WHO orientierte Behandlung der Patienten, die Befähigung von Personen zur besseren Kontrolle über ihre Gesundheit, die Entwicklung der Organisation Krankenhaus zu einer gesundheitsförderlichen Lebenswelt für Patienten, bzw. Arbeitswelt für die Mitarbeiter sowie die Entwicklung der Rolle des Krankenhauses zum Propagator, Anwalt und Beispiel für Gesundheitsförderung in der Region (Pelikan et al. 1995).

1989 starteten die Wiener Krankenanstalt Rudolfstiftung gemeinsam mit den Abteilungen „Lifestyle and Health“ und „Health Services“ des WHO-Regionalbüros sowie dem Ludwig-Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie das auf fünf Jahre angelegte Modellprojekt „Gesundheit und Krankenhaus“. Das Projekt hatte die Einführung gesundheitsförderlicher Maßnahmen in einzelnen Teilbereichen der Anstalt, die Einflussnahme auf die Entwicklung der Gesamtorganisation sowie die Entfaltung von Kompetenzen und Fähigkeiten bei den Beschäftigten zum Ziel (Dietscher et al. 2002).

1990 wurde vom WHO-Regionalbüro Europa das „Internationale Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser“ gegründet. Im Netzwerk sollten Erfahrungen zusammengetragen, nach einheitlichen Verfahren ausgewertet und analysiert werden sowie ein Erfahrungsaustausch im Rahmen von Workshops, Konferenzen und Newslettern stattfinden. Das Netzwerk umfasste anfangs 150 Teilnehmer aus insgesamt zehn Ländern (Gröne 2002), heute zählen 25 Mitgliedsländer, 35 nationale und regionale Netzwerke und über 700 Partnerkrankenhäuser (WHO 2007) zum Internationalen Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser.

1991 fand die konzeptionelle Phase ihren Abschluss in Budapest. Es entstand die Budapester Deklaration, die nach wie vor das Grunddokument des Netzwerks darstellt und alle wesentlichen Ziele und Strategien enthält. In den darauf folgenden Jahren wurde das Konzept weiterentwickelt und damit begonnen, interessierte Krankenhäuser zu rekrutieren. Für das internationale Netzwerk wurden Strategien, wie z.B. die Durchführung internationaler Konferenzen und Strukturen, wie z.B. ein Newsletter entwickelt.

1993 startete das Europäische Pilotkrankenhaus-Projekt, an dem sich 11 europäische Länder und 20 Krankenhäuser, davon fünf aus Deutschland, beteiligten und das bis 1997 lief. Die europaweite Streuung sollte gewährleisten, dass bei der Einführung des Konzeptes die sehr unterschiedlichen gesundheitspolitischen Strukturen, Ausgangspositionen, Versorgungstypen, Trägerschaften und Traditionen der jeweiligen Länder berücksichtigt werden. Die Themenschwerpunkte bezogen sich insbesondere auf die Bereiche Gesundheitserziehung, Gesundheit

am Arbeitsplatz, Vorsorgeprogramme für bestimmte Patientengruppen, Kooperationen mit lokalen Umgebungen, Krankenhaushygiene sowie Ernährung. Ziel war es Modelle guter Praxis zu entwickeln, die anderen Krankenhäusern als Vorbild dienen konnten.

1995 gründeten 12 Krankenhäuser in Prien am Chiemsee das Deutsche Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGFK), dem mittlerweile über 74 Krankenhäuser mit ca. 80 Einrichtungen unterschiedlicher Versorgungsstufen und Rehabilitationskliniken angehören (DNGFK 2000).

1997 wurden auf der 5. Internationalen Konferenz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser in Wien die Ergebnisse des Europäischen Pilotkrankenhausprojekts vorgestellt und in den „Wiener Empfehlungen“ zusammengefasst.

1999 entstanden die Homburger Leitlinien, in denen formuliert wurde, was unter einem gesundheitsfördernden Krankenhaus zu verstehen sei: „Ein gesundheitsförderndes Krankenhaus leistet nicht nur eine qualitativ hochwertige umfassende medizinische und pflegerische Versorgung, sondern schafft auch eine die Ziele der Gesundheitsförderung verinnerlichende organisatorische Identität, baut eine gesundheitsförderliche Organisationsstruktur und –kultur auf, wozu auch die aktive, partizipative Rolle von Patienten und allen Mitarbeitern gehört, entwickelt sich zu einem gesundheitsförderlichen natürlichen Umfeld und arbeitet aktiv mit der Bevölkerung seines Einzugsgebietes zusammen.“ (Homburger Leitlinien 1999).

Hinsichtlich der Verantwortung Gesundheitsfördernder Krankenhäuser für die Mitarbeiter heißt es hierzu weiter: „Gesundheitsfördernde Krankenhäuser haben auch die Gesundheit der Mitarbeiter und deren Wohlbefinden im Blick. Ein Gesundheitsförderndes Krankenhaus soll eine Arbeits- und Lebenswelt entwickeln, in der es Mitarbeitern möglich ist, gesund zu arbeiten. Hierzu zählt die direkte Gesundheitsfürsorge durch Abbau von Noxen (z.B. Keime, Schutz beim Umgang mit chemischen Substanzen, Strahlung und Reduktion von Unfallgefahren) aber auch die Informiertheit der Mitarbeiter, Optimierung der Kommunikation und Kooperation zwischen den Professionen, Befähigung und Ermächtigung zu selbstbestimmtem Handeln (Vermittlung von gesundheitsrelevantem Wissen und Fähigkeiten), Unterstützung und Selbstbestimmung von Teams und Gruppen innerhalb eines Krankenhauses.“ (Homburger Leitlinien 1999).

3.5.5.2. Standards und Strategien

Zur Sicherung der Qualität der Gesundheitsförderung im Krankenhaus begann 2001 eine internationale Arbeitsgruppe der WHO mit der Entwicklung von Standards und Strategien (s. Abbildung 8).

Gesundheitsförderung durch für:	PatientInnen	MitarbeiterInnen	Region	
Empowerment für gesundheitsfördernde Selbstreproduktion (= permanente Wiederherstellung der eigenen Gesundheit)	PAT-1: (Selbst-)Erhalt bzw. Förderung bestehender Gesundheit während des Aufenthaltes in der Einrichtung	MIT-1: (Selbst-)Erhalt bzw. Förderung bestehender Gesundheit während des Arbeitslebens in der Einrichtung	REG-1: (Selbst-)Erhalt bzw. Förderung bestehender Gesundheit durch adäquaten, egalitären Zugang zu Einrichtungen	Qualitätsentwicklung bestehender Leistungen und Strukturen
Empowerment für gesundheitsfördernde Koproduktion	PAT-2: Partizipation am Kernprozess der Behandlung und Pflege	MIT-2: Mitgestaltung der Arbeitsabläufe und Arbeitsstrukturen	REG-2: Gesundheitsfördernde Zusammenarbeit zwischen unterschiedliche Leistungserbringern	
Gesundheitsfördernde und empowernde Gestaltung der Gesundheitseinrichtung als Lebenswelt	PAT-3: Gesundheitsfördernde, empowernde Lebenswelt für PatientInnen	MIT-3: Gesundheitsfördernde, empowernde Lebenswelt für MitarbeiterInnen	REG-3: Gesundheitsfördernde, empowernde Lebenswelt für die Region	
Empowerment als Krankheitsmanagement	PAT-4: Empowerment für das eigene Krankheitsmanagement (auch nach der Entlassung)	MIT-4: Empowerment für das Selbstmanagement von (Berufs-)Krankheiten	REG-4: Empowerment für das Selbstmanagement (chronischer) Krankheiten	Entwicklung neuer Leistungen und Strukturen
Empowerment als Lebensstilentwicklung	PAT-5: Empowerment für Lebensstilentwicklung (auch nach Entlassung)	MIT-5: Empowerment für Lebensstilentwicklung	REG-5: Empowerment für Lebensstilentwicklung	
Beiträge zur gesundheitsfördernden und empowernden Regionalentwicklung	PAT-6: Beiträge zur Entwicklung von gesundheitsfördernden, empowernden Infrastrukturen und Angeboten für (bestimmte) PatientInnen	MIT-6: Beiträge zur Entwicklung von gesundheitsfördernden, empowernden Infrastrukturen und Angeboten für MitarbeiterInnen	REG-6: Beiträge zur allgemein gesundheitsfördernden und empowernden Regionalentwicklung	

Abbildung 8: 18 Kernstrategien Gesundheitsfördernder Einrichtungen (Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend 2008)

Angestrebt wurde, den Gesundheitsgewinn für drei Anspruchsgruppen, nämlich Patienten, Mitarbeiter sowie die Region systematisch zu steigern¹². Der Gesundheitsgewinn stellt einen

¹² Aufgrund der Thematik dieser Arbeit wird im Folgenden nur auf die Arbeiterebene eingegangen. Zu den Strategien und Zielen für Patienten und die Region vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (2008).

zentralen Aspekt der Ergebnisqualität eines Krankenhauses dar. Er beschreibt das Ausmaß, in dem Krankheiten reduziert und die Gesundheit verbessert werden.

Auf Mitarbeiter-Ebene kann sich ein solcher Gesundheitsgewinn in Form von persönlicher Gesundheit, Arbeitszufriedenheit, einem gesunden Arbeitsplatz, fachlicher Entwicklung, Selbstsicherheit und Teamintegration zeigen. Für den hier relevanten Mitarbeiterbereich wurden insgesamt sechs Strategien formuliert, von denen sich die ersten drei Strategien auf die Gestaltung des Routinealltags einer Einrichtung richten und weiteren drei Strategien spezifische Leistungsangebote beinhalteten:

1. Lebensraum Gesundheitseinrichtung, d.h. Ermöglichung eines gesundheitsfördernden Aufenthaltes
2. Koproduktion von Gesundheit, d.h. eine partnerschaftliche Zusammenarbeit aller Betroffenen
3. Gestaltung der Gesundheitseinrichtung in den Bereichen Kultur, Organisation und Umwelt
4. Gesundheitsförderndes Krankheitsmanagement durch Information, Schulung, Training
5. Gesundheitsfördernde Lebensstilentwicklung durch Information, Schulung, Training
6. Beiträge zur gesundheitsfördernden Regionalentwicklung.

Die Ziele im Bereich der Gesundheitsförderung für Mitarbeiter beziehen sich auf die Identifikation und Minimierung bestehender Gesundheitsgefahren, die Stärkung des Bewusstseins für Fragen der eigenen Gesundheit, Entwicklung individueller Handlungskompetenzen und Gesundheitspotenzialen im Umgang mit Arbeitsbelastungen. Die Gestaltung einer gesundheitsfördernden physischen und sozialen Arbeitswelt sowie Partizipation und „Empowerment“ durch offene Kommunikation und dies über Organisations-, Professions- und Hierarchiegrenzen hinweg, waren weitere Ziele (Dietscher et al. 2002).

Um diese Ziele zu erreichen wurden für den Mitarbeiterbereich folgende Vorgehensweisen formuliert:

- Empowerment der Mitarbeiter durch Informationen, Beratungsangebote, Schulungen oder Trainings und das Ermöglichen von gesundheitsfördernder Selbstfürsorge bzw. „Selbsteproduktion“ zur Erhaltung der bestehenden Gesundheit auch während der Arbeit. Hierzu gehören z.B. die Einhaltung der gesetzlichen Arbeitssicherheits-Vorschriften, das Ermög-

lichen gesunder Ernährung oder ausreichender Ruhezeiten, welche die Arbeitszufriedenheit und Lebensqualität fördern sowie Berufskrankheiten und Burnout vorbeugen.

- Empowerment der Mitarbeiter durch Informationen, Beratungsangebote, Schulungen oder Trainings für das Ermöglichen von gesundheitsfördernder Mit- und Zusammenarbeit (Koproduktion) in der Arbeit, z.B. durch einen partizipativen Führungsstil, was die Arbeitszufriedenheit und Effizienz fördert.
- Weiterentwicklung des Krankenhauses zu einem unterstützenden materiellen und sozialen Umfeld für die Mitarbeiter. Diese Strategie fördert den Gesundheits-Impact des Krankenhauses hinsichtlich Arbeitssicherheit, -zufriedenheit und Lebensqualität der Mitarbeiter.
- Empowerment durch Information, Beratung, Schulung oder Training der Mitarbeiter für den gesundheitsfördernden Umgang mit bereits vorhandenen berufsbedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen (z.B. Rückenschulen, Supervision).
- Empowerment durch Information, Beratung oder Schulung der Mitarbeiter für die Entwicklung eines gesundheitsfördernden Lebensstils, z.B. mittels Programmen zur Raucherentwöhnung, Bewegung und Ernährung.
- Beiträge zur gesundheitsfördernden Regionalentwicklung für spezifische Bedürfnisse von Mitarbeitern, wie z.B. Kindergärten mit entsprechenden Öffnungszeiten oder Verfügbarkeit öffentlicher Verkehrsmittel rund um die Uhr.

(Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser).

3.5.5.3. Gesundheitsförderung im Rahmen des Internationalen Netzwerks

Eine Auswertung der Datenbank des Health Professional Hospitals-Datenbank, in der zwischen 1998 und 2001 insgesamt 865 Projekte registriert wurden, kam zu folgendem Ergebnis: Mit 488 Projekten (55 %) richtet sich der Hauptanteil der Interventionen auf die Zielgruppe der Patienten. Weitaus weniger Maßnahmen, nämlich 235 Projekte (26 %), beziehen sich auf die Verbesserung der Gesundheit der Mitarbeiter und 142 Projekte (19 %) auf die Region.

Betrachtet man die Projekte die sich auf die Beschäftigten richten, so werden insgesamt 16 Themenbereiche angesprochen, die zu folgenden fünf Themengruppen gebündelt werden können (vgl. Dietscher et al. 2002):

1. Projekte der Mitarbeiterorientierung. Es werden regelmäßig Surveys zur Beobachtungen der Mitarbeitergesundheit durchgeführt, um einen Überblick über die Arbeitssituation im

Krankenhaus zu erhalten. Einen wichtigen Schwerpunkt bilden Personalentwicklungsmaßnahmen. Hierzu gehören Trainings- und Informationsangebote sowie Fortbildungen, z.B. zur Verbesserung des spezifischen Gesundheitswissens die die Selbstkompetenz verbessern sollen oder Verbesserung der fachlichen Kompetenz (Dietscher et al. 2002). Ferner werden Reorganisierungsmaßnahmen durchgeführt zur Vereinfachung und Optimierung von Arbeitsabläufen, Entwicklung neuer Arbeitszeitmodelle und Verbesserung der Führungsqualität. Ebenso wird dem Thema Kommunikation Aufmerksamkeit geschenkt, zur Verbesserung der Teamkultur, des interprofessionellen Austauschs sowie zur Verbesserung der Weitergabe spezifischer Informationen. Als sehr wichtig wird darüber hinaus die Möglichkeit zur Partizipation an Entscheidungsprozessen erachtet, in dem z.B. Gesundheitszirkel durchgeführt werden.

2. Lebensstilbezogene Projekte, insbesondere Aktivitäten für eine nachhaltige Rauchprävention aber auch Maßnahmen gegen Bewegungsarmut und falsche Ernährung und übermäßigen Alkoholkonsum.
3. Projekte zur Arbeitssicherheit, bei denen im Vordergrund Maßnahmen zur Vermeidung von Unfällen und Infektionen stehen, aber auch die Beseitigung von Rückenproblemen und die Verringerung der Anzahl spezifischer Krankheiten.
4. Projekte zur Stressprävention und Verbesserung der psychosozialen Gesundheit z.B. durch Etablierung von Erholungsräumen und personenbezogenen Maßnahmen, wie Kurse zum Erlernen von Entspannungstechniken.
5. sonstige Projekte.

Der Großteil der Maßnahmen zielt dabei auf eine Verbesserung der Mitarbeiterorientierung im Krankenhaus (vgl. Abbildung 9).

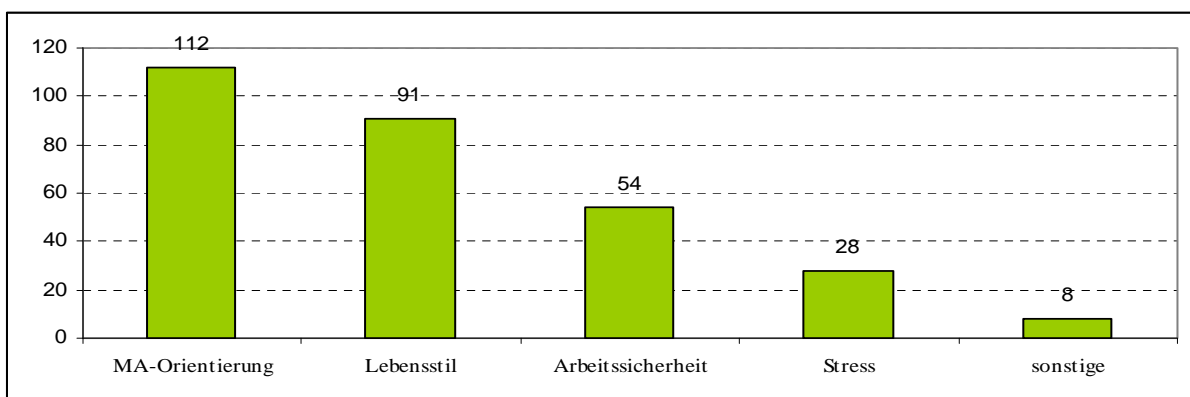


Abbildung 9: Themenbündel der mitarbeiterorientierten Projekte (n = 235; Mehrfachzuordnungen waren möglich) (Dietscher et al. 2002)

4. Projektorganisation

Das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Projekt „Unternehmensführung mit biopsychosozialen Kennzahlen“ wurde im Forschungsverbund der Universität zu Köln, der Technischen Universität Dresden und der Universität Bielefeld durchgeführt.

Das Forschungsprojekt lief vom 01.05.2001 bis 30.04.2004. An dem Gesamtprojekt waren vier Krankenhäuser aus beiden Teilen Deutschlands beteiligt: Zwei Krankenhäuser kamen aus den neuen und zwei aus den alten Bundesländern. Hinsichtlich der Versorgungsstufe war jeweils ein Krankenhaus aus der Maximal – und eines aus der Grundversorgung dabei.

Tabelle 16 : Strukturdaten der am Forschungsprojekt beteiligten Kliniken

	Krankenhaus 1	Krankenhaus 2	Krankenhaus 3	Krankenhaus 4
Region	West	West	Ost	Ost
Versorgungsstufe	Maximalversorgung	Grundversorgung	Maximalversorgung	Grundversorgung
Fachabteilungen	23	6	25	7
Betten	1.500	353	1.855	454
Fallzahlen 2001	47.673	9437	58.841	15.089

Das Forschungsprojekt beinhaltete einzelne Teilvorhaben, die von den jeweiligen Universitäten bearbeitet wurden:

- Die Universität zu Köln war für die Entwicklung der biopsychosozialen Kennzahlen verantwortlich.
- Die Technische Universität Dresden führte eine kennzahlenbasierte objektive Organisationsdiagnostik (bedingungsbezogene Arbeitsanalyse) durch.
- Die Universität Bielefeld war für die praktische Erprobung der biopsychosozialen Kennzahlen zuständig.

Die Erprobung der Kennzahlen sollte in einem Krankenhaus aus den neuen und einer Einrichtung aus den alten Bundesländern erfolgen.

Als Umsetzungsstrategie wurde das betriebliche Gesundheitsmanagement vorgesehen, d.h. es sollten auf Ebene der Gesamtorganisation entsprechende Rahmenbedingungen und Strukturen

aufgebaut und die biopsychosozialen Kennzahlen im Rahmen der vier Kernprozesse des Betrieblichen Gesundheitsmanagements angewendet werden.

Aus verschiedenen Gründen entschieden sich die Kliniken Ost sowie die andere Klinik West gegen eine solche Intervention, sodass die Anwendung der biopsychosozialen Kennzahlen nur im Krankenhaus 1 durchgeführt werden konnte.

Auch die Führung des Krankenhauses entschied sich gegen eine Implementierung des betrieblichen Gesundheitsmanagements auf Ebene der Gesamtorganisation, stimmte jedoch zu, dass die Erprobung der biopsychosozialen Kennzahlen in einer der Kliniken (Interventionsklinik) durchgeführt werden kann, die sich um die Teilnahme beworben hatten.

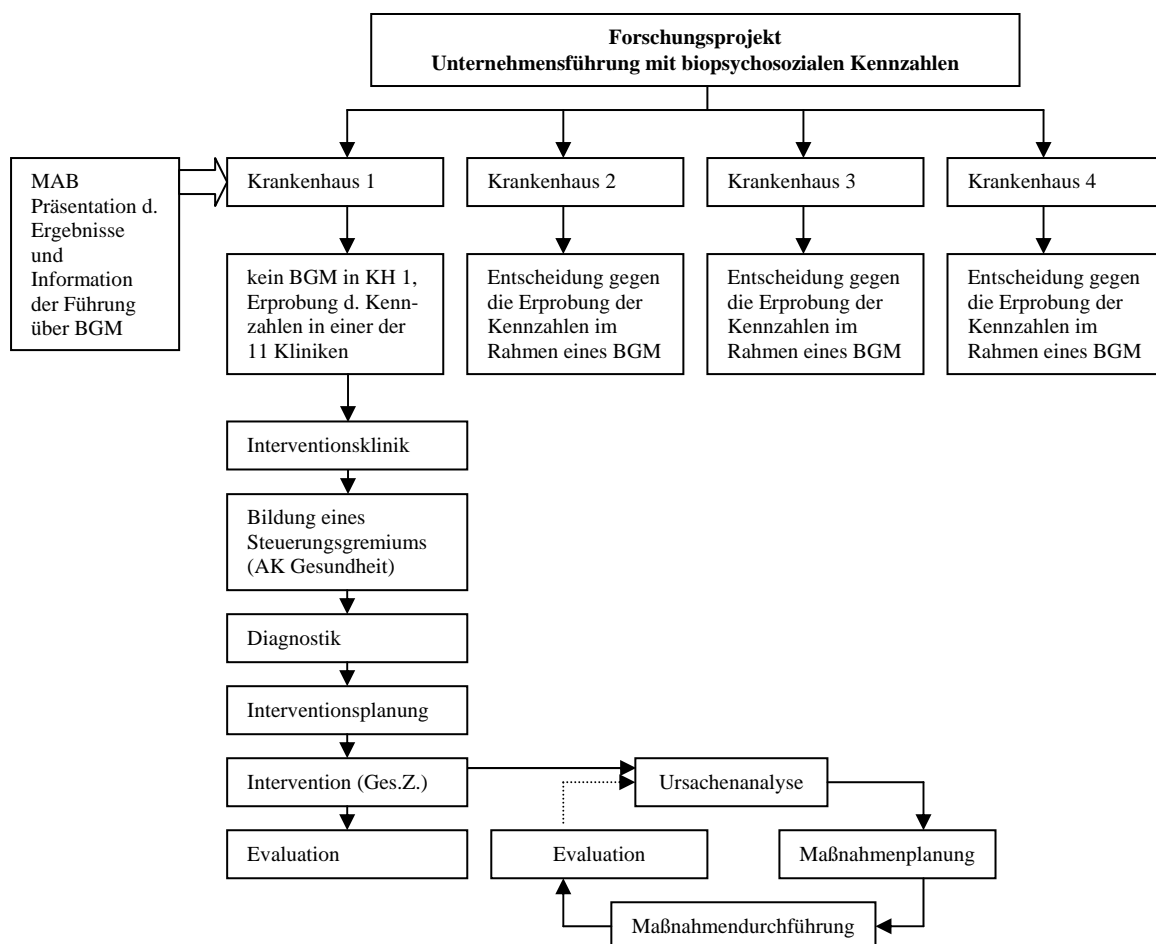


Abbildung 10: Überblick über das Forschungsprojekt und die Durchführung

5. Methodik

5.1. Evaluationskonzept

Gegenstand der Evaluation war:

- die Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements in einem Krankenhaus der Maximalversorgung,
- die Durchführung der vier Kernprozesse auf der Basis der biopsychosozialen Kennzahlen in einer der am Forschungsprojekt beteiligten Kliniken (Interventionsklinik) zur Erprobung des neu entwickelten Instruments sowie
- die Bewertung der Praktikabilität des Kennzahleninstrumentes.

Die Vorgehensweise bei der Evaluation der Interventionsstudie orientierte sich an dem von Donabedian eingeführten Schema der Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation (vgl. Donabedian 1980). Angelehnt an das Verfahren, das ursprünglich für die Evaluation medizinischer Behandlungen entwickelt wurde, ging es in der Interventionsstudie um die Bewertung der

- Strukturen, die aufgebaut wurden, also den Arbeitskreis Gesundheit und den Gesundheitszirkel (Anzahl der Teilnehmer, zeitliche, räumliche und personelle Ressourcen und Einbindung der Zirkelteilnehmer in die Gesamtorganisation).
- Prozesse, also den Einsatz der biopsychosozialen Kennzahlen und deren Praktikabilität, insbesondere im Kernprozess der Organisationsdiagnostik und der Evaluation, die Durchführung des Arbeitskreises Gesundheit und des Gesundheitszirkels, was die Vor- und Nachbereitung der Sitzungen beinhaltet sowie die Kommunikationsprozesse innerhalb des Gesundheitszirkels und zwischen den Teilnehmern des Gesundheitszirkels und Mitarbeitern der Interventionsklinik.
- Ergebnisse, die auf den verschiedenen Ebenen erreicht wurden. Das heißt
auf Ebene *des Krankenhauses I* die Verstetigung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in der Gesamtorganisation,
auf Ebene *der Interventionsklinik* eine Optimierung von Arbeitsprozessen, ein verbesserter Informationsfluss sowie ein besseres Betriebsklima und

auf *Ebene der Mitarbeiter* der Interventionsklinik, der Abbau von Belastungen, bzw. der Aufbau von Ressourcen, eine Verbesserung der Gesundheit sowie eine Verbesserung in Bezug auf die Einstellung zur Arbeit und den Arbeitsplatz.

Ferner erfolgte einer Bewertung der Praktikabilität der biopsychosozialen Kennzahlen im betrieblichen Gesundheitsmanagement.

Die wissenschaftliche Begleitforschung hat hierfür konkret folgende Schritte vorgenommen:

- eine Analyse der Ausgangssituation bei Ärzten und Pflegepersonal in Bezug auf die verschiedenen Merkmale der Organisation, der Tätigkeit, der Beziehungen in der Einrichtung und der Person
- die Bewertung der Struktur- und Prozessentwicklung sowie deren Zielerreichung
- eine Analyse förderlicher und hemmender Faktoren bei der Durchführung des betrieblichen Gesundheitsmanagements, die Einfluss auf das Erreichen der Interventionsziele hatten
- eine Bewertung des Einsatzes biopsychosozialer Kennzahlen im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements

5.2. Methoden

5.2.1. Literaturrecherche

Die Literaturrecherche zum Stand der Forschung der betrieblichen Gesundheitsförderung in Krankenhäusern für Mitarbeiter aus dem medizinischen Dienst und der Krankenpflege erstreckte sich auf Publikationen im Zeitraum von 1986 bis 2006.

Gesucht wurde über das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) und die dort vorhandenen nationalen und internationalen Datenbanken wie Current Contents Medicine (CCMed), Cochrane Library (CDSR), Deutsches Ärzteblatt, Die Schwester der Pfleger, EMBASE, HECLINET, Medline (pubmed), SOMED, Springer Verlagsdatenbanken und Thieme Verlagsdatenbanken. Es wurden folgende Suchbegriffe verwendet:

Für den Stand der (betrieblichen) Gesundheitsförderung in Krankenhäusern: „health promotion in hospitals“, „workplace health in hospitals“, „occupational health in hospitals“, „health promotion programs in hospitals“, „Betriebliche Gesundheitsförderung in Krankenhäusern“, „Betriebliches Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern“, „Mitarbeitergesundheit“, „Ärz-

tegesundheit“, „Gesundheit von Pflegekräften“. Für den Stand des Einsatzes von Kennzahlen in Krankenhäusern: „key data in hospitals“, „management ratios in hospitals“, „operating figures in hospitals“ und „Kennzahlen in Krankenhäusern“. Zur Ermittlung des Standes gesundheitsförderlicher Projekte im Rahmen des WHO-Netzwerks Gesundheitsförderlicher Krankenhäuser wurde auf die Auswertung des Ludwig-Boltzmann-Institutes zurückgegriffen (vgl. Dietscher et al. 2002), da ein Zugang zur Datenbank ausschließlich den Mitgliedern des Netzwerks vorbehalten ist.

Darüber hinaus erfolgte eine Recherche unter Zuhilfenahme der örtlichen Bibliotheksdatenbanken.

5.2.2. Gesundheitszirkel und betriebliches Gesundheitsmanagement

Für die Anwendung eines Kennzahlinstrumentes wie das im Forschungsprojekt entwickelte Instrument der biopsychosozialen Kennzahlen empfiehlt sich die Einbettung in ein Gesamtverfahren (Pfaff 2004). Als Verfahren kommen in Frage das Kausalanalyse-Verfahren, das Verfahren der Veränderungswerkstätten, das Verfahren der bedingungsbezogenen Arbeitsanalyse, die Verfahren des arbeitsmedizinischen Managementsystems sowie das Verfahren der Gesundheitszirkel, bzw. des Gesundheitsmanagements (ebd.). Seitens des Forschungsprojektes entschied man sich für die Durchführung eines Gesundheitszirkels, der in ein betriebliches Gesundheitsmanagement integriert ist.

5.2.2.1. Gesundheitszirkel

Um bestimmte Problemaspekte in einem Betrieb zu bearbeiten, kommen verschiedene Formen der Bearbeitung in Frage. Es können ständige Arbeitsgruppen, sog. Gesundheitsteams, oder auch zeitlich befristete Arbeitsgruppen wie Gesundheitszirkel oder Fokusgruppen gebildet werden. Welche Form am besten geeignet ist, richtet sich nach dem zu bearbeitenden Thema und den zeitlichen und personellen Möglichkeiten.

Zur Förderung der Gesundheit in Betrieben hat die Durchführung von Gesundheitszirkeln zunehmend an Bedeutung gewonnen (Sochert 2000). Zwar zeigt eine Übersichtsarbeit von Aust und Ducki (2004), dass die Wirksamkeit von Gesundheitszirkeln eher schwach ausfällt. Dies ist nach Einschätzung der Autoren jedoch vorwiegend auf den Mangel an belastbaren Interventionsstudien zurückzuführen. Die Ergebnisse der vorhandenen Studien lassen darauf schließen, dass Gesundheitszirkel einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Arbeitssi-

tuation leisten und damit dazu beitragen, Fehlzeiten zu senken, psychosoziale Stressoren zu reduzieren und die Arbeitszufriedenheit zu verbessern. Aufgrund der positiven Effekte für den einzelnen Mitarbeiter wie auch die gesamte Organisation wurde seitens des Forschungsprojektes diese Form der Intervention gewählt und soll daher im Folgenden ausführlicher beschrieben werden.

Gesundheitszirkel stellen eine Form der betrieblichen Kleingruppenarbeit dar und orientieren sich in ihrer Vorgehensweise an betrieblichen Qualitätszirkeln (Vogt 2003a). Bei den Gesundheitszirkeln haben sich zwei Modelle durchgesetzt: das Berliner Modell, in welchem nur Beschäftigte derselben Hierarchieebene mit gleichartiger Tätigkeit teilnehmen sowie das Düsseldorfer Modell, dem Mitarbeiter aus unterschiedlichen Hierarchieebenen und Fachrichtungen angehören und das für die Interventionsstudie gewählt wurde.

Die Grundidee von Gesundheitszirkeln besteht darin, das wissenschaftliche Wissen der Gesundheitsexperten mit dem Erfahrungswissen der Mitarbeiter zu kombinieren. Als Experten an ihrem Arbeitsplatz wissen die Mitarbeiter oft am besten, um welche Probleme es genau geht, welche Tätigkeiten belastend sind und gesundheitliche Beschwerden verursachen können, wo die Ursachen hierfür zu suchen sind und welche Lösungen in Frage kommen.

Ziel eines Gesundheitszirkels ist es, gesundheitliche Belastungen und Befindensbeeinträchtigungen der Mitarbeiter genauer zu klären, als dies durch Befragungen und statistische Analysen möglich ist (Demmer 1995). D.h. objektive Daten über das Krankheits- und Arbeitsunfähigkeitsgeschehen im Betrieb können von den Mitarbeitern der Gesundheitszirkel um subjektive Angaben über Beanspruchungen und Belastungen ergänzt werden.

Durch die Zirkelarbeit sollen konkrete Lösungsvorschläge zur gesundheitsförderlichen Gestaltung der Arbeitsplatzsituation und Erhöhung der individuellen Gesundheitskompetenz erarbeitet werden (ebd.). Gesundheitszirkel ermöglichen die direkte Partizipation der Mitarbeiter am gesamten Prozess.

Die zunehmende Akzeptanz von Gesundheitszirkeln zeigt sich in einer Studie des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS). Diese ergab, dass 2005 bei 26 % aller gemeldeten Projekte und anderer Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung knapp 2000 Gesundheitszirkel durchgeführt wurden (MDS 2005), das sind 8 % mehr seit der Erhebung 2002.

Da das vom Arbeitskreis gewählte Thema verschiedene Berufsgruppen, Hierarchieebenen und Stationen bzw. Funktionsbereiche betraf, wurde für die Durchführung der Düsseldorfer Ansatz gewählt.

5.2.2.2. Betriebliches Gesundheitsmanagement

Das betriebliche Gesundheitsmanagement hat sich in der Vergangenheit bei der Realisierung gesundheitsförderlicher Maßnahmen im Bereich der Arbeitswelt bewährt.

Bei der Implementierung des betrieblichen Gesundheitsmanagements folgten wir Badura (2000c) und Walter (2003). Demnach beinhaltet ein professionell durchgeführtes betriebliches Gesundheitsmanagement bestimmte betriebspolitische Voraussetzungen und strukturelle und planerische Rahmenbedingungen sowie die Durchführung der vier Kernprozesse: Diagnostik, Interventionsplanung, Intervention und Evaluation.

Betriebspolitische Voraussetzungen

Zentrale Voraussetzung für die Durchführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements ist die Einbindung des Krankenhausmanagements und die Implementierung des Konzeptes in das Gesamtunternehmen und dessen Unternehmenspolitik. Dieses kann z.B. dadurch geschehen, dass das betriebliche Gesundheitsmanagement in das Leitbild des Krankenhauses aufgenommen wird, Geld, Zeit und Personal für dessen Durchführung bereitgestellt und schriftliche Vereinbarungen getroffen sowie Strukturen aufgebaut werden. Ein wichtiger Schritt ist die Einrichtung eines Steuerungsgremiums, z.B. eines Arbeitskreises Gesundheit.

Zu den strukturellen und planerischen Rahmenbedingungen gehört die Definition von konkreten und überprüfbaren Zielen, die Festlegung von Zuständigkeiten und Verantwortlichen, die Auswahl von Organisationseinheiten, die Überprüfung, ob sich das betriebliche Gesundheitsmanagement mit anderen Managementeinsätzen verbinden lässt, eine sorgfältige Planung und Steuerung des gesamten Projekts sowie die Frage des internen Marketings, um die Mitarbeiter über das Thema und die Prozesse kontinuierlich zu informieren.

Durchführung der Kernprozesse

Im Zentrum des betrieblichen Gesundheitsmanagements steht die Durchführung von vier Kernprozessen, die in Form eines Lernzyklus gestaltet sind (vgl. Abbildung 11):

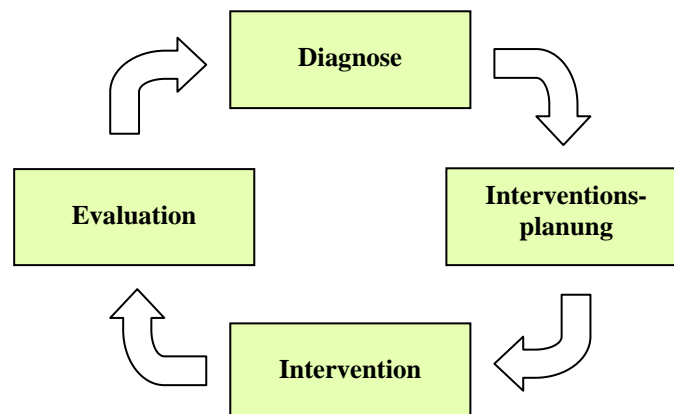


Abbildung 11: Lernzyklus des betrieblichen Gesundheitsmanagements

Diagnose

Bei der Diagnose geht es um die systematische Erfassung der Ist-Situation der Mitarbeiter in Bezug auf deren Gesundheit und Wohlbefinden, die Arbeitssituation, relevante Organisationsvariablen sowie mögliche Einflussgrößen. Das Ziel der Diagnose besteht darin, eine Grundlage für die Planung und Durchführung der Intervention zu schaffen und eine Basis für die spätere Evaluation zu erhalten.

Zur Erfassung des Ist-Zustandes können verschiedene Instrumente eingesetzt werden wie Experten- oder Mitarbeiterbefragungen, Arbeitsplatzanalysen, medizinische Untersuchungen, Daten- und Dokumentenanalysen wie AU-Daten, Unfalldaten, Fehlzeiten oder die Fluktuationsanalyse sowie Erkenntnisse der Betriebsärzte oder die Ergebnisse von Gefährdungsbeurteilungen und Arbeitsplatzbegehungen.

Interventionsplanung

Zur Planung und Steuerung von Interventionen empfiehlt sich die Bildung eines Steuerungsgremiums wie z.B. eines Arbeitskreises Gesundheit. Aufgabe des Arbeitskreises ist es, gesundheitliche Belastungen zu analysieren, Ressourcen zu identifizieren, Prioritäten für die Themenbearbeitung zu setzen, Ziele zu definieren, Maßnahmen zu planen und entsprechende Interventionsinstrumente auszuwählen sowie die Umsetzung der Intervention zu koordinieren und zu begleiten.

Ein solcher Arbeitskreis setzt sich im Idealfall aus Experten zusammen, die über Fach- und Entscheidungskompetenz verfügen. Hierzu zählen Mitglieder aus der Unternehmensleitung, der Personal-/Betriebsrat, der Betriebsarzt, eine Fachkraft für Arbeitssicherheit oder ein Mitarbeiter aus der Sozialberatung sowie Mitarbeiter aus betrieblichen Institutionen oder Abteilungen, die von den Maßnahmen betroffen sind.

Vielfach wird ein solcher Arbeitskreis von einer externen Person moderiert, z.B. einem Vertreter der Krankenkasse.

Intervention

Die Durchführung und Steuerung der Maßnahmen erfolgt im dritten Kernprozess, der Intervention. Nach Walter (2003) zielen Interventionen insbesondere auf:

- die Verbesserung der Transparenz im Unternehmen durch laufende Information über Ziele und Grad der Zielerreichung,
 - die Stärkung der Vertrauenskultur,
 - die Verbesserung der Dialogmöglichkeiten zwischen Management und Belegschaft,
 - die gesundheitsförderliche Gestaltung der Organisations- und Arbeitsbedingungen
- sowie
- die Befähigung der Mitarbeiter.

Erreicht werden kann dies z.B. durch Qualitäts- und Gesundheitszirkel, Fokusgruppen oder Workshops, Trainingsmaßnahmen für Führungskräfte, Qualifizierungsmaßnahmen zur Verbesserung der Fach-, Methoden- und Sozialkompetenz sowie Zielvereinbarungen mit Führungskräften in Bezug auf die Mitarbeiterorientierung (ebd.).

Evaluation

Im dem vierten Kernprozess erfolgt eine Bewertung der Intervention. Betrachtet werden zum Einen die Ergebnisse der Intervention, also inwieweit es z.B. gelang, das Human- und Sozialkapital zu stärken oder eine Verbesserung von Wohlbefinden und Gesundheit zu erreichen. Zum anderen wird die Durchführung der Kernprozesse, also die Entwicklung und Verstetigung eines Managementsystems bewertet. Durch das zyklische Betreiben der Kernprozesse

soll ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess der Arbeits- und Organisationsbedingungen angeregt und damit eine Verbesserung des Wohlbefindens und der Gesundheit der Mitarbeiter erreicht werden (vgl. Badura/Hehlmann 2003), wie Abbildung 11 veranschaulicht.

5.2.3. Instrumente

Für die Durchführung der Interventionsstudie und deren Evaluation wurden folgende Instrumente eingesetzt:

5.2.3.1. Mitarbeiterbefragung

Um Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß der Problem- und Ressourcensituation einer Organisation zu planen und durchzuführen, bedarf es entsprechender Kenntnisse über das Unternehmen und seine Beschäftigten. Mitarbeiterbefragungen zählen zu den am meisten verwendeten Instrumenten der Organisationsentwicklung und -führung und gelten als wertvolle Methode, um die subjektive Wahrnehmung des Beschäftigten, seine Gefühle, Einstellungen, Bewertungen und Verhaltensweisen in Bezug auf die Organisation, die Tätigkeit oder die eigene Person zu erfassen und Problemschwerpunkte zu identifizieren (Borg 2003; Bungard/Jöns 1997; Pfaff/Pühlhofer 2003).

Der Mitarbeiter-Kennzahlenbogen MIKE

Im Rahmen des Projektes „Unternehmensführung mit biopsychosozialen Kennzahlen“ entwickelten die Universitäten Köln und Dresden ein Messinstrument, den sog. Mitarbeiter-Kennzahlenbogen (MIKE), mit dem befragungsbasierte Kennzahlen zum Thema Krankenhaus aus Sicht der Mitarbeiter erhoben werden können (vgl. Pühlhofer/Stoll 2004).

Im Fragebogen wurden medizinische, arbeitspsychologische und soziale Fragestellungen berücksichtigt und gesundheitsschädigende wie gesundheitsförderliche Faktoren erfasst (ebd.). Bei der Entwicklung des Instrumentes wurde auf bereits etablierte, national wie international anerkannte Messinstrumente zurückgegriffen sowie innovative neue Skalen entwickelt.

Die Kennzahlen basieren auf validen Skalen (Kennzahlen 2. Ordnung), die ihrerseits auf reliablen Items (Kennzahlen 1. Ordnung) aufbauen. Die Kennzahlen bilden Merkmale aus den verschiedenen Dimensionen von Krankenhäusern wie die Organisation, Tätigkeit, Beziehungen und Personen. Jede Kennzahl wird mit Hilfe von mindestens 3 Indikatoren (Items) ge-

messen. Ein Überblick über die Kennzahlen gibt Tabelle 17, deren Bedeutung ist dem Anhang zu entnehmen.

Tabelle 17: Die Kennzahlen des Mitarbeiter-Kennzahlenbogens (MIKE)

DIMENSIONEN					
Organisation		Tätigkeit		Beziehungen	
Abläufe	Kultur	Ressourcen	Belastungen	Ressourcen	Belastungen
interne Schnittstellen	Betriebsklima (Vertrauensorganisation)	Arbeitsmittel	Arbeitsintensität	soziale Unterstützung d. Führungskräfte	Spannungen
Informations- u. Planungsdefizite	Innovationsklima	Belohnung	Belastung durch Patienten	soziale Unterstützung d. Kollegen	Mobbing
Ablauforganisation	Kostenbewusstsein	Partizipationsmöglichkeit	extrinsische Verausgabung	Gruppenkohäsion	
institutionelle Risikokontrolle	Qualitätsbewusstsein	Tätigkeitsspielraum	persönliche Gesundheitsgefährdung	Führungsverhalten	
	Fort- und Weiterbildung			offene Kommunikation	
	unethische Kostenentscheidung				
	Krankenhausruf (Image)				
Person					
Gesundheit		Einstellungen		Motivation	
Burnout		Arbeitszufriedenheit		affektives Commitment	
körperliche Beschwerden		berufliche Verausgabungsneigung		Eigeninitiative	
Wohlbefinden		Selbstwirksamkeit		innere Kündigung	

Um kausale Beziehungen zwischen den Kennzahlen darzustellen, wurden die Kennzahlen in Stell- und Zielgrößen eingeteilt. Welches eine Zielgröße ist, hängt z.B. von organisationsinternen Prioritätensetzungen ab. Im Krankenhaus können solche Zielgrößen z.B. Wirtschaftlichkeit, Patientenzufriedenheit oder Mitarbeiterorientierung sein. Aufgrund der Fragestellung dieser Arbeit wurde als Zielgröße die „Person“ des Mitarbeiters gewählt, seine „Gesundheit“, „Einstellungen“ und die „Motivation“. Bei den Stellgrößen handelt es sich um Merkmale aus den Bereichen „Organisation“, „Tätigkeit“ und „Beziehungen“ (Pfaff et al. 2004).

Die Mitarbeiterbefragungen wurden von der Universität zu Köln zu zwei Messzeitpunkten durchgeführt: Die erste Befragung lief von Februar bis April 2002, die zweite Befragung von Juni bis Juli 2003.

Befragt wurden die Berufsgruppen Ärztlicher Dienst, Pflegepersonal sowie Mitarbeiter des Medizinisch-Technischen und Technischen Dienstes, der Verwaltung und des Wirtschaftsdienstes, die unter „Sonstige“ zusammengefasst wurden.

In der Interventionsklinik wurden insgesamt 171 Mitarbeiter angeschrieben, von denen 110 antworteten, was einer Rücklaufquote von 64,3 % entspricht (vgl. Tabelle 18). Bei den 110 Personen handelte es sich um 19 Ärzte, 72 Mitarbeiter des Pflegepersonals sowie 19 sonstige Personen aus den Bereichen Medizinisch-Technischer Dienst, Technik, Wirtschaftsdienst und Verwaltung.

Tabelle 18: Datengrundlage der Mitarbeiterbefragungen 2002 und 2003 (N = 4618)

	Gesamtprojekt			Interventionsklinik		
	angeschrieben	Rücklauf (absolut)	Rücklauf (%)	angeschrieben	Rücklauf (absolut)	Rücklauf (%)
2002	2644	1645	62,2	171	110	64,3
2003	1974 ¹³	1010	51,2	171	51 ¹⁴	29,8

Anhand der Stichprobe aller Kliniken wurden die im MIKE verwendeten Kennzahlen validiert. Die im Fragebogen enthaltenden Skalen, die mittels Faktorenanalyse¹⁵ hinsichtlich ihrer Konstruktvalidität und mit Hilfe von Reliabilitätsanalysen auf ihre interne Konsistenz geprüft wurden, wiesen eine insgesamt gute Reliabilität auf (Cronbach's Alpha lag zwischen .67 und .93).

Um die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung leichter les- und interpretierbar zu machen und auch eine Vergleichbarkeit der Kennzahlen zu ermöglichen, wurden alle Skalen reskaliert, recodiert und auf einen einheitlichen Wertebereich von „1“ bis „6“ transformiert (vgl. Rogelberg et al. 2002; Lütticke et al. 2003). Sie entsprechen damit in ihrer Bedeutung dem deutschen Schulnotensystem, wonach die „Note 1“ für eine sehr gute und die „Note 6“ für eine sehr schlechte Bewertung steht.

¹³ Bei der zweiten Befragung 2003 wurden alle Mitarbeiter angeschrieben, die bereits an der ersten Befragung teilgenommen hatten.

¹⁴ Die 51 Personen setzten sich wie folgt zusammen: Ärzte 4 (von 29 = 13,8 %), Pflegepersonal 35 (von 107 = 32,7 %) und Sonstige 12 (von 35 = 34,3 %).

¹⁵ Ziel der Faktorenanalyse war es, eindimensionale Faktoren zu gewinnen. Daher wurden nur jene Items einem Faktor zugeordnet, die eine Faktorenladung von mindestens .50 aufwiesen und jene ausgeschlossen, die eine Fremdladung von mehr als .30 zeigte.

5.2.3.2. Dokumentenanalyse

Die Analyse der Dokumente umfasste die beiden Mitarbeiterbefragungen aus 2002 und 2003. Des Weiteren wurden zur Auswertung der Ergebnisse die Sitzungsprotokolle, die von der wissenschaftlichen Begleitforschung nach jedem Treffen des Arbeitskreises sowie des Gesundheitszirkels erstellt wurden, Gesprächsprotokolle und die auf Moderationsplakaten festgehaltenen Ergebnisse des Gesundheitszirkels zur Auswertung herangezogen.

5.2.3.3. Experteninterviews

Im betrieblichen Gesundheitsmanagement stellen Experteninterviews eine gute Möglichkeit dar, um möglichst umfassend Informationen über gesundheitliche Fragestellungen im Betrieb zu erhalten. Befragt werden Mitarbeiter, die als Experten für ein bestimmtes Aufgaben- oder Themenfeld gelten. Dabei interessieren weniger deren persönliche Einstellung zu den Interviewthemen als vielmehr deren Einschätzungen „als Funktionsträger innerhalb eines organisatorischen und institutionellen Kontextes“ (vgl. Meuser/Nagel 1991).

In der Interventionsstudie wurden Experteninterviews im Rahmen der Evaluation eingesetzt, um zum einen die Effekte der Interventionsmaßnahmen aus Sicht der Mitarbeiter zu erfassen und zum anderen zu ermitteln, wie der Einsatz der biopsychosozialen Kennzahlen bewertet wurde.

Teilnehmerbeschreibung

Die Auswahl der Teilnehmer erfolgte anhand folgender Kriterien:

- wichtige Führungspersonen innerhalb des Krankenhauses I und der Interventionsklinik
- Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen und Hierarchieebenen sowie
- aktiv im Projekt Beteiligte und Nichtbeteiligte aus der Interventionsklinik.

Die Führungspersonen wurden von der wissenschaftlichen Begleitforschung persönlich angesprochen, ebenso die Teilnehmer des Gesundheitszirkels. Die nicht am Projekt beteiligten Interviewpartner aus dem Bereich Pflege wurden von der Pflegedienstleitung bestimmt, bei den Ärzten erfolgte eine schriftliche Anfrage durch die wissenschaftliche Begleitforschung. Insgesamt meldeten sich 13 Mitarbeiter aus folgenden Bereichen:

Tabelle 19: Teilnehmer der Experteninterviews

Funktion und Anzahl der Teilnehmer	Position im Projekt	Funktion/Hierarchieebene
stellvertretende Pflegedirektion Pflegedienstleitung Mitarbeiter aus der KG Arzt Pflegepersonal (3)	Mitglied im AK Gesundheit Mitglied im AK Gesundheit Mitglied im AK Gesundheit Teilnehmer des GZ Teilnehmer des GZ	Führungsebene KH 1 Führungsebene Interventionsklinik Leitung Assistenzarzt Mitarbeiter von verschiedenen Stationen der Interventionsklinik ohne Leitungsfunktion
Ärzte (3) Pflegepersonal (3)		Oberarzt, Personaloberarzt, Assistenzarzt ohne Leitungsfunktion

Als Interviewpartner in Bezug auf wichtige Führungspersonen des Krankenhauses 1 und der Interventionsklinik konnten lediglich Personen aus der Pflege gewonnen werden. Trotz mehrmaliger Ansprache gelang es nicht, Interviews von Mitarbeitern aus der Vorstandsebene des Krankenhauses 1 und des ärztlichen Direktors der Interventionsklinik zu bekommen. In Bezug auf die verschiedenen Berufsgruppen standen acht Interviewpartner aus der Pflege, vier Ärzte und ein Mitarbeiter aus der Krankengymnastischen Abteilung für die Experteninterviews zur Verfügung.

Interviewform

Als Erhebungsinstrument zur Darstellung der Arbeitssituation in der Klinik vor Projektbeginn sowie für die Ermittlung von Effekten des Gesundheitszirkels und eine Bewertung der Praktikabilität der biopsychosozialen Kennzahlen wurde das offene Leitfaden-Interview gewählt. Bei dieser Methode handelt es sich um eine teilstandardisierte mündliche Befragung, bei der sich das Gespräch an zuvor festgelegten Fragestellungen orientiert, jedoch keine Antwortmöglichkeiten vorgegeben sind, so dass die Interviewpartner offen antworten können (Vogt 2003b). Durch diese Vorgehensweise gelingt es, das Interview auf interessierende Fragen zu fokussieren und gleichzeitig die Vergleichbarkeit der Aussagen zu erhöhen (Hopf 2000).

Ziel der Interviews war es, eine möglichst umfassende Einschätzung und Bewertung der Interviewpartner über die Arbeitssituation in der Klinik, den Verlauf des betrieblichen Gesundheitsmanagements und den Einsatz der biopsychosozialen Kennzahlen zu erhalten.

Der Interviewleitfaden beinhaltete Fragen zu folgenden Aspekten: Veränderungen der letzten fünf Jahre in der Projektklinik, besondere Belastungen im Arbeitsalltag, Gründe für die Teilnahme am Projekt, Einschätzung des Stellenwertes von Gesundheit im Kontext anderer Kli-

nikinteressen, Bewertungen von Strukturentwicklungen und Ergebnissen der einzelnen Kernprozesse des betrieblichen Gesundheitsmanagements, hemmende und fördernde Faktoren bei der Intervention sowie Fragen zur Praktikabilität der Kennzahlen.

Die Experteninterviews erfolgten ein halbes Jahr nach Abschluss des Gesundheitszirkels. Sie dauerten zwischen 20 und 60 Minuten und fanden entweder in den Sprechzimmern der Ärzte oder im Besprechungsraum der Pflegedienstleitung statt.

Alle Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet und anschließend vollständig transkribiert, wobei auf den Vermerk von Pausen, Stimmlagen oder sonstigen nonverbale bzw. paraprachliche Elemente verzichtet wurde (vgl. Meuser/Nagel 1991, S. 83). Die Interviews wurden paraphrasiert und die Textpassagen mit Überschriften versehen. In einem weiteren Schritt wurden aus den Interviews diejenigen Passagen zusammengestellt, die sich auf ein gemeinsames Thema bezogen und die Aussagen hinsichtlich ihrer Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede ausgewertet (ebd.).

Tabelle 20: Übersicht über die Vorgehensweisen und die eingesetzten Methoden

Vorgehensweise	Methoden
Beschreibung der Ausgangssituation der Projektklinik, Gründe für die Teilnahme am Projekt	Experteninterviews
Diagnostik Bewertung der Diagnostik durch Mitarbeiter der Projektklinik Bewertung der Diagnostik durch die wissenschaftliche Begleitforschung	Mitarbeiterbefragung 2002 Experteninterviews Dokumentenanalyse
Bewertung der Interventionsplanung durch Mitarbeiter der Projektklinik Bewertung der Interventionsplanung durch die wissenschaftliche Begleitforschung	Experteninterviews Dokumentenanalyse
Bewertung der Intervention durch Mitarbeiter der Projektklinik Bewertung der Intervention durch die wissenschaftliche Begleitforschung	Experteninterviews Dokumentenanalyse
Evaluation Bewertung der Evaluation durch Mitarbeiter der Projektklinik Bewertung der Evaluation durch die wissenschaftliche Begleitforschung	Mitarbeiterbefragung 2003 Experteninterviews Dokumentenanalyse
hemmende und förderliche Faktoren	Experteninterviews Dokumentenanalyse
Einsatz der Kennzahlen im betrieblichen Gesundheitsmanagement	Experteninterviews Dokumentenanalyse

6. Interventionsstudie

Gegenstand des folgenden Kapitels ist die Darstellung einer Interventionsstudie, bei der es um die Anwendung der biopsychosozialen Kennzahlen in einer der am Forschungsprojekt beteiligten Krankenhäuser ging (vgl. Projektorganisation, Kapitel 4).

Das folgende Kapitel beinhaltet zunächst die Beschreibung jener Maßnahmen die durchgeführt wurden, um das neue Kennzahleninstrument in zwei der vier am Forschungsprojekt beteiligten Kliniken anwenden zu können und ein betriebliches Gesundheitsmanagement, als Rahmenkonzept für die praktische Erprobung der Kennzahlen, zu implementieren.

Es folgt eine ausführliche Beschreibung über die praktische Anwendung der biopsychosozialen Kennzahlen innerhalb der vier Kernprozesse des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Jeder Kernprozess wird zunächst dargestellt und anschließend seitens der Interviewpartner und der wissenschaftlichen Begleitforschung bewertet.

6.1. Vorstellung des Projektvorhabens in den beteiligten Krankenhäusern

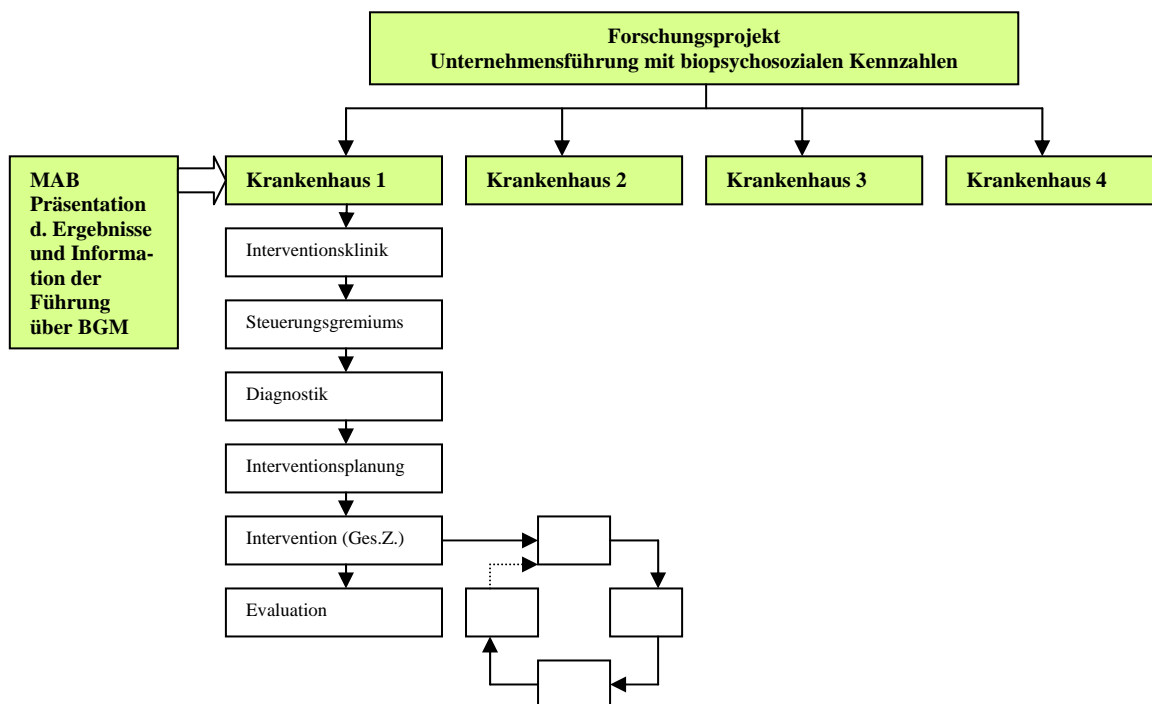


Abbildung 12: Übersicht über das Forschungsprojekt – Vorstellung des Vorhabens

Im Frühjahr 2001 präsentierten Mitarbeiter des Forschungsverbundes der Führungsebene der vier Krankenhäuser das Projektvorhaben. Für die Zielgruppe der Mitarbeiter bedeutete dies die Durchführung von zwei kennzahlenbasierten Mitarbeiterbefragungen sowie die praktische Erprobung des neuen Kennzahleninstrumentes im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements. Nach Durchführung der ersten Mitarbeiterbefragungen wurden die Ergebnisse in den Krankenhäusern vorgestellt. Ferner präsentierte die wissenschaftliche Begleitforschung die Vorgehensweise des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Vorgesehen war, die Erprobung der Kennzahlen in zwei Krankenhäusern durchzuführen.

Obwohl die Auswertung der Mitarbeiterbefragungen eine Reihe an Belastungsfaktoren aufzeigte, stimmte keine der Führungskräfte der vier Krankenhäuser der Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements in ihren Einrichtungen zu.

Teilweise wurden die Entscheidungen mit innerbetrieblichen Veränderungen begründet wie z.B. einem gerade erfolgten Träger- bzw. Chefarztwechsel, sodass man keine zusätzlichen Neuerungen wünschte. Ein Krankenhaus stand vor finanziellen Problemen und sah keine Möglichkeit, ein solches Thema vor diesem Hintergrund aufzugreifen. In einem weiteren Krankenhaus war gerade beschlossen worden, in diesem Zeitraum eine Zertifizierung durchzuführen, sodass hiermit die finanziellen wie personellen Ressourcen gebunden waren.

Der Klinikvorstand des Krankenhaus 1 entschied sich ebenfalls gegen die Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements auf Organisationsebene. Man sah zwar den Bedarf an mitarbeiterorientierten Maßnahmen, war jedoch der Ansicht, dass die Ursachen für die hohen Arbeitsbelastungen und das schlechte Betriebsklima vor allem in den schwierigen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen liegen würden, die sich nach Ansicht der Führung nicht durch gesundheitsförderliche Maßnahme verändern ließen (Gesprächsnotiz). Man erklärte sich jedoch damit einverstanden, die biopsychosozialen Kennzahlen in einer der 23 Kliniken des Krankenhauses 1, im Folgenden Interventionsklinik genannt, anzuwenden.

6.2. Beschreibung des Krankenhauses 1 und der Interventionsklinik

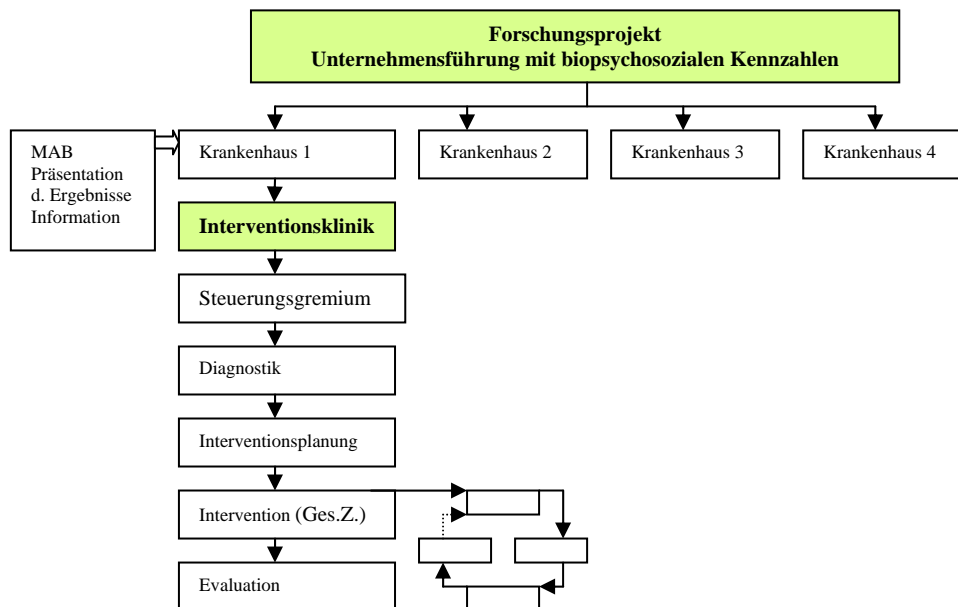


Abbildung 13: Übersicht über das Forschungsprojekt – das Krankenhaus 1 und die Interventionsklinik

6.2.1. Projektdaten

Die Durchführung des Projektes im Krankenhaus 1 begann im Frühjahr 2002 und dauerte bis Herbst 2004. In dieser Zeit erfolgte zunächst eine Mitarbeiterbefragung anhand der biopsychosozialen Kennzahlen.

Im Anschluss an die Präsentation der Ergebnisse wurde für die Steuerung des Projektes ein Arbeitskreis Gesundheit gebildet. Im Rahmen der Diagnostik wurden die verschiedenen Problembereiche identifiziert und darauf basierend die Planung der Intervention vorgenommen.

Für die Umsetzung der Maßnahmen war seitens des Forschungsprojektes ein Gesundheitszirkel vorgesehen. Abschließend erfolgte eine zweite kennzahlenbasierte Mitarbeiterbefragung. Zur Auswertung der Intervention wurden Experteninterviews durchgeführt.

Einen Überblick über den zeitlichen Ablauf sowie die Inhalte gibt Tabelle 21:

Tabelle 21: Eckdaten und Zeitplan der Interventionsstudie

Projektdate		
Auftraggeber	Universität zu Köln, TU Dresden, Universität Bielefeld	
Piloteinheit	Interventionsklinik des Krankenhauses 1	
Projektleitung	Universität zu Köln, Universität Bielefeld	
schriftliche Vereinbarungen		
Kooperationsvertrag	Unterzeichnung	2002
Arbeitsauftrag	Unterzeichnung	11/2002
das Projekt: Strukturen und Kernprozesse		
Bildung des Lenkungs- ausschusses (Arbeits- kreis Gesundheit)	konstituierende Sitzung	09/2002
	abschließende Sitzung	08/03
	Gesamtzahl der Sitzungen	8
Diagnose	Mitarbeiterbefragung	03/2002
	Rückmeldung der Ergebnisse an die Leitung des Krankenhauses 1 sowie die Leitung der Interventionsklinik	09/2002
	Rückmeldung der Ergebnisse an die Mitarbeiter der Interventions- klinik	09/2002
Interventionsplanung	Tätigkeit des Arbeitskreises Gesundheit:	
	▪ Identifikation von Problembereichen	10/2002
	▪ Formulierung des konkreten Arbeitsauftrags	10/2002
	▪ Planung der Intervention	11/2002
Intervention	Tätigkeit des Gesundheitszirkels:	
	▪ Beginn des Gesundheitszirkels	11/2002
	▪ abschließende Sitzung des Gesundheitszirkels	03/2003
	▪ Gesamtzahl der Sitzungen	9
	Vorstellung der Ergebnisse dem Vorstand des Krankenhauses 1	03/2003
Planung und Umsetzung der Lösungsvorschläge	04 - 08/2003	
Evaluation	Mitarbeiterbefragung in der Interventionsklinik	03 - 04/2003
	Experteninterviews	10 - 11/2003

6.2.2. Das Krankenhaus 1

Beim Krankenhaus 1 handelt es sich um eine Organisation aus einem westdeutschen Ballungsraum. Die Einrichtung besteht aus 23 Kliniken, 11 Instituten und beschäftigt über 6000 Mitarbeiter.

Die Ausgangslage des Krankenhauses 1 entsprach weitgehend der Situation, wie sie in vielen Krankenhäusern in Deutschland anzutreffen ist und in den vorangegangenen Kapiteln im Überblick dargestellt wurde: es kam zum Abbau von Personal, Stationen wurden zusammengelegt, die Verweildauer der Patienten gesenkt sowie die Anzahl der Behandlungsfälle gesteigert. Auch hier führten die Veränderungen zu einer Leistungsverdichtung bei den Mitarbeitern.

Bereits vor Beginn des Projektes wurde mit verschiedenen organisatorischen Neuerungen begonnen, die auch während der Intervention liefen: Es erfolgte eine Umstellung der Funktionspflege auf die Bereichspflege, es wurde mit der Einführung der Pflegeübergabe am Patientenbett begonnen und ein neues EDV-System eingeführt.

1996 wurde eine Abteilung für Qualitätsmanagement gegründet, die im Rahmen innerbetrieblicher Fortbildungen im Bereich Mitarbeitergesundheit unter anderem Schulungen zu Entspannungstechniken oder alternativen Heilmethoden angeboten hat.

Weitere Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung wurden vom Betriebsärztlichen Dienst initiiert, beschränkten sich aber auf Einzelaktionen und verhaltenspräventive Maßnahmen wie z.B. Rückenschulen oder Raucherentwöhnungsprogramme. Im Jahr 2003 begann die Krankenhausleitung mit der Entwicklung eines Unternehmensleitbildes, welches auch die Themen Mitarbeitergesundheit und Zufriedenheit der Mitarbeiter beinhaltet.

6.2.3. Die Interventionsklinik

Bei der Interventionsklinik handelt es sich um eine Einrichtung, die aus 4 Stationen, 6 Funktionsbereichen und der Verwaltung besteht. In der Interventionsklinik sind rund 170 Mitarbeiter beschäftigt.

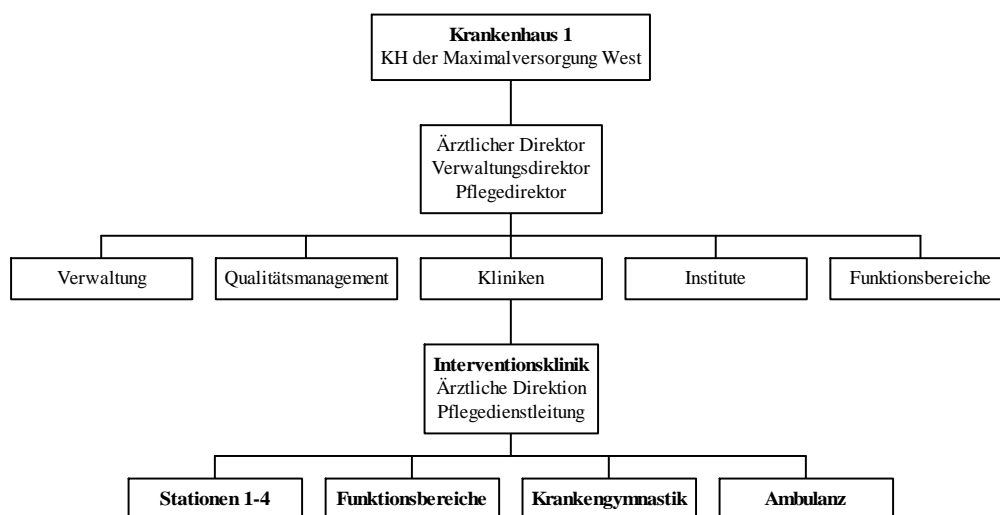


Abbildung 14: Übersicht über die Interventionsklinik und das Krankenhaus 1

Die Klinikleitung setzt sich zusammen aus dem ärztlichen Direktor und der Pflegedienstleitung. Die Interventionsklinik verfügt über keinen eigenen Verwaltungsbereich, entsprechende Angelegenheiten werden von der zentralen Verwaltung des Krankenhauses 1 geregelt. Das betrifft ebenso verschiedene Funktionsbereiche wie z.B. den OP und die Anästhesie. Auch diese stellen eigenständige Bereiche des Krankenhauses 1 mit entsprechenden Führungskräften dar und werden von allen operativen Kliniken wie auch der Interventionsklinik genutzt (vgl. Abb. 14).

Ausgangssituation

Zum besseren Verständnis über die Ausgangslage und Rahmenbedingungen zum Zeitpunkt des Projektbeginns soll zunächst die Situation des Krankenhauses 1 und der Interventionsklinik vorgestellt werden. Hierfür wurden mit ausgewählten Mitarbeitern des Krankenhauses 1 Experteninterviews durchgeführt (vgl. Kapitel 5.2.3.3). Einen Überblick über die interviewten Personen, deren Berufszugehörigkeit und Position im Krankenhaus gibt Tabelle 22.

Tabelle 22: Überblick über die Interviewpartner (N = 13)

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">▪ stellvertretende Pflegedirektion des Krankenhauses 1, Mitglied des Arbeitskreis Gesundheit▪ Pflegedienstleitung der Interventionsklinik, Mitglied des Arbeitskreis Gesundheit▪ 1 Mitarbeiter aus der KG, Mitglied des Arbeitskreis Gesundheit▪ 2 Oberärzte, die nicht aktiv am Projekt beteiligt waren▪ 1 Assistenzarzt, Mitglied des Gesundheitszirkels▪ 1 Assistenzarzt der nicht aktiv am Projekt beteiligt war▪ 3 Pflegekräfte von verschiedenen Stationen der Interventionsklinik, Mitglieder des Gesundheitszirkels▪ 3 Pflegekräfte von verschiedenen Stationen der Interventionsklinik, die nicht aktiv am Projekt beteiligt waren |
|--|

Die Interviewpartner wurden danach befragt, zu welchen Veränderungen es in den letzten fünf Jahren im Krankenhaus 1 und in der Interventionsklinik kam, welche Erwartungen die Mitarbeiter dem Projekt entgegen brachten und welchen Stellenwert Gesundheit und Wohlbefinden des Personals im Krankenhaus 1 und der Interventionsklinik einnehmen.

6.2.4. Arbeitssituation

Auf die Frage, durch welche besonderen Belastungen der Arbeitsalltag in der Interventionsklinik gekennzeichnet ist, nannten die Interviewpartner Faktoren, wie sie für Krankenhäuser typisch sind (vgl. Kapitel 3), wie Zeitdruck, viele Überstunden, zunehmend schwerere Krankheitsbilder und pflegeaufwändigere Patienten bei zugleich immer weniger Zeit für den Patien-

ten, ständige und ungeplante Arbeitsunterbrechungen, komplizierter werdenden Therapien oder ein hoher Dokumentationsaufwand. Darüber hinaus berichteten die Interviewpartner von Belastungen, die auf Führungsdefizite hinweisen wie z.B. widersprüchliche Zielsetzungen, nicht ausreichende Kommunikationsmöglichkeiten, Nichteinhaltung von Terminen, bzw. Absprachen, unnötiges Umorganisieren oder intransparente bzw. inkonsequente Entscheidungen.

In den Befragungen wurden zudem Defizite in Bezug auf Ressourcen genannt wie z.B. fehlende Erholungszeiten und eine mangelnde Work-Life-Balance vor allem beim medizinischen Personal sowie ungenügende personelle Ressourcen sowohl was die Anzahl der Mitarbeiter insgesamt betrifft als auch die Ausstattung mit älterem und erfahrenerem Personal. Darüber hinaus wiesen die Interviewpartner auf den Mangel an sozialer Unterstützung durch den Vorgesetzten und die Kollegen hin und klagten über Konflikte innerhalb der eigenen Berufsgruppe, was insbesondere die Ärzte betraf (z.B. mangelnder Teamgeist, zunehmende Rangeleien und Egoismus), zwischen den Berufsgruppen (z.B. fehlende Rücksichtnahme der Ärzte auf personelle Engpässe bei der Pflege) sowie zwischen Führung und Mitarbeitern.

Die Arbeitssituation der Mitarbeiter sei vor allem auch deswegen so schwerwiegend, da ein Wechsel des Arbeitsplatzes aufgrund der Schließungen von Kliniken und Abteilungen in der Region für viele Beschäftigte nicht möglich ist, was die Arbeitssituation der Beschäftigten zusätzlich verschärfte, wie der Kommentar eines Interviewpartners zeigt: (I-5) „Die Mitarbeiter haben fast keine Möglichkeit zu wechseln. [...]. Sich nach außen zu bewerben hat im Moment auch wenig Sinn, weil wie gesagt andere Häuser Einstellungsstopp haben [...], sodass auch Mitarbeiter, die eigentlich weg wollen, weiterarbeiten müssen. [...]. Das sind natürlich Leute, die das System zudem noch zusätzlich aushöhlen.“

Zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Beschäftigten wurden in der Interventionsklinik bis zum Beginn des Projektes verschiedene Maßnahmen der Gesundheitsförderung durchgeführt. Die Interviewpartner berichteten von einzelnen verhaltenspräventiven Aktivitäten wie z.B. Rückenschulen oder Stressmanagement.

Im Vorfeld des Projekts fand ein Anlauf zur Verbesserung der Organisation von Arbeitsabläufen statt. Hierfür wurde ein Arbeitskreis gebildet, der sich mit der Re-Organisation des Operationsbereichs auseinandersetzte und Veränderungsprozesse einleitete, die sich jedoch nicht als nachhaltig erwiesen bzw. an der Nichteinhaltung getroffener Absprachen scheiterten.

6.2.5. Gründe für die Teilnahme am Projekt, Erwartungen und Zielvorstellungen

Die Führung der Interventionsklinik hatte sich für eine Teilnahme am Projekt aufgrund der in der Mitarbeiterbefragung zutage getretenen Probleme in den Bereichen der Ablauforganisation, der Kommunikationsstrukturen sowie der Mitarbeiterzufriedenheit entschieden. Der Ärztliche Direktor und die Pflegedienstleitung hatten nach Veröffentlichung der Ergebnisse Kontakt zur Universität Bielefeld aufgenommen und erhofften sich vor allem eine Verbesserung des Betriebsklimas sowie eine Reduktion des Ausmaßes an innerer Kündigung insbesondere beim ärztlichen Personal. Unterstützt wurde das Vorhaben durch die stellvertretende Pflegedirektion des Krankenhauses 1 und die Pflegedienstleitung der Interventionsklinik.

Die Erwartung der Führung war, mit externer professioneller Unterstützung die bereits seit langem bestehenden Probleme in der Interventionsklinik wirklich anzugehen, mit einem „Willen und Wollen der Veränderung“ gemeinsam etwas zu verändern, um so die Situation in der Klinik nachhaltig zu verbessern. Ebenso erhoffte man sich, dass die Mitarbeiter eine positive Erfahrung mit der Arbeitsmethode machen und erkennen, dass Veränderungen möglich sind und es sich lohnt, sich in solchen Arbeitsgruppen zu engagieren (I-5).

Diese Hoffnung wurde von den befragten Mitarbeitern geteilt. Konkret wünschte man sich eine Verbesserung von Arbeitsstrukturen (I-6), indem diese zunächst einmal definiert und erkennbar sind (I-2) und der einzelne Mitarbeiter weiß, wo er in diese Strukturen eingebunden ist (I-13). Vielfach kam auch das Thema Kommunikation zu Sprache, die verbessert werden müsse. Dies beinhaltete das Wissen über Kommunikationsstrukturen, z.B. an wen welche Informationen gehen müssen (I-7), die Weitergabe von Informationen, aber auch die Einhaltung der Absprachen (I-2) und den Umgangston (I-5). Für viele Interviewpartner war eine positive Veränderung des Miteinanders wichtig. Man wünschte sich ein größeres Wir-Gefühl (I-11), eine höhere Identifikation mit der Klinik, dass sich mehr Mitarbeiter für die Klinik engagieren, der Zusammenhalt größer wird und alle gemeinsam an der Lösung der Probleme arbeiten (I-4).

Bei einer Reihe an Interviewpartnern war die Skepsis aufgrund der bereits genannten schlechten Erfahrungen mit dem vorangegangenen Projekt hoch und insofern hatten diese keine oder keine großen Erwartungen an das Projekt. Ein Gesprächsteilnehmer meinte, Erwartungen „hatte ich eigentlich keine, weil ich einfach dachte, es wird sich sowieso nichts ändern“ (I-12). Hinsichtlich der Beweggründe, warum sich die Klinikführung für eine Teilnahme am Projekt entschieden hat, waren vor allem die Ärzte sehr kritisch eingestellt. Man sah hier hauptsächlich taktische und politische Motive im Vordergrund, wie dies die Kommentare

mehrerer Interviewpartner verdeutlichen: „Weil es ein schönes Bild nach außen macht“ (I-3), bzw. um „sich nicht nach außen das Bild zu geben, dass man nicht interessiert ist“ (I-2). Ein anderer Gesprächspartner formulierte seine Vermutungen sehr vorsichtig und sagte: „Man kann nur hoffen, dass der eigentliche Grund dafür ist, eine Verbesserung der Stimmung und der Arbeitssituation für die Mitarbeiter zu erzielen. [...] Ich weiß nicht, inwieweit politischer Druck oder Scheingründe da eine Rolle spielen. Es ist ja prinzipiell auch denkbar, ohne irgendetwas zu unterstellen, dass man sagt, »da können wir uns jetzt nicht raushalten, das ist wichtig aus politischen Gründen, dass man da an so was teilnimmt«, aber ohne jetzt einen besonderen Vorsatz zu haben, das dann auch umzusetzen. Aber ich hoffe, dass Ersteres der Grund war.“ (I-4)

6.2.6. Stellenwert von Gesundheit und Wohlbefinden

Ausnahmslos schätzten die Gesprächspartner den Stellenwert, den das Thema Gesundheit der Mitarbeiter bei der Krankenhausführung einnimmt, vor allem im Vergleich zu anderen betrieblichen Interessen als sehr gering ein. Die Prioritäten lägen nach Ansicht der Interviewpartner insbesondere in einem funktionierenden Krankenhausalltag und in der Erreichung wirtschaftlichen Zielsetzungen.

Da der Klinikalltag trotz aller Probleme bislang noch immer ganz gut funktioniere, vermutete man, dass kein entsprechender Handlungsbedarf seitens des Krankenhausmanagements gesehen wird (I-4). Gleichwohl wiesen verschiedene Interviewpartner auf den Zusammenhang zwischen guten Arbeitsbedingungen, Wohlbefinden/Gesundheit und der Qualität der Arbeit hin. Ein Interviewpartner fasst zusammen: „Also, ich kann nur ganz ehrlich sagen, ich hab überhaupt nicht das Gefühl, dass das in irgendeiner Weise eine Rolle spielt. Gesundheit insofern, dass ein kranker Mitarbeiter, der ausfällt, ein schlechter Mitarbeiter ist. Aber solange man funktioniert in der Klinik, hab ich jetzt nicht das Gefühl von irgendeiner Warte her, dass es einen systemischen Ansatz gibt, darauf zu achten, dass es den Klinikmitarbeitern gut geht, dass sie sich wohl fühlen bei der Arbeit.“ (I-4)

6.3. Betriebspolitische Vereinbarungen und Bildung eines Arbeitskreis Gesundheit

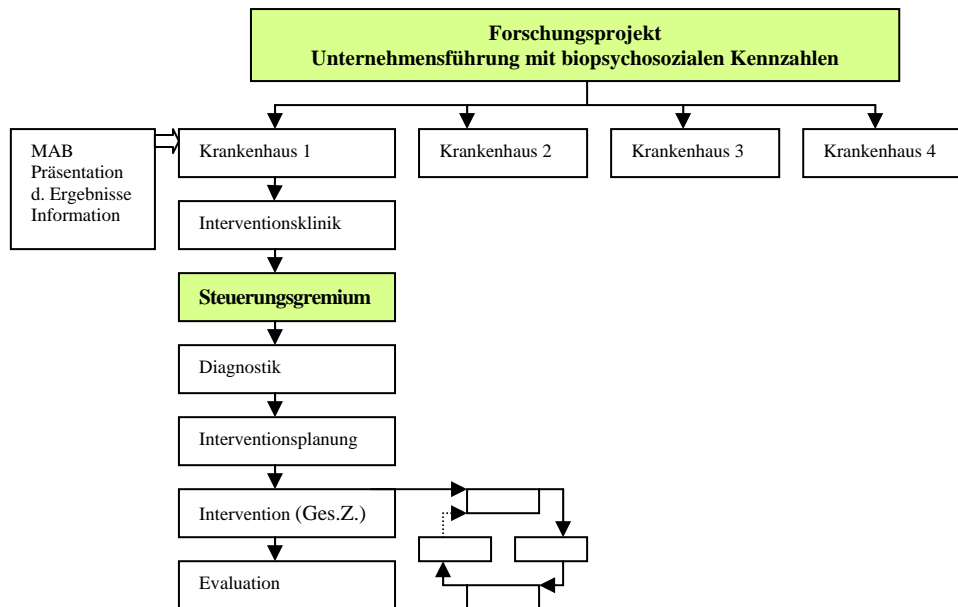


Abbildung 15: Übersicht über das Forschungsprojekt – Bildung eines Steuerungsgremiums (Arbeitskreis Gesundheit)

Zu den wichtigen Voraussetzungen für die Durchführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements gehört die Einbindung der Führung einer Organisation, in diesem Fall des Krankenhausmanagements von Krankenhaus 1, in den Veränderungsprozess.

Aufgrund der Entscheidung der Führung des Krankenhauses 1 gegen eine Implementierung des betrieblichen Gesundheitsmanagements konnten auf dieser Ebene keine betriebspolitischen Vereinbarungen getroffen werden. Sämtliche Vereinbarungen, wie die Bereitstellung von Ressourcen, schriftliche Rahmenregelungen oder ein aktives Engagement der Führung erfolgten ausschließlich auf der Ebene der Interventionsklinik.

Zur Steuerung des Projektes und für die Festlegung struktureller und planerischer Rahmenbedingungen wurde ein Arbeitskreis Gesundheit gebildet (vgl. Abbildung 16). Die Teilnehmer für den Arbeitskreis wurden vom ärztlichen Direktor der Interventionsklinik bzw. der stellvertretenden Pflegedirektion des Krankenhauses 1 angesprochen. Nach verschiedenen Wechseln von Personen in den ersten beiden Sitzungen umfasste der Arbeitskreis letztlich insgesamt acht Teilnehmer.

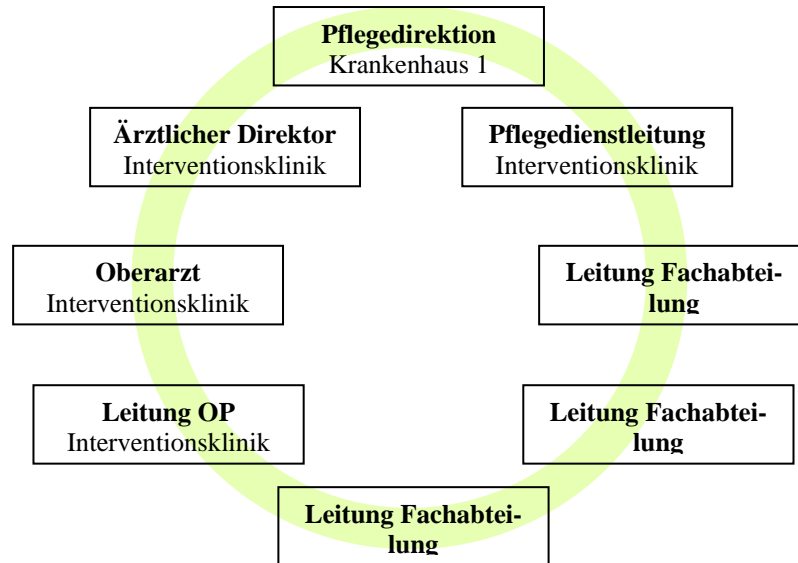


Abbildung 16: Arbeitskreis Gesundheit

Aus Abbildung 16 ist zu entnehmen, dass sich der Arbeitskreis aus unterschiedlichen Berufsgruppen, Funktionsbereichen und Hierarchieebenen zusammensetzte, wobei es sich bis auf die Pflegedirektion ausschließlich um Mitarbeiter der Interventionsklinik handelte.

Bewertung der Interviewpartner

Die Nicht-Beteiligung des Krankenhausmanagements an dem Projekt bewertete der Großteil der Gesprächspartner als ein negatives Signal. Aus ihrer Sicht mache dies deutlich, dass eine Veränderung der Arbeitssituation nicht wirklich erwünscht sei, weil kein ehrliches Interesse am gesunden und auf lange Sicht zufriedenen Mitarbeiter bestehe, sondern dieser als „Verschleißmaterial“ betrachtet werde (I-1). Lediglich von einigen Gesprächspartnern aus dem Pflegebereich wurde angemerkt, dass sie schon das Gefühl hätten, in ihren Belangen sowohl von der Pflegedirektion des Krankenhauses wie auch der Pflegedienstleitung der Interventionsklinik ernst genommen zu werden (z.B. I-10).

Als weitere Gründe, warum sich das Top-Management aus Sicht der Interviewpartner nicht am Prozess beteiligte, wurde genannt, dass Hilfe von außen nicht gewünscht sei und man alleine das Problem bewältigen wolle, (I-2), bzw. man nicht an einem System rühren dürfe, was für einige gut funktioniert (I-3). Ein anderer Gesprächspartner sah als Grund für das mangelnde Interesse, dass die Denkweise in Krankenhäusern vor allem dem medizinisch-technischen

Modell entspräche und Faktoren wie z.B. Kommunikation noch zu wenig „populär“ seien (I-6).

Aus Sicht der Interviewpartner hatte dies zu Konsequenz, dass das Vertrauen der Klinikmitarbeiter in das Gelingen eines solchen Vorhabens nur gering war und die Motivation dementsprechend niedrig ausfiel, an diesem Projekt in irgendeiner Form mitzuwirken. Ein Gesprächspartner fasst dies folgendermaßen zusammen: „Wenn nicht mal von ganz oben an einem gemeinsamen Strang gezogen wird, woher soll man da das Vertrauen nehmen, dass die Mitarbeit im Gesundheitszirkel oder das persönliche Engagement, das man da reinbringt, um Dinge zu verbessern – woher soll man das Vertrauen nehmen, dass da in der Tat Verbesserungen, Veränderungen stattfinden?“ (I-4)

Auf eine weitere Konsequenz wies ein anderer Interviewpartner hin, der sagte: „... ab dem Moment, wo sie wissen oder sie spüren, das Interesse von oben ist nicht vorhanden, ... überwiegt die Angst und dann schweigen alle, ganz einfach.“ (I-3)

Bewertung der wissenschaftlichen Begleitforschung

Die Einbindung des Krankenhausmanagements gehört zu den zentralen Voraussetzungen für die Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements und die Durchführung gesundheitsförderlicher Maßnahmen. In der Interventionsklinik ist dies nicht gelungen, obwohl die biopsychosozialen Kennzahlen einen hohen Bedarf in der Klinik aufgezeigt hatten und auch der Vergleich mit anderen Einrichtungen darauf hindeutete, dass hier eine besondere Problemsituation vorliegt. Die Haltung des Top-Managements war insofern relevant für die Durchführung des Projekts, als die eher negative Einstellung gegenüber den Anliegen des Forschungsprojektes sich möglicherweise auf ungünstig auf die Mitwirkungsbereitschaft der Mitarbeiter auswirkte. Zudem hätte es der Unterstützung des Klinikvorstands bedurft, als in einer entscheidenden Projektphase Probleme mit der Führung der Interventionsklinik auftraten.

Hinsichtlich der Bildung eines Steuerungsgremiums ist positiv zu bewerten, dass sich sehr schnell Mitarbeiter in Führungspositionen bereit erklärten, am Arbeitskreis Gesundheit mitzuarbeiten. Es ist jedoch kritisch zu sehen, dass durch die Nicht-Beteiligung des Krankenhausmanagements die Zusammensetzung des Arbeitskreises Gesundheit nicht der idealtypischen Zusammensetzung des betrieblichen Gesundheitsmanagements entsprach. So handelte es sich bis auf die Pflegedirektion ausschließlich um Teilnehmer der Interventionsklinik und es fehlten maßgebliche Personen aus dem Krankenhaus 1 wie z.B. jemand aus dem Betriebsrat.

6.4. Diagnose

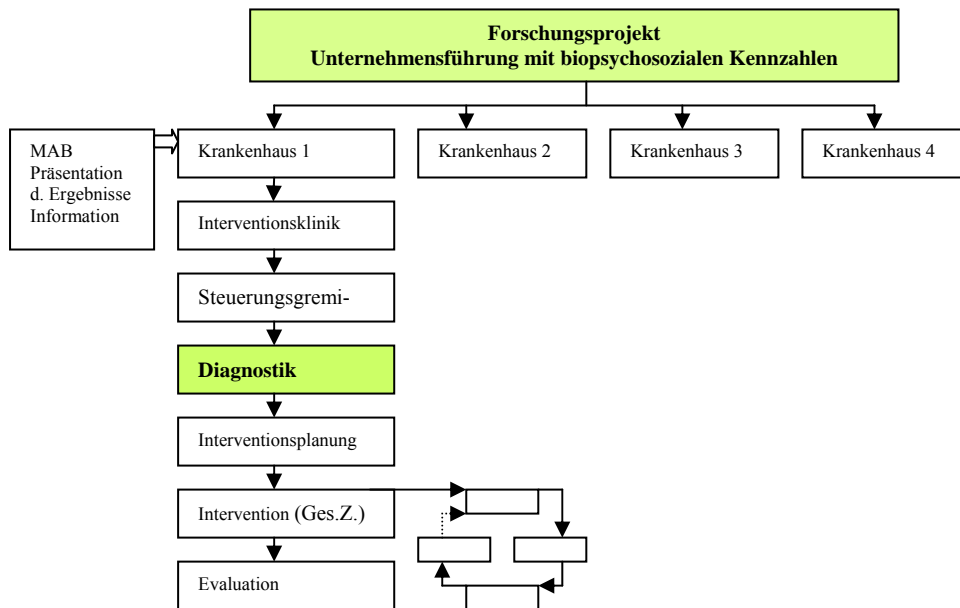


Abbildung 17: Übersicht über das Forschungsprojekt – Diagnostik

Zur Ermittlung der Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der Interventionsklinik sowie deren Auswirkungen auf das Befinden und die Arbeitszufriedenheit der dort Beschäftigten wurde im Frühjahr 2002 eine kennzahlenbasierte Mitarbeiterbefragung durchgeführt (ausführlich hierzu s. Kapitel 4). Auf der Basis eines neuen Erhebungsinstrumentes sollten Handlungsbedarfe in Bezug auf biopsychosoziale Aspekte identifiziert werden, anhand derer entsprechende Maßnahmen abgeleitet werden können.

Die Ergebnisse der Befragung wurden nach der Auswertung für jedes Krankenhaus in Abteilungsberichten zusammengefasst und zunächst den Führungskräften zur Verfügung gestellt. Zudem erfolgte eine Präsentation der wichtigsten Ergebnisse für alle Beschäftigten im Rahmen einer Mitarbeiterversammlung. Die Ergebnisse dienten darüber hinaus dem Arbeitskreis Gesundheit für die Planung der Intervention und wurden dort ausführlich diskutiert.

Für die Darstellung der Situation in der Interventionsklinik waren für den Arbeitskreis Gesundheit und die wissenschaftliche Begleitforschung verschiedene Perspektiven von Interesse: die Ausgangssituation der Interventionsklinik, die Position der Interventionsklinik im Vergleich zu den anderen befragten Kliniken sowie die Betrachtung einzelner Berufsgruppen, wobei man sich auf die beiden hauptsächlich vertretenden Berufsgruppen Ärzten und Pflege-

kräfte konzentrierte. Die Ergebnisse werden im Folgenden anhand ausgewählter Kennzahlen¹⁶ der Mitarbeiterbefragung vorgestellt. Die Darstellung der Kennzahlen erfolgte in Form von Schulnoten¹⁷.

6.4.1. Situation in der Interventionsklinik

Anhand der in Tabelle 23 dargestellten Kennzahlen in Form von Schulnoten gewann der Arbeitskreis Gesundheit einen schnellen Überblick, wie sich die Situation der Interventionsklinik für die einzelnen Merkmale darstellt, welche Bereiche von den Mitarbeitern als sehr gut und gut bewertet wurden bzw. wo Probleme vorhanden sind.

Demnach liegen die Einschätzung der Mitarbeiter zur *Organisation* sowohl was die Organisationsabläufe betrifft wie auch verschiedene Aspekte der Organisationskultur vorwiegend im knapp befriedigendem bis ausreichenden Bereich.

In Bezug auf die *Tätigkeit* wird auf Seiten der Ressourcen, der Tätigkeitsspielraum knapp gut bewertet und die Ausstattung mit Arbeitsmitteln als befriedigend eingeschätzt. Hingegen bestehen offenbar Defizite hinsichtlich der Gratifikation. Deutlich zu erkennen sind die hohen Belastungen, insbesondere in Bezug auf die Arbeitsintensität und die Alltagsanforderungen. Die persönliche Gesundheitsgefährdung wird mit einer Benotung von 2,8 als knapp gut eingeschätzt.

Die Einschätzungen zur Qualität der *Beziehungen* in der Interventionsklinik machten dem Arbeitskreis Gesundheit deutlich, dass in Bezug auf die Ressourcensituation Verbesserungspotenzial besteht. So wird die Unterstützung durch den Vorgesetzten und dessen Führungsverhalten lediglich als befriedigend erlebt, ebenso die Unterstützung durch die Kollegen. Problembereiche zeigen sich zudem im Zusammenhalt untereinander und im Bereich der Kommunikation. Die Belastungen durch Mobbing sind in der Klinik eher niedrig, wenngleich vorhanden, und es liegen offensichtlich deutliche Spannungen vor.

Die Auswirkungen der Arbeitssituation auf die *eigene Person* können sich im gesundheitlichen Befinden zeigen oder sich im Bereich der Einstellungen und Motivation bemerkbar machen. Im Fall der Interventionsklinik, schätzen die Mitarbeiter ihre körperliche Gesundheit und ihr Wohlbefinden knapp gut ein, das Burnout-Risiko fällt eher niedriger aus. Deutliche Defizite zeigen sich jedoch in Bezug auf die Arbeitszufriedenheit und die berufliche Voraus-

¹⁶ Die vollständigen Ergebnisse s. Anhang 1

¹⁷ Auf die Darstellungsweise in Form von Schulnoten s. Kapitel 4

gabungsneigung, die von beiden Berufsgruppen lediglich als knapp befriedigend eingeschätzt werden. Das Selbstwirksamkeitserleben schätzen die Mitarbeiter als gut bis befriedigend ein.

Tabelle 23: Ausgewählte Kennzahlen der Interventionsklinik aus dem Jahr 2002

Einschätzung: Organisation		
Abläufe	Ablauforganisation	4,2
	Informations- und Planungsdefizite	4,0
	interne Schnittstellen	3,6
Kultur	Betriebsklima (Vertrauensorganisation)	4,2
	Innovationsklima	3,6
Einschätzung: Tätigkeit		
Ressourcen	Tätigkeitsspielraum	2,7
	Arbeitsmittel	3,1
	Belohnung (Gratifikation)	3,7
Belastungen	persönliche Gesundheitsgefährdung	2,8
	Arbeitsintensität	4,4
	Alltagsanforderungen	4,3
Einschätzung: Beziehungen		
Ressourcen	soziale Unterstützung durch Vorgesetzten	3,1
	soziale Unterstützung durch Kollegen	3,0
	Gruppenkohäsion	3,3
	Führungsverhalten	3,5
	offene Kommunikation	3,5
Belastungen	Mobbing	1,9
	Spannungen	4,0
Einschätzung: eigene Person		
Gesundheit	körperliche Beschwerden	2,7
	Wohlbefinden	2,8
	Burnout	2,3
Einstellungen	Arbeitszufriedenheit	3,5
	berufliche Verausgabungsneigung (Overcommitment)	3,8
	Selbstwirksamkeit	2,5
Motivation	innere Kündigung	2,7
	affektives Commitment	3,6
grüner Bereich: 1,0 – 2,4 (als sehr gut bis gut) gelber Bereich: 2,5 – 3,4 (als gut befriedigend bis befriedigend) roter Bereich: 3,5 – 6,0 (als ausreichend befriedigend bis schlecht)		

Hinsichtlich der Motivation machen die Ergebnisse deutlich, dass sich bereits einige Mitarbeiter in die innere Kündigung zurückgezogen haben. Ebenso interessant war für den Arbeitskreis Gesundheit, dass die Bindung des Personals an das Krankenhaus eher gering ausfällt.

Zusammenfassend wurde seitens des Arbeitskreises Gesundheit festgestellt, dass die kennzahlenbasierten Ergebnisse der Interventionsklinik auf einen deutlichen Handlungsbedarf hinweisen. Es sind Defizite in annähernd allen befragten Bereichen zu erkennen, bei zugleich gering ausgeprägten Ressourcen. Die Auswirkungen auf die Mitarbeiter zeigen sich in verschiedenen Dimensionen und verdeutlichen die Relevanz gesundheitsförderlicher Maßnahmen in der Einrichtung.

6.4.2. Klinikvergleich anhand der Kennzahlen

Da für die Teilnehmer des Arbeitskreises Gesundheit weiterhin von Interesse war, ob die aufgezeigten Problembereiche typisch für das Krankenhaus allgemein sind oder ein spezifisches Problem der Interventionsklinik darstellen, wurden in einem weiteren Schritt die Ergebnisse der Interventionsklinik mit den Kennzahlen der anderen Abteilungen des Krankenhauses 1 sowie derselben Fachrichtung in den anderen befragten Krankenhäusern verglichen¹⁸.

Die Ergebnisse machten den Teilnehmern des Arbeitskreises Gesundheit deutlich, dass die Belastungssituation in allen befragten Krankenhäusern insgesamt eher hoch ausfällt, bei einer zugleich befriedigenden Ressourcensituation. In den befragten Kliniken bewegen sich die Noten vorwiegend im „befriedigenden“ bis „ausreichenden“ Bereich. Gute bis sehr gute Noten sind hingegen eher selten, was auf einen hohen Handlungsbedarf für diese Gesundheitseinrichtungen schließen lässt.

Hinsichtlich der Einschätzungen zu den einzelnen Kennzahlen ergab sich für den Arbeitskreis Gesundheit folgendes Bild:

Im Bereich der *Organisationsmerkmale* ist zu erkennen, dass in den Krankenhäusern Probleme sowohl hinsichtlich der Arbeitsabläufe wie auch der Unternehmenskultur bestehen. Das Betriebsklima in den Einrichtungen ist eher als schlecht zu bezeichnen und auch die Möglichkeit der Mitarbeiter, innovative Ideen einzubringen, stellt sich mit den Noten 3,6 und 3,7 lediglich als schwach befriedigend dar.

Die Belastungen, sei es aus der *Tätigkeit* oder den *sozialen Beziehungen*, werden von den Mitarbeitern in allen Einrichtungen als hoch eingeschätzt. Zu den vorrangigen Problemen

¹⁸ Zur Ermittlung statistisch bedeutsamer Unterschiede wurden die Daten mittels einer univariaten Varianzanalyse nach Scheffé getestet. Es wird empfohlen, A-posteriori-Vergleiche mit diesem Test durchzuführen, der ex-post alle möglichen Einzelvergleichshypothesen auf einem vorgegebenen α -Niveau prüft und der sich gegenüber Verletzungen von Voraussetzungen als relativ robust erwiesen hat (Bortz 2005).

Tabelle 24: Ausgewählte Kennzahlen der Interventionsklinik aus dem Jahr 2002 im Vergleich zu anderen Abteilungen in Krankenhaus 1 und zur selben Fachrichtung in anderen Krankenhäusern

absolute Werte pro Abteilung in „Schulnoten“				
		Interventionsklinik	andere Abteilungen in KH 1	selbe Fachrichtung in anderen KH
Einschätzung: Organisation				
Abläufe	Ablauforganisation	4,2	4,1	3,3***
	Informations- und Planungsdefizite	4,0	3,7*	3,1***
	interne Schnittstellen	3,6	3,4	2,9***
Kultur	Betriebsklima (Vertrauensorganisation)	4,2	4,0	4,1*
	Innovationsklima	3,6	3,6	3,7
Einschätzung: Tätigkeit				
Ressourcen	Tätigkeitsspielraum	2,7	2,5	2,4
	Arbeitsmittel	3,1	3,3	2,5***
	Belohnung (Gratifikation)	3,7	3,3	3,1**
Belastungen	persönliche Gesundheitsgefährdung	2,8	2,5***	2,2
	Arbeitsintensität	4,4	4,2	4,6
	Alltagsanforderungen	4,3	4,2	4,3
Einschätzung: Beziehungen				
Ressourcen	soziale Unterstützung durch Vorgesetzten	3,1	2,9	3,4
	soziale Unterstützung durch Kollegen	3,0	2,5***	2,0***
	Gruppenkohäsion	3,3	2,9***	2,4***
	Führungsverhalten	3,5	3,4	3,7*
	offene Kommunikation	3,5	3,1**	2,9**
Belastungen	Mobbing	1,9	1,6***	1,7*
	Spannungen	4,0	4,1	2,8
Einschätzung: eigene Person				
Gesundheit	körperliche Beschwerden	2,7	2,4**	2,7
	Wohlbefinden	2,8	2,8	2,8
	Burnout	2,3	2,1*	1,8*
Einstellungen	Arbeitszufriedenheit	3,5	3,2**	2,7***
	berufliche Verausgabungsneigung (Overcommitment)	3,8	3,2***	3,6
	Selbstwirksamkeit	2,5	2,6	2,6
Motivation	innere Kündigung	2,7	2,5	2,0***
	Affektives Commitment	3,6	3,7	3,1**
Dargestellt ist, inwieweit sich die Situation der Interventionsklinik signifikant von der anderen Abteilungen im KH 1, bzw. derselben Fachrichtung in anderen Krankenhäusern unterscheidet.				
* Die Korrelation ist auf einem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant				
** Die Korrelation ist auf einem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant				
*** Die Korrelation ist auf einem Niveau von 0,001 (2-seitig) signifikant				
grüner Bereich: 1,0 – 2,4 (als sehr gut bis gut)				
gelber Bereich: 2,5 – 3,4 (als gut befriedigend bis befriedigend)				
roter Bereich: 3,5 – 6,0 (als ausreichend befriedigend bis schlecht)				

zählen die hohe Arbeitsintensität und die Alltagsanforderungen, aber auch die Spannungen zwischen den Beschäftigten.

Demgegenüber werden verschiedene Ressourcen wie die Ausstattung mit Arbeitsmitteln, die Wertschätzung in Form von Anerkennung, Geld oder beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten (Belohnung) sowie das Führungsverhalten und die Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen von den Mitarbeitern überwiegend als befriedigend eingeschätzt.

Die Auswirkungen der Arbeitssituation auf die *eigene Person* in Bezug auf deren Gesundheit und Wohlbefinden, aber auch hinsichtlich der Einstellung der Mitarbeiter zur Arbeit, und die Motivation liegen in den Kliniken im knapp guten bis befriedigenden Bereich.

Anhand des Vergleichs der einzelnen Kliniken wurde deutlich, dass in allen befragten Einrichtungen ein Handlungsbedarf besteht. Gleichwohl war zu erkennen, dass trotz ähnlich hoher Gesamtbelastungen infolge der Reformen die Bewertungen der Mitarbeiter sowohl aus der anderen Abteilung im selben Krankenhaus, vor allem aber auch derselben Fachrichtung in einem anderen Krankenhaus vielfach besser ausfallen.

Zu erkennen ist dies unter anderem an der Anzahl an Bereichen, die als kritisch erachtet werden, sowie am „Notendurchschnitt“. Geht man davon aus, dass „Schulnoten“ von 3,5 und schlechter einen erhöhten Bedarf signalisieren, so lag dieser in der Interventionsklinik für 15 Kennzahlen vor, in der anderen Abteilung desselben Krankenhauses für 8 Kennzahlen und in derselben Fachrichtung einer anderen Einrichtung für 6 Kennzahlen. Der Notendurchschnitt in der Interventionsklinik lag bei 3,3, in der anderen Fachabteilung im selben Krankenhaus bei 3,1 und in derselben Fachrichtung im anderen Krankenhaus bei 2,9.

Teilweise zeigten sich signifikante Unterschiede: Bei den Einschätzungen der Mitarbeiter zu verschiedenen Merkmalen der *Organisation* zeigen sich hochsignifikante Unterschiede zwischen der Interventionsklinik und derselben Fachrichtung des anderen Krankenhauses bei den Organisationsabläufen in Bezug auf die Ablauforganisation ($p = .000$), Informations- und Planungsdefizite und die hausinternen Schnittstellen ($p = .000$). In Bezug auf Merkmale der Organisationskultur finden sich signifikante Unterschiede beim Betriebsklima ($p = .013$). Beim Vergleich mit der anderen Abteilung im selben Krankenhaus gab es in Bezug auf Informations- und Planungsdefizite einen signifikanten Unterschied ($p = .017$).

Hinsichtlich der Einschätzungen zur *Tätigkeit* werden bei den Ressourcen die Arbeitsmittel von den Mitarbeitern derselben Fachrichtung des anderen Krankenhauses hochsignifikant ($p = .001$) und die Belohnung signifikant ($p = .003$) besser bewertet. In Bezug auf die Belastungen finden sich hochsignifikante Unterschiede im Bereich der persönlichen Gesundheitsgefährdung im Vergleich zur anderen Fachrichtung desselben Krankenhauses ($p = .000$), was möglicherweise auf die Verschiedenheit der Belastungen der unterschiedlichen Fachbereiche zurückzuführen ist.

Auffallend sind die deutlichen Unterschiede zwischen der Interventionsklinik und den anderen Einrichtungen in Bezug auf die sozialen *Beziehungen*. Die Ressourcen in der Interventionsklinik gegenüber beiden anderen Kliniken hinsichtlich der sozialen Unterstützung unter den Kollegen sind hochsignifikant schlechter ($p = .000$) und auch der Zusammenhalt fällt in Relation zur anderen Fachrichtung im selben Krankenhaus ($p = .001$) sowie derselben Fachrichtung in der anderen Klinik ($p = .000$) hochsignifikant schlechter aus. Ebenso ist das Führungsverhalten in der Interventionsklinik im Vergleich zur selben Fachrichtung des anderen Krankenhauses schlechter ($p = .043$). Defizite finden sich zudem im Kommunikationsverhalten, welches auf einem Signifikanzniveau von ($p = .004$) in der anderen Fachrichtung desselben Krankenhauses und ($p = .010$) in derselben Fachrichtung der anderen Klinik schlechter bewertet wird. Betrachtet man sich die Belastungssituation, so zeigt sich, dass das Problem Mobbing in der Interventionsklinik deutlich höher liegt. Der Unterschied ist hochsignifikant ($p = .000$) gegenüber der anderen Fachrichtung desselben Krankenhauses und signifikant ($p = .032$) gegenüber derselben Fachrichtung des anderen Krankenhauses.

Die Einschätzungen zur *eigenen Person* zeigen, dass die körperliche Gesundheit in der anderen Fachrichtungen derselben Klinik signifikant besser ausfällt ($p = .010$) und weniger Mitarbeiter unter Burnout leiden. Statistisch bedeutsame Unterschiede zeigen sich gegenüber beiden anderen Kliniken im Bereich der emotionalen Erschöpfung (andere Abteilung in KH 1: $p = .015$; selbe Fachrichtung im anderen Krankenhaus: $p = .014$) und die Mitarbeiter sind im Vergleich zur selben Fachrichtung des anderen Krankenhauses deutlich zynischer ($p = .001$).

Hinsichtlich der Einstellungen zur Arbeit wird deutlich, dass die Arbeitszufriedenheit in der Interventionsklinik (hoch-)signifikant schlechter ausfällt: Im Vergleich zur anderen Fachrichtung desselben Krankenhauses ergibt sich ein signifikanter Unterschied ($p = .002$) und zur selben Fachrichtung des anderen Krankenhauses ein hochsignifikanter Unterschied ($p = .000$). Die Ergebnisse zeigen zudem, dass die Krankenhausmitarbeiter dazu neigen, sich beruflich zu verausgaben. Im Vergleich zur anderen Fachrichtungen des Krankenhauses 1 ist die Tendenz

bei den Beschäftigten der Interventionsklinik hochsignifikant ($p = .000$) stärker. Bezüglich der Motivation zeigen sich hochsignifikante Unterschiede zur selben Fachrichtung des anderen Krankenhauses ($p = .000$). Die Bindung an das Krankenhaus fällt in allen Einrichtungen befriedigend aus, jedoch signifikant ($p = .002$) schlechter in der Interventionsklinik in Relation zur selben Fachrichtung im anderen Krankenhaus.

6.4.3. Berufsgruppenvergleich anhand der Kennzahlen

Obwohl die Kennzahlen dem Arbeitskreis Gesundheit eine erste Orientierung gaben, welche Problembereiche in der Interventionsklinik vorhanden sind, wurde die Beschränkung auf Ergebnisse, die sich ausschließlich auf die Interventionsklinik beziehen, vom Arbeitskreis Gesundheit als nicht ausreichend erachtet, um die vorhandenen Probleme gezielt angehen zu können. Grundsätzlich wäre z.B. auch eine Differenzierung hinsichtlich der verschiedenen Stationen bzw. Abteilungen möglich gewesen.

Der Arbeitskreis Gesundheit wählte den Vergleich der verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus. Der Fokus wurde dabei auf Ärzte und Pflegekräfte gelegt, da diese die größten Berufsgruppen darstellen. Da beide Berufsgruppen unterschiedlichen Belastungen ausgesetzt sind und über andere Ressourcen verfügen, war es Anliegen des Arbeitskreises, anhand der Kennzahlen festzustellen, ob Ärzte und Pflegekräfte der Interventionsklinik ihre Situation gleich bzw. unterschiedlich einschätzen und welchen spezifischen Belastungen die Mitarbeiter ausgesetzt sind bzw. über welche Ressourcen sie verfügen. Tabelle 25 gibt einen ersten Überblick über die Arbeitssituation der Berufsgruppen.

Demnach schätzten beide Berufsgruppen die Situation in der Interventionsklinik sehr ähnlich ein, wobei die Ärzte tendenziell eine schlechtere Bewertung abgaben als die Pflegekräfte. Geht man auch hier davon aus, dass „Schulnoten“ von 3,5 und schlechter einen erhöhten Bedarf signalisieren, so traf dies bei den Ärzten auf 18 Kennzahlen zu und bei der Pflege auf 13.

Der „Notendurchschnitt“ fiel bei der Pflege mit 3,3 insgesamt etwas besser aus als bei den Ärzten mit 3,5. Die Ergebnisse machen deutlich, dass vor allem bei den Ärzten hohe Belastungen bestehen, die sich vor allem negativ auf die Arbeitszufriedenheit, die innere Kündigung und die Bindung an das Unternehmen auswirken.

Betrachtet man die Kennzahlen im Einzelnen, so zeigen sich folgende teilweise signifikanten Unterschiede.

Tabelle 25: Ausgewählte Kennzahlen im Berufsgruppenvergleich aus dem Jahr 2002

absolute Werte pro Abteilung in „Schulnoten“			
		Ärzte	Pflege
Einschätzung: Organisation			
Abläufe	Ablauforganisation	4,0	4,3
	Informations- und Planungsdefizite	4,0	4,1
	interne Schnittstellen	3,9	3,6
Kultur	Betriebsklima (Vertrauensorganisation)	4,9	4,0**
	Innovationsklima	4,0	3,5
Einschätzung: Tätigkeit			
Ressourcen	Tätigkeitsspielraum	2,7	2,8
	Arbeitsmittel	3,6	3,1*
	Belohnung	3,7	3,6
Belastungen	persönliche Gesundheitsgefährdung	2,5	3,1*
	Arbeitsintensität	4,8	4,4
	Alltagsanforderungen	4,3	4,3
Einschätzung: Beziehungen			
Ressourcen	soziale Unterstützung d. Vorgesetzten	3,7	3,0*
	soziale Unterstützung d. Kollegen	3,7	2,8***
	Gruppenkohäsion	3,8	3,2
	Führungsverhalten	3,3	3,5
	Offene Kommunikation	3,8	3,4
Belastungen	Mobbing	2,2	1,9
	Spannungen	3,8	4,0
Einschätzung: eigene Person			
Gesundheit	körperliche Beschwerden	2,6	2,9
	Wohlbefinden	2,9	2,8
	Burnout	2,6	2,2
Einstellungen	Arbeitszufriedenheit	4,1	3,4**
	berufliche Verausgabungsneigung (Overcommitment)	4,4	3,7
	Selbstwirksamkeit	2,6	2,6
Motivation	innere Kündigung	3,2	2,6
	affektives Commitment	4,2	3,5
Dargestellt ist, inwieweit sich die Situation der Interventionsklinik signifikant von der anderen Abteilungen im KH 1, bzw. derselben Fachrichtung in anderen Krankenhäusern unterscheidet.			
* Die Korrelation ist auf einem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant			
** Die Korrelation ist auf einem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant			
*** Die Korrelation ist auf einem Niveau von 0,001 (2-seitig) signifikant			
grüner Bereich: 1,0 – 2,4 (als sehr gut bis gut)			
gelber Bereich: 2,5 – 3,4 (als gut befriedigend bis befriedigend)			
roter Bereich: 3,5 – 6,0 (als ausreichend befriedigend bis schlecht)			

Die Beurteilung der *Organisation* wird insgesamt sehr kritisch bewertet. Hinsichtlich der Abläufe gibt es leichte Unterschiede. Auch die Organisationskultur wird von beiden Berufsgruppen

pen nur als ausreichend angesehen, wobei die Bewertung des Betriebsklima bei den Ärzten signifikant schlechter ausfällt ($p = .004$).

In Bezug auf die Einschätzungen von Belastungen und Ressourcen aus der *Tätigkeit*, kommen beide Berufsgruppen zu sehr ähnlichen Einschätzungen. Die Ressourcensituation wird insgesamt als befriedigend erlebt. Unterschiede gibt es in der Beurteilung der Arbeitsmittel, die bei den Pflegekräften signifikant besser ausfällt ($p = .033$). Hingegen liegt die persönliche Gesundheitsgefährdung bei den Ärzten signifikant niedriger ($p = .031$).

Die *Beziehungen* in der Interventionsklinik werden von beiden Berufsgruppen vorwiegend als befriedigend bewertet. In Bezug auf die Ressourcen wird von den Pflegekräften die soziale Unterstützung signifikant besser durch den Vorgesetzten ($p = .049$) und hochsignifikant durch die Kollegen ($p = .000$) eingeschätzt.

Bei den Einschätzungen zur *eigenen Person* zeigt sich, dass die Bewertungen von Gesundheit und Wohlbefinden bei beiden Berufsgruppen im knapp guten bis befriedigenden Bereich liegen und ohne signifikante Unterschiede sind. Hinsichtlich den Einstellungen zur Arbeit gibt es einen signifikanten Unterschied in Bezug auf die Arbeitszufriedenheit, die bei der Pflege signifikant besser ausfällt als bei den Ärzten ($p = .009$).

Um ein genaueres Bild zu erhalten, was genau die Mitarbeiter belastet bzw. über welche Ressourcen sie verfügen, wurde anhand der einzelnen Items aus der deskriptiven Statistik die Belastungs-, bzw. Ressourcensituation von Ärzten und Pflege detailliert dargestellt¹⁹.

6.4.4. Deskriptiver Berufsgruppenvergleich

Wie in Kapitel 3.4 dargestellt, können aus einer Organisation verschiedene Belastungen entstehen. Ebenso verfügen die Mitarbeiter über unterschiedliche Ressourcen, um diesen Belastungen entgegenzuwirken. Auch in der Interventionsklinik kommt den Organisationsmerkmalen insofern eine große Bedeutung zu, als sie einerseits in besonderem Maß Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter nehmen und andererseits wesentlich durch die Führung beeinfluss- und veränderbar sind.

¹⁹ Aus Gründen der Vergleichbarkeit, wurden bei der Darstellung der Grafiken dieselben Skalierungen der Achsen gewählt.

Bei der folgenden Darstellung der deskriptiven Ergebnisse wurde danach vorgegangen, wie die Bewertung einer Kennzahl insgesamt ausfällt, wie sie von den beiden Berufsgruppen eingeschätzt wird und wo Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede zu erkennen sind.

▪ Einschätzungen zur Organisation

Abläufe

Ablauforganisation

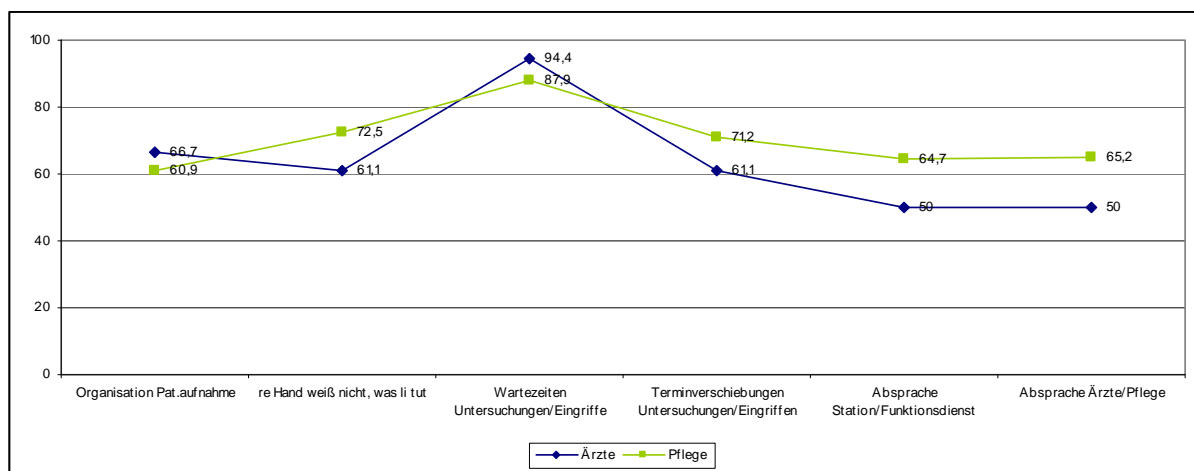


Abbildung 18: Ablauforganisation (zusammengefasste Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu in %)

Die in Abbildung 18 dargestellten Einschätzungen der Mitarbeiter zur Ablauforganisation verdeutlichen die Probleme der Interventionsklinik in diesem Bereich: Über die Hälfte der Beschäftigten sieht hier Defizite in verschiedenen Bereichen. Am häufigsten wird beklagt, dass Wartezeiten bei Untersuchungen entstehen, Probleme treten aber auch in Bezug auf Absprachen zwischen den Mitarbeitern bzw. zwischen Station und Funktionsbereichen auf.

Beide Berufsgruppen kommen dabei zu sehr ähnlichen Beurteilungen, wobei die Pflegekräfte tendenziell schlechtere Bewertungen abgaben. Lediglich organisatorische Probleme bei der Patientenaufnahme und Wartezeiten bei Untersuchungen bzw. Eingriffen werden häufiger von den Ärzten beklagt.

Informations- und Planungsdefizite

Für einen reibungslosen Arbeitsablauf sind ausreichende Informationen, klare Zuständigkeiten und eine gute Arbeitsplanung eine wichtige Voraussetzung. Die Frage nach Informations- und Planungsdefiziten zeigt (vgl. Abbildung 19), dass auch hier Defizite vorhanden sind. Be-

eintrüchtigungen entstehen vor allem durch Planungsmängel aus anderen Bereichen und unklare Zuständigkeiten bzw. Anforderungen.

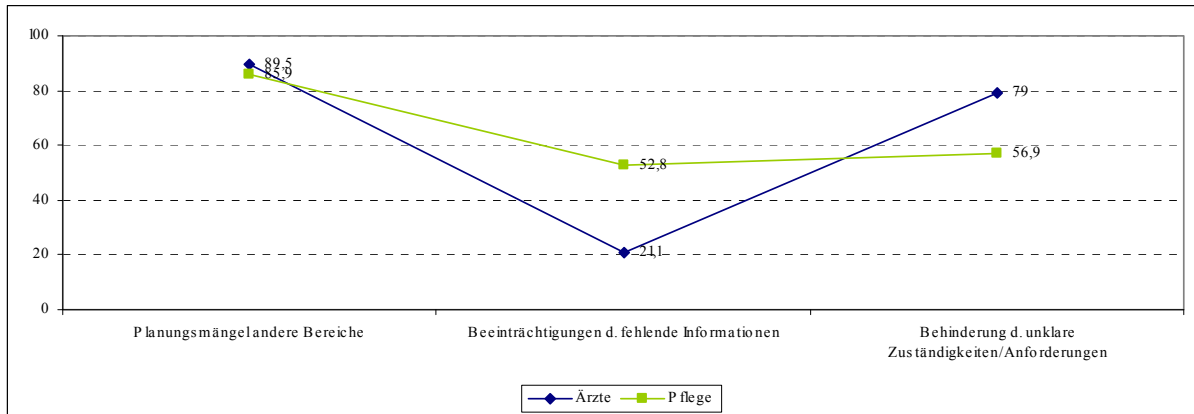


Abbildung 19: Informations- und Planungsdefizite (zusammengefasste Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu in %)

Im Vergleich der Berufsgruppen ist zu erkennen, dass beide die Planungsmängel aus anderen Bereichen gleichermaßen schlecht bewerten, die Arbeit von Pflegekräften jedoch deutlich stärker durch fehlende Informationen beeinträchtigt wird, während sich die Ärzte eher durch unklare Zuständigkeiten und Anforderungen behindert fühlen.

Interne Schnittstellen

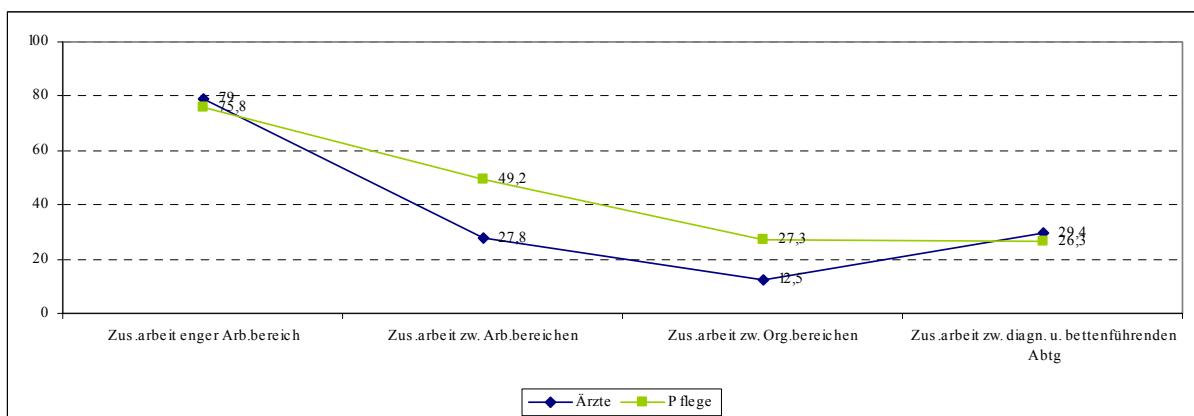


Abbildung 20: interne Schnittstellen (zusammengefasste Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu in %)

Zu den wesentlichen Voraussetzungen für eine gute Behandlungsqualität im Krankenhaus zählt die möglichst optimale Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen am Behandlungsprozess beteiligten Abteilungen und Berufsgruppen. In der Interventionsklinik wird, wie Abbildung 20 aufzeigt, die Zusammenarbeit lediglich in Bezug auf den engeren Arbeitsbereich

positiv bewertet, hingegen bestätigen mehr als die Hälfte der Mitarbeiter Schnittstellenprobleme zwischen den Arbeits- und Organisationsbereichen sowie verschiedenen Abteilungen.

Im Vergleich zwischen Ärzten und Pflegekräften ist zu erkennen, dass die Pflegekräfte die Schnittstellensituation etwas besser einschätzen, als die Ärzte.

▪ Kultur

Betriebsklima

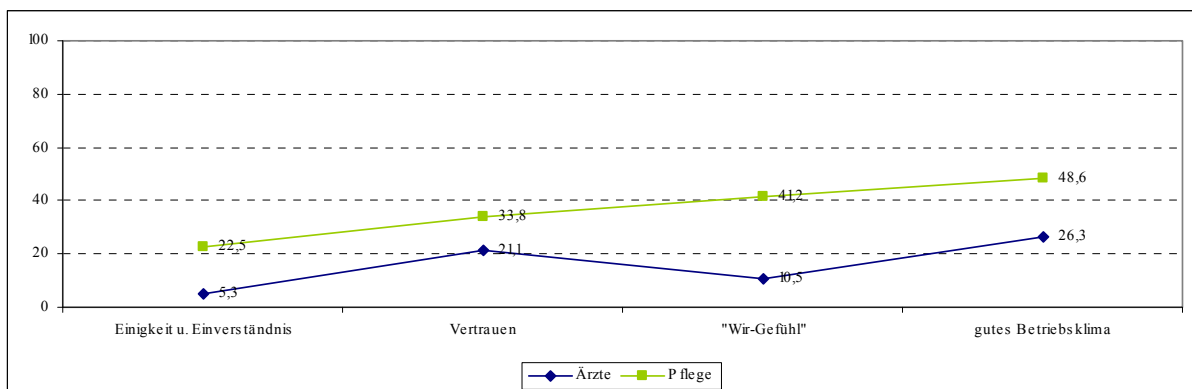


Abbildung 21: Betriebsklima (zusammengefasste Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu in %)

Eine wichtige Rolle in Unternehmen spielt das Betriebsklima. Es gibt Anhaltspunkte zur Vertrauenskultur einer Einrichtung, zu deren gemeinsamen Werten und dem Umgang untereinander. Die durchweg niedrigen Befragungswerte in der Interventionsklinik bezüglich des Betriebsklimas zeigen (vgl. Abbildung 21), dass dieses in dieser Einrichtung eher als problematisch zu bewerten ist. Am kritischsten wird von den Beschäftigten die Frage nach Einigkeit und Einverständnis gesehen, aber auch die Beziehungen untereinander gestalten sich offenbar als wenig vertrauensvoll und nur wenige Mitarbeiter empfinden ein „Wir-Gefühl“.

Im Vergleich der Berufsgruppen fällt die schlechte Bewertung der Ärzte auf, was auf deutliche Probleme dieser Berufsgruppe in Bezug auf die sozialen Beziehungen in der Klinik schließen lässt.

Innovationsklima

Von Bedeutung zur Verbesserung oder Sicherung seiner Wettbewerbsfähigkeit ist für jedes Unternehmen das Innovationsklima. Dies betrifft vor allem innovative Ideen zur Verbesse-

rung von Produkten und Prozessen, kann sich aber auch auf den Umgang mit innovativen Ideen zur Förderung der Gesundheit der Mitarbeiter im Haus beziehen.

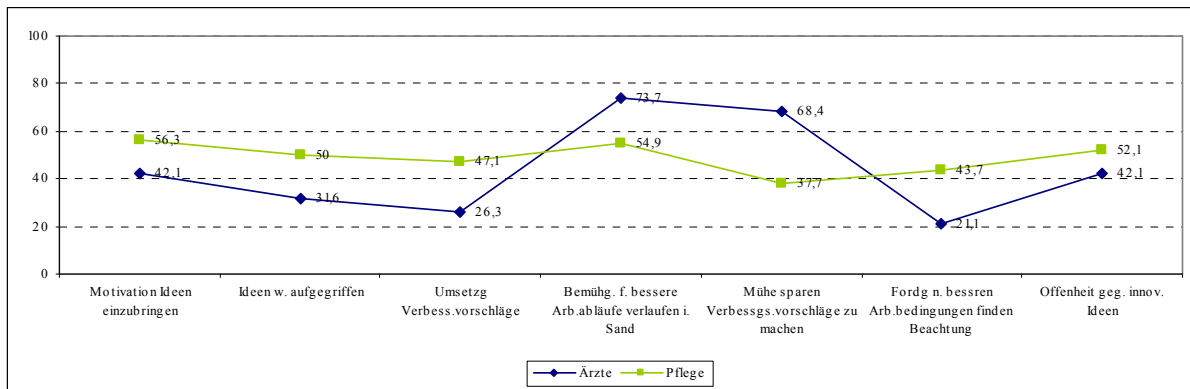


Abbildung 22: Innovationsklima (zusammengefasste Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu in %)

Abbildung 22 lässt erkennen, dass nach Einschätzungen der Mitarbeiter in der Interventionsklinik kein besonders gutes Klima für Innovationen besteht: Weder fühlen sich die Mitarbeiter motiviert, Ideen einzubringen, noch empfinden sie eine Offenheit gegenüber Verbesserungsvorschlägen. Die Erfahrungen in diesem Bereich sind offenbar eher negativ, denn weniger als die Hälfte der Ärzte und Pflegekräfte kann der Aussage zustimmen, dass Ideen und Verbesserungsvorschläge beachtet, aufgegriffen oder umgesetzt werden. Viele Mitarbeiter kommen zu dem Schluss, dass man sich entsprechende Bemühungen sparen kann.

Schlechte Bewertungen finden sich insbesondere bei den Ärzten, die bei allen Fragen eine deutlich kritischere Einschätzung abgaben als die Pflegekräfte.

▪ **Einschätzung zur Tätigkeit**

Wie in Kapitel 3.4.2 dargestellt, steht die Arbeitstätigkeit in engem Zusammenhang mit Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten, da aus ihr sowohl Belastungen wie auch Ressourcen resultieren können.

In Bezug auf die Ressourcensituation in der Interventionsklinik kamen die Mitarbeiter zu folgenden Einschätzungen:

Ressourcen

Tätigkeitsspielraum

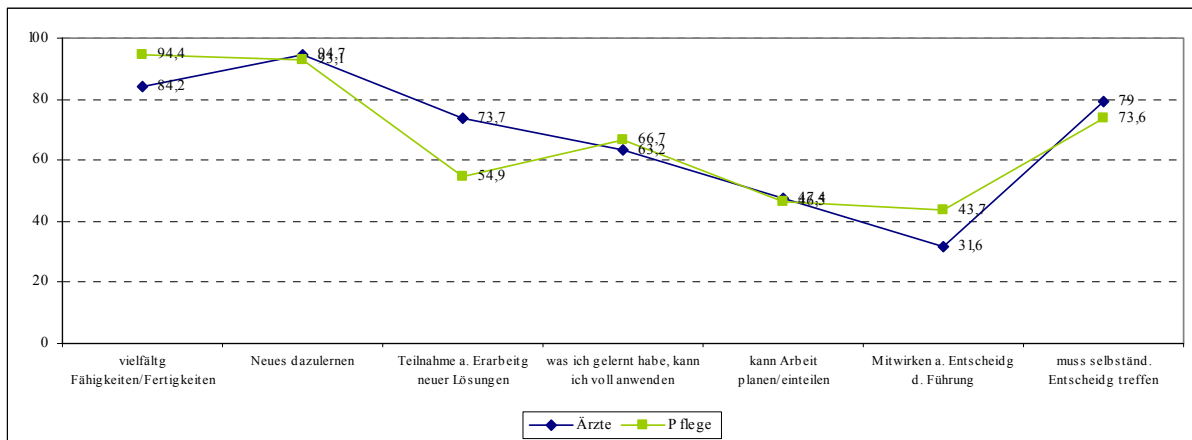


Abbildung 23: Tätigkeitsspielraum (zusammengefasste Antwortkategorien: trifft ziemlich zu, trifft zu in %)

Die Beurteilung der Tätigkeit fällt, wie Abbildung 23 abbildet, insgesamt eher positiv aus: Hinsichtlich der *Tätigkeitsvielfalt* bestätigen über 80 % der Mitarbeiter, dass sie bei ihrer Arbeit die Möglichkeit haben, ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten einzusetzen, und dass auch immer wieder Neues dazukommt.

Ähnlich hoch fallen die Einschätzungen in Bezug auf den *Entscheidungsspielraum* aus, mehr als 70 % der Ärzte und Pflegekräfte bezeichnen es als zutreffend, dass sie bei ihrer Arbeit selbständige Entscheidungen treffen. Etwas niedriger wird der *Gestaltungsspielraum* bewertet, also die Möglichkeit der Mitarbeiter, an der Erarbeitung neuer Lösungen teilzunehmen. Defizite zeigen sich in Bezug auf die *Handlungsspielräume*. Hier stimmt weniger als die Hälfte der Ärzte und Pflegekräfte der Aussage zu, dass sie ihre Arbeit selbständig organisieren können. Am kritischsten werden von den Mitarbeitern die Möglichkeiten zur *Partizipation* gesehen, insbesondere wenn es um Entscheidungen der Führungskraft geht.

Beide Berufsgruppen kommen dabei zu sehr ähnlichen Einschätzungen. Abweichungen ergeben sich in Bezug auf den Gestaltungsspielraum – hier kommen die Ärzte zu einer positiveren Einschätzung, was die Teilnahme an der Erarbeitung neuer Lösungen betrifft. Hingegen bewertet die Pflege ihre Möglichkeiten etwas besser, an Entscheidungen ihrer Führungskraft mitzuwirken.

Arbeitsmittel

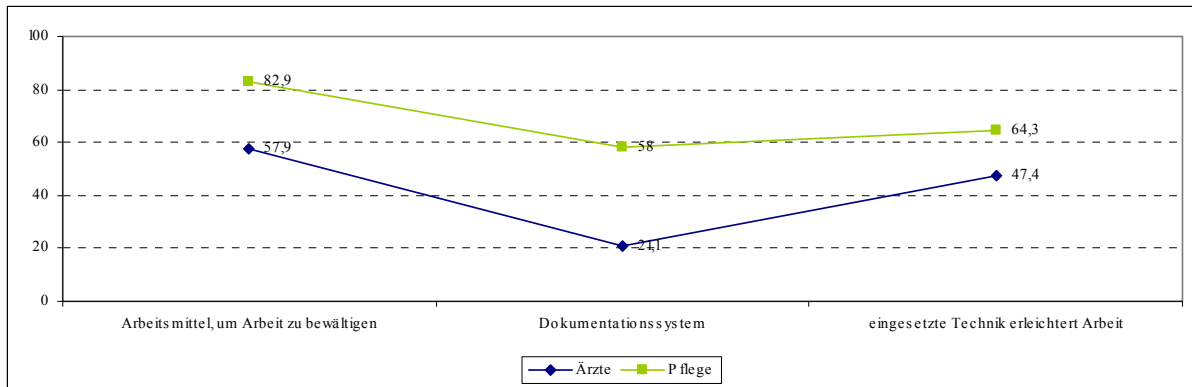


Abbildung 24: Arbeitsmittel (zusammengefasste Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu in %)

Die Ausstattung mit Arbeitsmitteln wird je nach befragtem Gegenstand unterschiedlich bewertet (vgl. Abbildung 24): Am höchsten ist die Zufriedenheit in Bezug auf die vorhandenen Arbeitsmittel und am niedrigsten in Bezug auf das Dokumentations- und Informationssystem. Auffallend ist die durchweg deutlich kritischere Beurteilung der Ärzte, insbesondere was das Dokumentations- und Informationssystem anbelangt.

Gratifikation

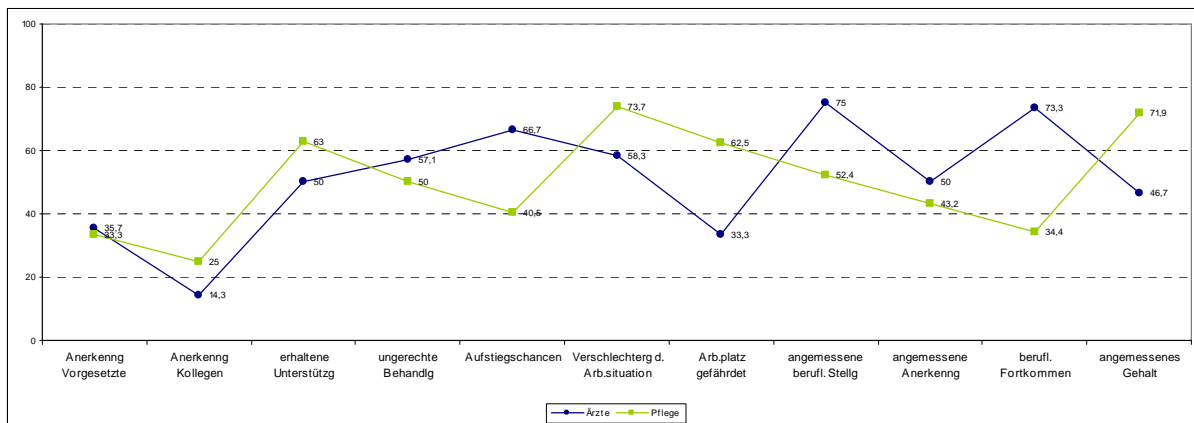


Abbildung 25: Gratifikation (Antwortkategorie: ja)

Hinsichtlich der Gratifikation ist zu erkennen, dass diese größtenteils eher schlecht bewertet wird, sei es in Form von Anerkennung, Aufstiegs- oder Weiterentwicklungsmöglichkeiten oder finanzieller Aspekte (vgl. Abbildung 25). Deutlich wird ebenfalls, dass hier teilweise deutliche Unterschiede zwischen Ärzten und Pflegekräften bestehen:

Unzufriedenheit bezüglich der *finanzielle Entlohnung* besteht vor allem bei den Ärzten. Obwohl Pflegekräfte bekanntlich wenig verdienen, sind in der Interventionsklinik dennoch knapp über 70 % mit ihrem Gehalt zufrieden.

Die *allgemeine Wertschätzung* (Anerkennung) halten die Hälfte der Ärzte bzw. etwas weniger als die Hälfte der Pflege für angemessen. Ein Problem stellt für beide Berufsgruppen die geringe Anerkennung durch den Vorgesetzten und insbesondere die Kollegen dar.

Im Bereich der *beruflichen Statuskontrolle* werden die allgemeinen Aufstiegschancen von den Pflegekräften als schlechter eingeschätzt bzw. sehen die Ärzte bessere Möglichkeiten. Drei-Viertel der Ärzte und knapp die Hälfte der Pflegekräfte bewerten ihre derzeitige Beschäftigung in Bezug auf ihre Ausbildung als angemessen.

Hinsichtlich der *Arbeitsplatzsicherheit* befürchten vor allem die Pflegekräfte, dass diese gefährdet ist. Beide Berufsgruppen, vor allem aber die Pflege, nehmen an, dass sich ihre Arbeitssituation verschlechtern wird.

Fort- und Weiterbildung

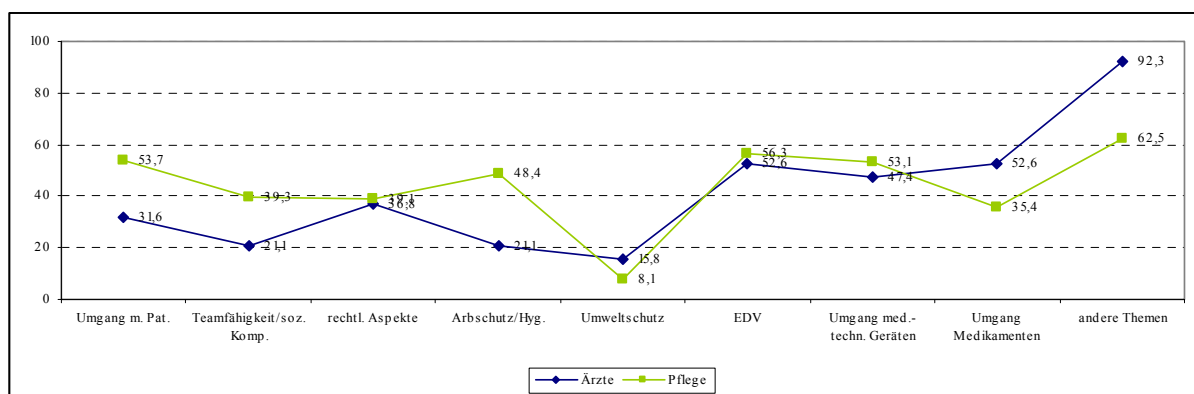


Abbildung 26: Fort- und Weiterbildung (Antworten: ja, einmal, zwei - dreimal, häufiger in %)

Der thematische Überblick an Fortbildungsmöglichkeiten in der Interventionsklinik zeigt, dass zahlreiche Fortbildungen angeboten werden, wobei diese offenbar vor allem zu Themen außerhalb der hier erfragten Inhalte erfolgen (vgl. Abbildung 26).

Zu erkennen ist, dass die Pflege tendenziell mehr an Fortbildungen teilnimmt als die Ärzte. Am häufigsten werden Fortbildungen zu den Themen „EDV“ sowie dem Umgang mit medizinisch-technischen Geräten besucht. Im Pflegebereich finden Veranstaltungen über den Umgang mit Patienten, zum Thema Arbeitsschutz und Krankenhaushygiene sowie zu Aspekten der Teamfähigkeit und der sozialen Kompetenz statt. Bei den Ärzten spielt eher der Umgang

mit Medikamenten eine Rolle, hingegen hat das Fortbildungsthema „Teamfähigkeit/soziale Kompetenz“ einen deutlich geringeren Stellenwert.

Belastungen

Hinsichtlich der Belastungssituation in der Interventionsklinik, zeigte sich folgendes Bild:

Persönliche Gesundheitsgefährdung

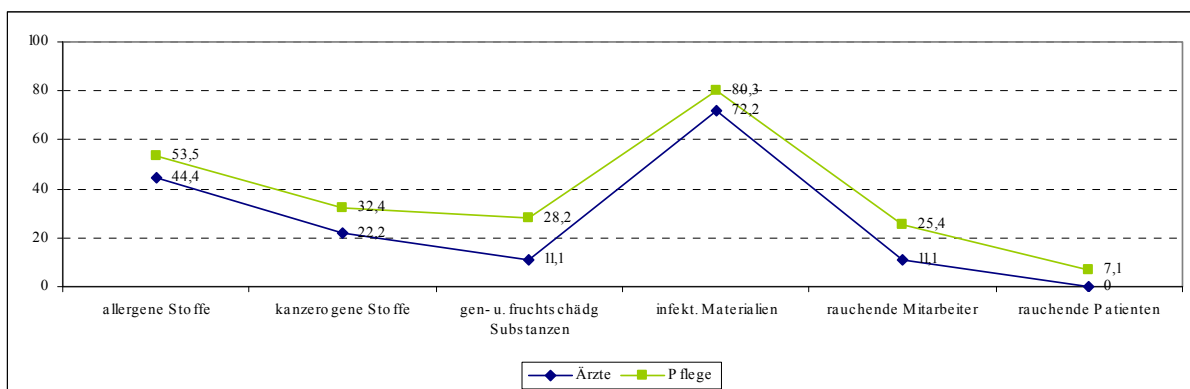


Abbildung 27: persönliche Gesundheitsgefährdung (zusammengefasste Antwortkategorien: eher hoch, sehr hoch in %)

In Abbildung 27 ist zu erkennen, dass der Umgang mit gesundheitsgefährdenden Stoffen und Substanzen in dieser Klinik nach wie vor ein Thema darstellt. Im Vordergrund steht der Kontakt mit infektiösem Material, aber auch mit allergenen Stoffen. Obwohl Belastungen durch kanzerogene Stoffe sowie gen- und fruchtschädigende Substanzen in der Bewertung eher niedrig ausfallen, ist dennoch aus Sicht des präventiven Gesundheitsschutzes eine Minimierung anzustreben. Durch die zunehmenden Rauchverbote in öffentlichen Gebäuden und insbesondere auch durch die Initiative „Rauchfreie Krankenhäuser“ wird dem Thema Nichtraucherschutz begegnet. Die persönliche Gesundheitsgefährdung in Bezug auf die einzelnen Expositionen wird von beiden Berufsgruppen sehr ähnlich eingeschätzt, wobei das Pflegepersonal in allen Bereichen höhere Belastungen angibt.

Arbeitsintensität

Die in Abbildung 28 dargestellten Ergebnisse zum Bereich Arbeitsintensität zeigen, dass diese bei beiden Berufsgruppen insgesamt sehr hoch ausfällt.

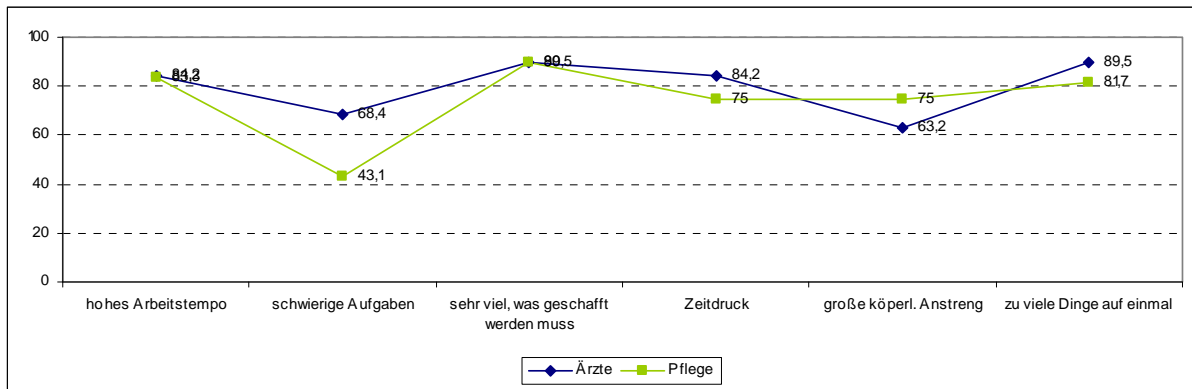


Abbildung 28: Arbeitsintensität (zusammengefasste Antwortkategorien: trifft ziemlich zu, trifft zu in %)

Dies betrifft vor allem quantitative Belastungen wie ein hohes Arbeitstempo, die Menge an Arbeit bei zugleich wenig zur Verfügung stehender Zeit und die Vielzahl an Dingen, die auf einmal erledigt werden müssen. In der Konsequenz geraten viele Mitarbeiter unter Zeitdruck.

Das Antwortverhalten fällt in beiden Berufsgruppen sehr ähnlich aus, mit etwas höheren Belastungswerten bei den Ärzten. Deutliche Unterschiede finden sich bei den qualitativen Belastungen: Hier sind die Ärzte mehr mit der Lösung schwieriger Aufgaben konfrontiert, während bei der Pflege erwartungsgemäß etwas stärker die körperlichen Anstrengungen im Vordergrund stehen.

Alltagsbelastungen

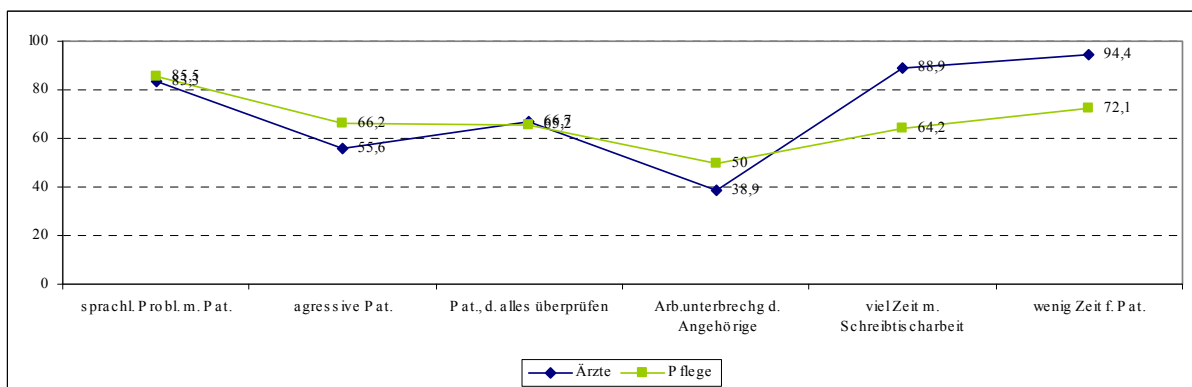


Abbildung 29: Alltagsbelastung (zusammengefasste Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu in %)

Die Alltagsbelastungen (vgl. Abbildung 29) fallen in der Interventionsklinik eher hoch aus. In fast allen Kategorien liegt der Anteil an Mitarbeitern, die durch Alltagssituationen belastet werden, bei über 50 %. Es dominieren Verständigungsprobleme mit den Patienten und die

geringe Zeit für die Patienten, aber auch der hohe Umfang an patientenfernen Tätigkeiten (Schreibtischarbeit).

Da das Pflegepersonal in engerem Kontakt mit den Patienten und den Angehörigen steht, fallen die Belastungswerte hier tendenziell etwas höher aus, hingegen bleibt ihnen auch etwas mehr Zeit, um auf Patienten eingehen zu können, als dies bei den Ärzten der Fall ist. Der Umfang an Schreibtischarbeit zulasten der Zeit für den Patienten stellt hingegen bei den Ärzten ein größeres Problem dar.

▪ Einschätzung zu Beziehungen

Die Qualität sozialer Beziehungen stellt ein wesentlicher Einflussfaktor auf Gesundheit und Wohlbefinden der Mitarbeiter eines Unternehmens dar. Während eine positive Unterstützung durch Kollegen, insbesondere auch der Führungskraft dazu beitragen kann, Belastungen am Arbeitsplatz abzufedern (s. S. 64) und damit eine wesentliche Ressource ist, können die Beziehungen auch zur Belastung werden und z.B. zum Mobbing führen (s. S. 73).

Die Situation in der Interventionsklinik zeigte sich wie folgt:

Ressourcen

Soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten

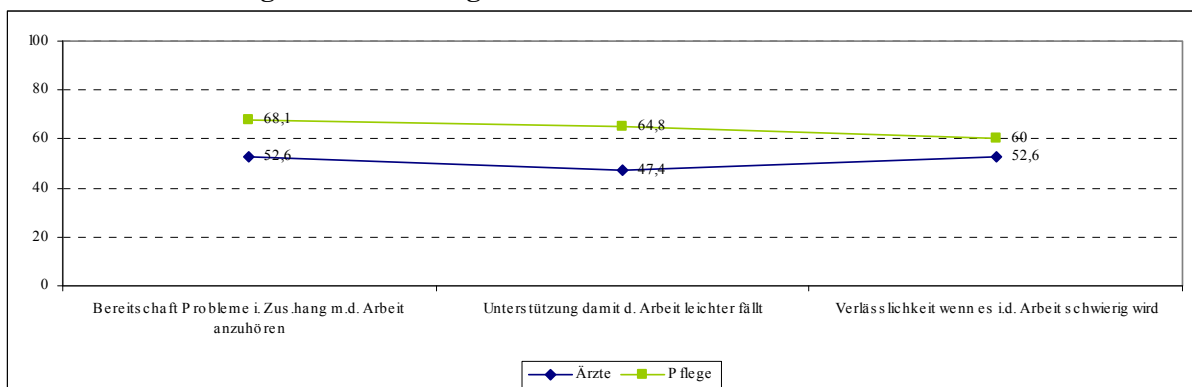


Abbildung 30: Soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten (zusammengefasste Antwortkategorien: ziemlich, völlig in %)

Soziale Unterstützung durch Kollegen

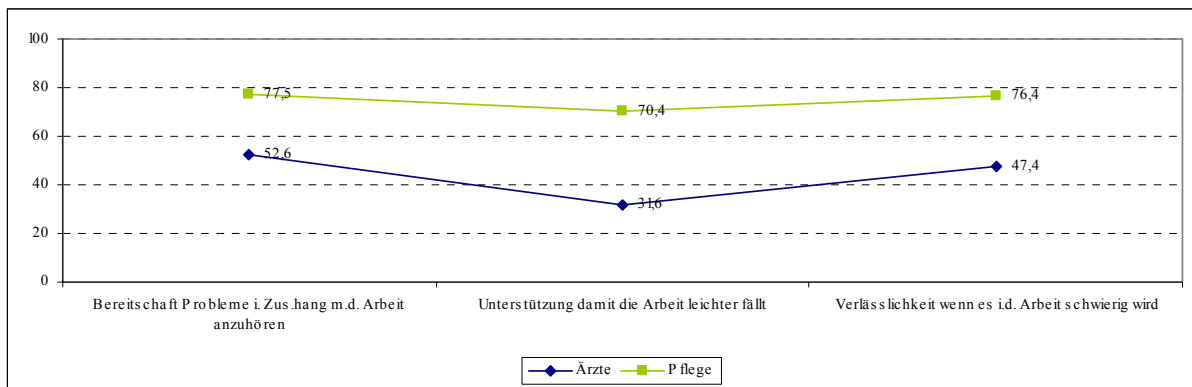


Abbildung 31: Soziale Unterstützung durch Kollegen (zusammengefasste Antwortkategorien: ziemlich, völlig in %)

Anhand der Abbildungen 30 und 31 ist zu erkennen, dass in der Interventionsklinik die Unterstützung durch den Vorgesetzten aber auch die Kollegen verbesserungsfähig ist. So berichten zwischen 30 % und teilweise bis zu 70 % der Mitarbeiter, dass bei der Führung und den Kollegen keine Bereitschaft besteht, Probleme im Zusammenhang mit der Arbeit anzuhören, sie keine Unterstützung in ihrer Arbeit erfahren oder sie sich auf ihre Führung und Kollegen nicht verlassen können, wenn Schwierigkeiten auftreten.

Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Ärzten und Pflegekräften: Insgesamt erfährt die Pflege deutlich mehr Unterstützung, vor allem durch die Kollegen, als dies bei den Ärzten der Fall ist. Der Anteil der Pflegekräfte, die der Aussage zustimmen von Kollegen und Führung in ihrer Arbeit unterstützt zu werden, liegt bei über 60 %. Nur knapp die Hälfte der Ärzte bestätigt dies in Bezug auf ihre Führung und noch weniger in Bezug auf die Kollegen.

Gruppenkohäsion

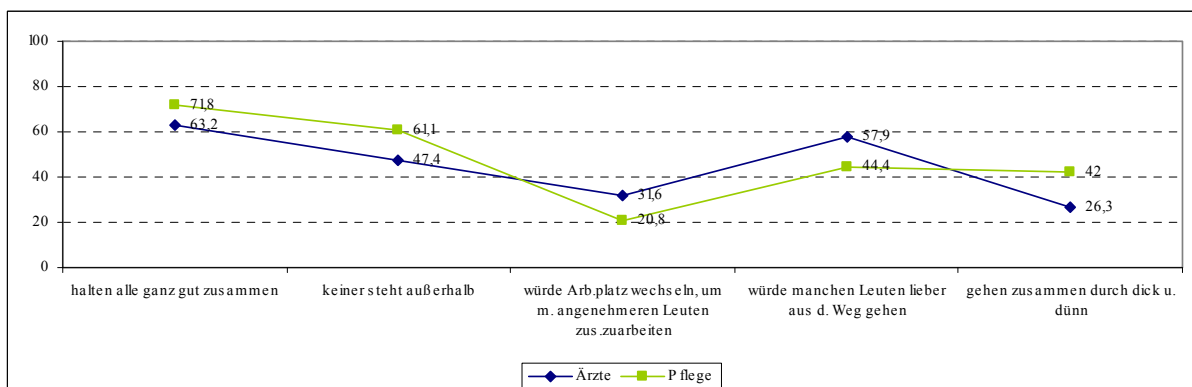


Abbildung 32: Gruppenkohäsion (zusammengefasste Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu in %)

Die Bewertung des Zusammenhalts in der Interventionsklinik wird insgesamt eher mittelmäßig bewertet (vgl. Abbildung 32). Zwar sagen über 60 % der Mitarbeiter aus, dass sie alle ganz gut zusammenhalten, jedoch stimmen weitaus weniger der Aussage zu, schwierige Zeiten gemeinsam zu bewältigen.

In allen Bereichen ergibt sich ein positiveres Bild unter den Pflegekräften. Vor allem die Ärzte würden, wenn sie könnten, lieber mit anderen Personen zusammenarbeiten, bzw. Mitarbeitern aus dem Weg gehen. Am wenigsten Zustimmung erhält die Aussage, gemeinsam durch dick und dünn zu gehen.

Führungsverhalten

Auf die besondere Bedeutung des Führungsverhaltens, wurde in Kapitel 3.2.4 ausführlich eingegangen.

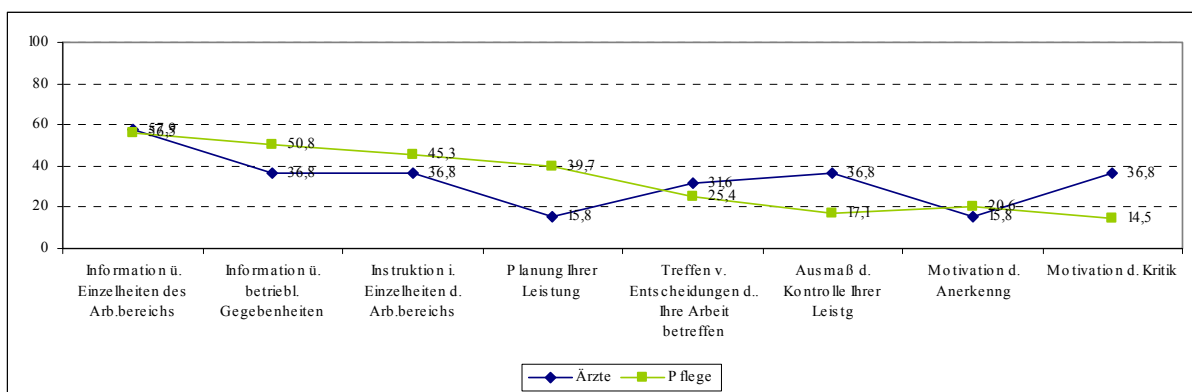


Abbildung 33: Führungsverhalten (zusammengefasste Antwortkategorien: oft, immer in %)

Die in Abbildung 33 aufgezeigten niedrigen Zustimmungswerte der Beschäftigten der Interventionsklinik in Bezug auf das Führungsverhalten weisen darauf hin, dass in diesem Bereich Defizite bestehen. Das betrifft zum einen das Informationsverhalten der Führung. So fühlen sich nur etwas über 50 % der Mitarbeiter in Bezug auf das Krankenhaus, den Arbeitsplatz oder Arbeitsinhalte gut informiert. In Bezug auf die Planung und Kontrolle der Arbeitsleistung sowie Entscheidungen in der Arbeit greift die Führung eher selten ein. Die Mitarbeitermotivation fällt insgesamt gering aus.

Im Vergleich der Berufsgruppen fällt das Informationsverhalten in der Pflege etwas besser aus. Die Einschätzungen zur Planung und Kontrolle der Leistung durch die Führung sowie Entscheidungen in Bezug auf die Arbeit sind in beiden Berufsgruppen eher niedrig.

Offene Kommunikation

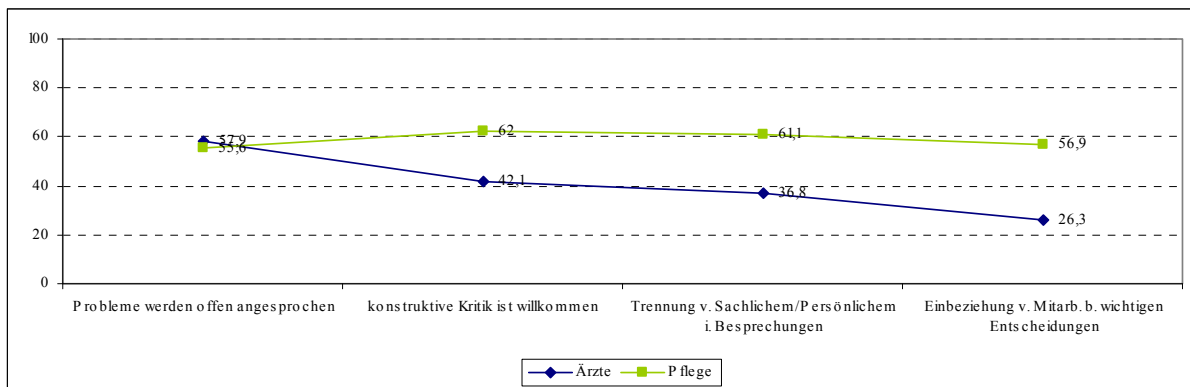


Abbildung 34: offene Kommunikation (zusammengefasste Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu in %)

Abbildung 34 zeigt, dass in der Interventionsklinik Defizite hinsichtlich der Kommunikationskultur bestehen. Selbst innerhalb der Pflege, die insgesamt eine deutlich bessere Bewertung abgibt, als die Ärzte, sind rund 40 % der Ansicht, dass Probleme nicht offen angesprochen werden, konstruktive Kritik nicht willkommen ist und Besprechungen nicht sachlich geführt werden. Bemängelt wird zudem, dass die Mitarbeiter bei wichtigen Entscheidungen nicht einbezogen werden.

Der Vergleich der Berufsgruppen lässt deutliche Unterschiede erkennen. Einig in der Einschätzung sind sich beide Berufsgruppen lediglich in Bezug auf die Ansprache von Problemen. Um die 60 % der Pflegekräfte äußern sich positiv zu verschiedenen Merkmalen der Kommunikation. Die Bewertungen der Ärzte fallen deutlich kritischer aus. Lediglich 42,1 % der Ärzte stimmen der Aussage zu, dass konstruktive Kritik willkommen ist und 36,8 % sind der Ansicht, dass in Besprechungen Sachliches von Persönlichem getrennt wird. Sehr kritisch wird die Mitwirkung bei wichtigen Entscheidungen gesehen. Nur 26,3 % der Ärzte stimmen der Aussage zu, dass sie bei wichtigen Entscheidungen einbezogen werden.

Belastungen

Wie Abbildung 35 erkennen lässt, ist das Thema Mobbing am Arbeitsplatz auch in der Interventionsklinik präsent. Obwohl die Bewertung insgesamt niedrig ausfallen, gab bereits der Vergleich der Kliniken erste Anhaltspunkte, dass die Quote in der Interventionsklinik deutlich über den der Vergleichskliniken liegt und das Thema insofern zu beachten ist.

Mobbing

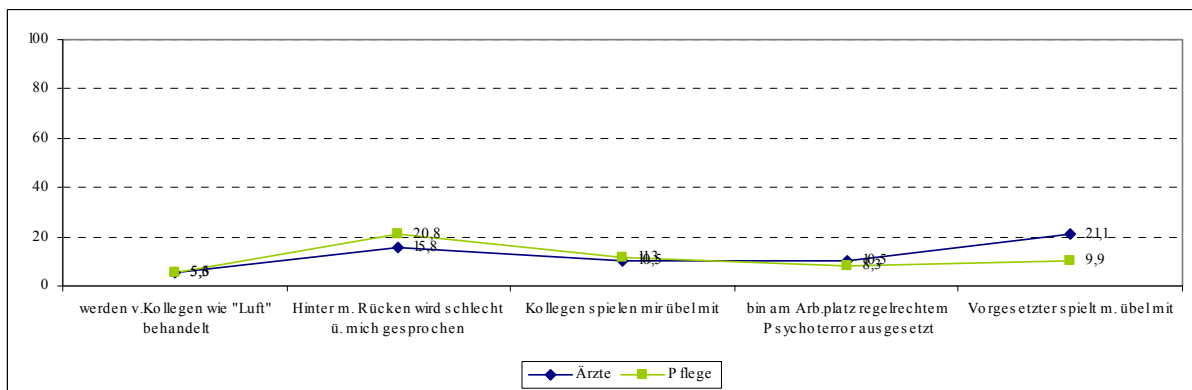


Abbildung 35: Mobbing (zusammengefasste Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu in %)

Der Vergleich der Berufsgruppen zeigt, dass die Ärzte häufiger das Gefühl haben, dass der Vorgesetzte ihnen übel mitgespielt. In der Pflege wird hingegen eher schlecht hinter dem Rücken des Mitarbeiters gesprochen.

Spannungen

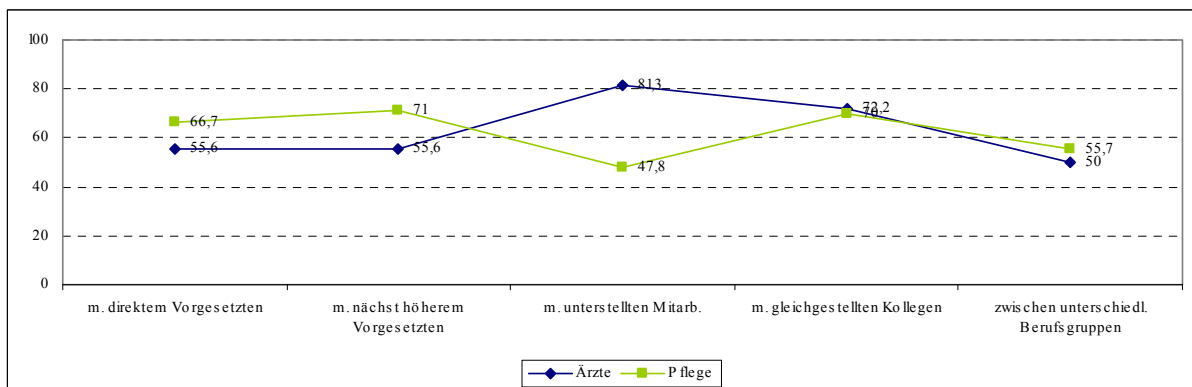


Abbildung 36: Spannungen (zusammengefasste Antwortkategorien: weniger häufig, häufig in %)

Die in Abbildung 36 dargestellten Ergebnisse zeigen, dass unter den Mitarbeitern der Interventionsklinik teilweise erhebliche Spannungen zwischen den verschiedenen Hierarchieebenen, Kollegen und Berufsgruppen vorliegen. Die häufigsten Spannungen treten zwischen Vorgesetzten und unterstellten Mitarbeitern auf.

Insgesamt berichten Pflegekräfte häufiger über Spannungen, vor allem mit dem nächst höheren Vorgesetzten, aber auch zum direkten Vorgesetzten. Auffallend ist der hohe Anteil an Ärzten, die über Spannungen zu unterstellten Mitarbeitern berichten. Eher hoch fallen die Span-

nungen innerhalb der eigenen Berufsgruppe aus, wobei dies Ärzte und Pflegekräfte gleichermaßen betrifft. Etwas höher bewerten die Pflegekräfte hingegen die Konfliktsituation zwischen den Berufsgruppen.

▪ Einschätzung zur eigenen Person

Wie in Kapitel 3.4.3. dargestellt, kann sich die Arbeitssituation auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten niederschlagen, aber ebenso auch auf deren Einstellung zur Arbeit und die Motivation.

Gesundheit

Körperliche Beschwerden

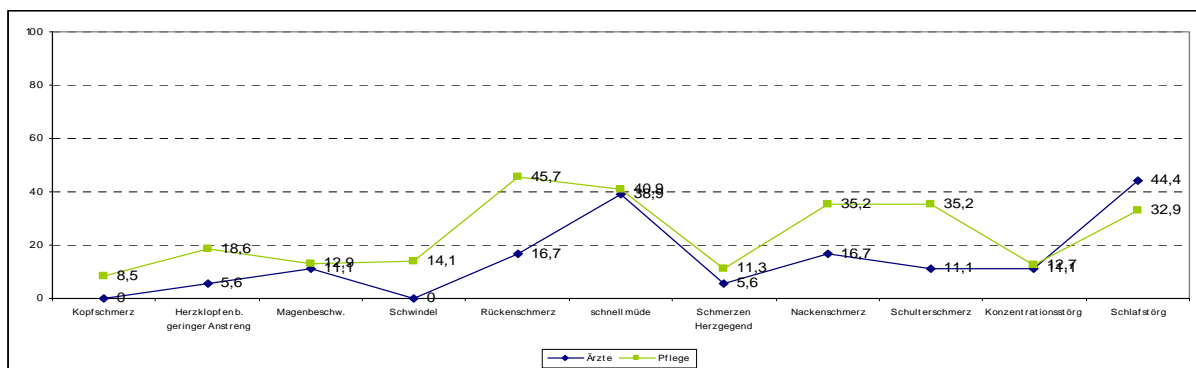


Abbildung 37: körperliche Beschwerden (zusammengefasste Antwortkategorien: etwa 3x die Woche, fast täglich in %)

Wie Abbildung 37 erkennen lässt, treten in der Interventionsklinik insgesamt eine Vielzahl von Beschwerden auf, wobei Rückenbeschwerden, schnelle Ermüdung und Schlafstörungen die Schwerpunkte bilden.

Im Vergleich der Berufsgruppen zeigen sich leichte Unterschiede. Bis auf wenige Merkmale berichten mehr Pflegekräfte als Ärzte über körperliche Beschwerden. An vorderster Stelle stehen bei der Pflege Beschwerden des Muskel-Skeletapparates. Fast die Hälfte des Pflegepersonals (45,7 %) berichten über Rückenschmerzen und knapp über ein Drittel (je 35,2 %) über Schulter – und Nackenschmerzen.

Häufig treten darüber hinaus auch psychosomatische Beschwerden auf, wie schnelle Ermüdung (40,9 %) und Schlafstörungen (32,9 %). Bei den Ärzten stehen vor allem psychosomatische dargestellt und auf den Stationen/Funktionsbereichen aufgehängt waren (vgl. Anhang 3)

sche Probleme im Vordergrund. 44,4 % der Ärzte berichten über Schlafstörungen, 38,9 % über schnelle Ermüdung und 27,8 % über Müdigkeit und Zerschlagenheit.

Wohlbefinden

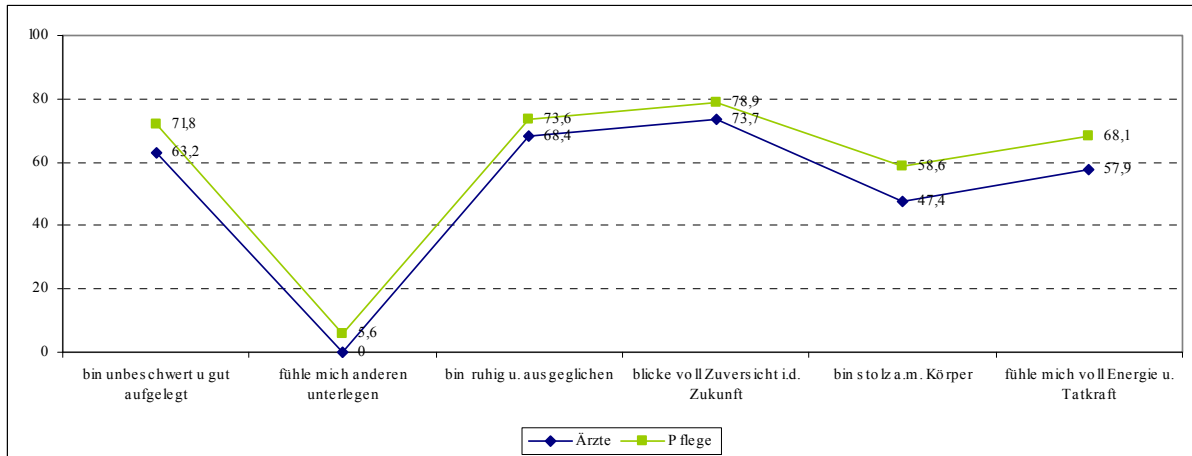


Abbildung 38: Wohlbefinden (zusammengefasste Antwortkategorien: oft, immer in %)

Die Einschätzungen zum allgemeinen Wohlbefinden (vgl. Abbildung 38) zeigen, dass der überwiegende Teil der Mitarbeiter diesbezüglich zu einer positiven Bewertung kommt. Über 70 % der Beschäftigten blicken zuversichtlich in die Zukunft und über 60 % fühlen sich ruhig, ausgeglichen, unbeschwert und gut aufgelegt.

Der Kurvenverlauf zeigt, dass Ärzte und Pflege zu sehr ähnlichen Einschätzungen kommen, wobei das Wohlbefinden bei den Mitarbeitern der Pflege insgesamt etwas höher liegt. Lediglich in Bezug auf das Selbstwertgefühl schneiden die Ärzte etwas besser ab und fühlen sich weniger anderen unterlegen.

Burnout – emotionale Erschöpfung

In Bezug auf die „emotionale Erschöpfung“ als Ausdruck dafür, sich ausgelaugt und erledigt zu fühlen und die Arbeit als Strapaze zu empfinden, zeigten die Ergebnisse der Befragung, dass sich die Mitarbeiter der Interventionsklinik vor allem verbraucht fühlen, wenn der Arbeitstag beendet ist (vgl. Abbildung 39).

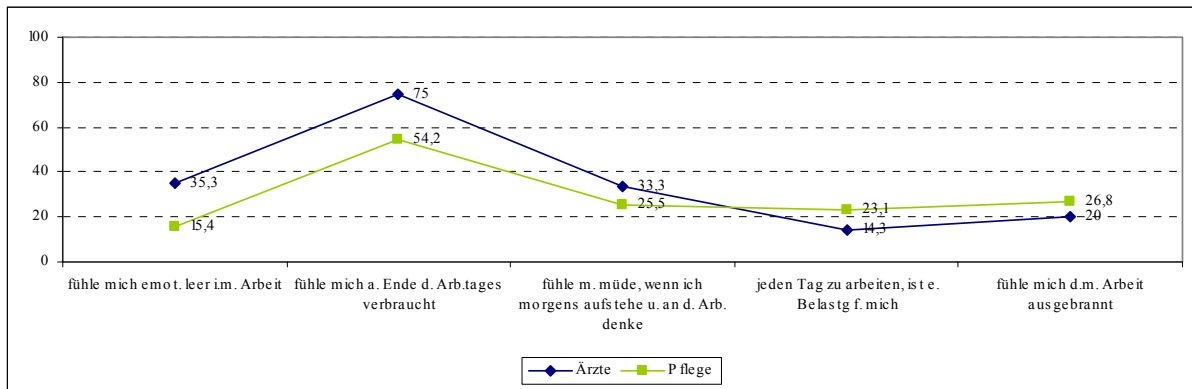


Abbildung 39: Burnout – emotionale Erschöpfung (zusammengefasste Antwortkategorien: 1 x, mehrmals in der Woche, täglich in %)

Insgesamt weisen beide Berufsgruppen ein ähnliches Antwortverhalten auf. Sowohl für Ärzte wie Pflegepersonal stellt es das größte Problem dar, dass sie sich am Ende des Arbeitstages verbraucht fühlen. Bei den Ärzten tritt darüber hinaus sehr häufig eine emotionale Leere in ihrer Arbeit auf und sie fühlen sich schon beim Aufstehen müde, wenn sie an die Arbeit denken. Die Pflegekräfte empfinden hingegen stärker, dass jeder Arbeitstag eine Belastung darstellt und sie sich ausgebrannt fühlen.

Burnout – personelle Effizienz

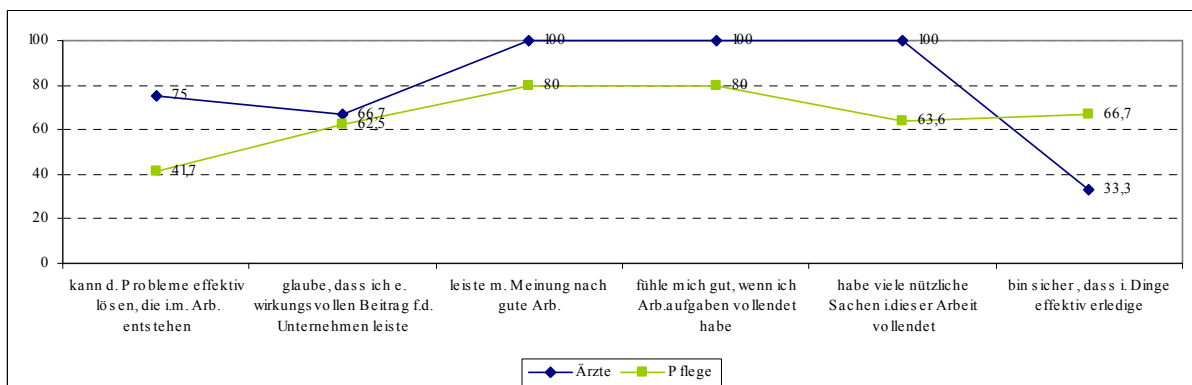


Abbildung 40: Burnout - personelle Effizienz (zusammengefasste Antwortkategorien: 1 x, mehrmals in der Woche, täglich in %)

Hinsichtlich der personellen Effizienz, als Ausdruck von Tatkraft und Kompetenz, bzw. dem Gefühl, den eigenen Ansprüchen nicht gerecht zu werden und etwas Positives durch den Arbeitseinsatz bewirken zu können, zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen beiden Berufsgruppen (vgl. Abbildung 40).

Die Einschätzungen der Ärzte fallen diesbezüglich deutlich positiver aus als bei der Pflege.

Eine niedrigere Bewertung findet sind lediglich im Hinblick auf die Effektivität der Arbeiten.

Burnout – Zynismus

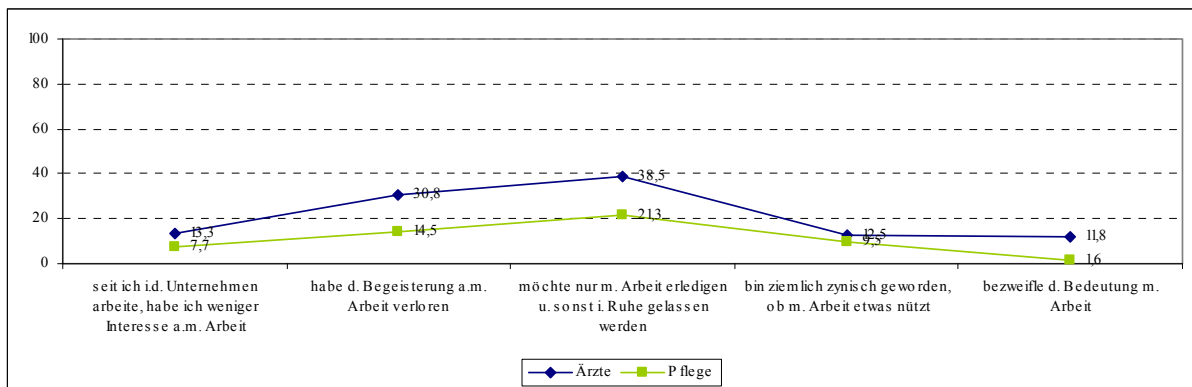


Abbildung 41: Burnout - Zynismus (zusammengefasste Antwortkategorien: einmal und mehrmals in der Woche, täglich in %)

Unter Zynismus wird die Tendenz verstanden, die Patienten als unpersönliche Objekte zu behandeln und ihnen gegenüber negative und zynische Gefühle zu entwickeln. Die Antworten in Abbildung 41 zeigen, dass sowohl Ärzte als auch Pflegekräfte am häufigsten der Aussage zustimmen, dass sie am liebsten nur ihre Arbeit erledigen möchten und ansonsten in Ruhe gelassen werden wollen. Zu beachten ist ebenfalls, dass auch viele Mitarbeiter berichten, die Begeisterung für ihre Arbeit verloren zu haben. Deutlich zu erkennen ist, dass der Zynismus bei den Ärzten stärker ausgeprägt ist als in der Pflege.

Einstellungen

Arbeitszufriedenheit

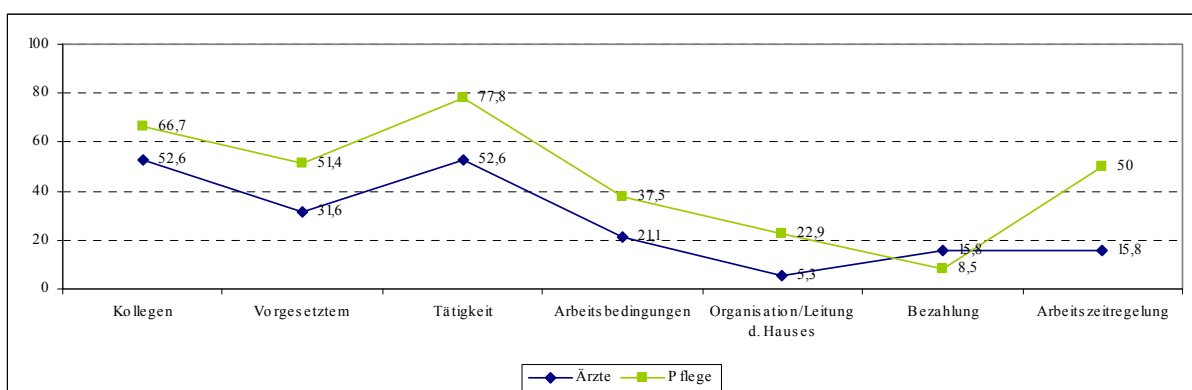


Abbildung 42: Arbeitszufriedenheit mit ... (zusammengefasste Antwortkategorien: eher zufrieden, zufrieden in %)

In Bezug auf die Arbeitszufriedenheit in der Interventionsklinik konnten sich die Mitarbeiter zu verschiedenen Aspekten äußern (vgl. Abbildung 42). Insgesamt ist die Zufriedenheit am

größten in Bezug auf die Kollegen und die Tätigkeit und am schlechtesten in Bezug auf die Organisation und Bezahlung.

Im Vergleich beider Berufsgruppen zeigt der Kurvenverlauf, dass sowohl Ärzte als auch Pflegekräfte insgesamt zu sehr ähnlichen Einschätzungen kommen, wobei die Bewertung der Pflege mit Ausnahme eines Kriteriums ihre Arbeitssituation deutlich positiver ausfiel. Am zufriedensten ist Pflegepersonal im Hinblick auf die Tätigkeit, mit der 77,8 % des Pflegepersonals zufrieden sind. An zweiter Stelle steht mit 66,7 % die Zufriedenheit mit den Kollegen. Am unzufriedensten mit knapp über 90 % sind die Mitarbeiter der Pflege mit der Bezahlung.

Die Zufriedenheit bei den Ärzten fällt insgesamt eher niedrig aus. Bis auf zwei Kriterien äußern sich mehr als ein Drittel der Ärzte unzufrieden mit ihrer Arbeitssituation. Am höchsten ist die Zufriedenheit in Bezug auf die Tätigkeit und die Kollegen, wenngleich auch nur etwas als über die Hälfte der Ärzte (50,2 %) zu dieser Einschätzung kommen. Sehr kritisch werden hingegen die Arbeitsbedingungen, die Bezahlung, die Arbeitszeitregelung und insbesondere die Organisation und Leitung der Klinik betrachtet.

Berufliche Verausgabungsneigung

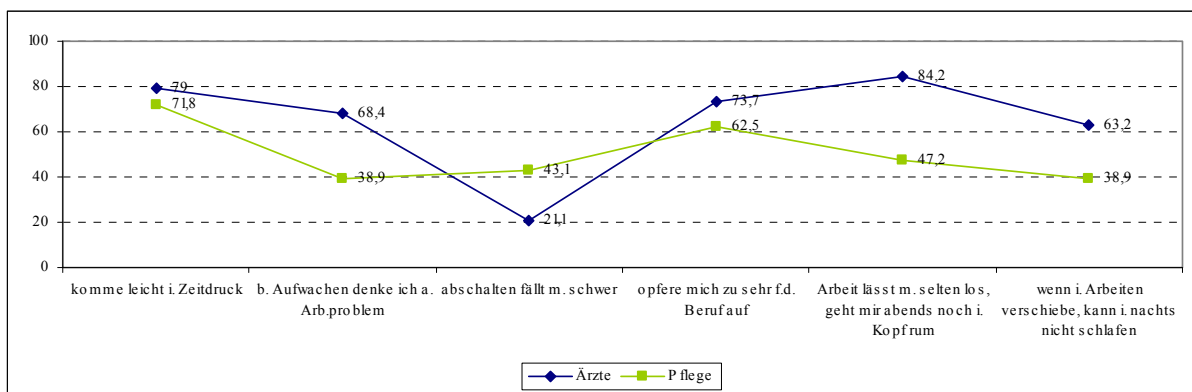


Abbildung 43: berufliche Verausgabungsneigung (zusammengefasste Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu in %)

Abbildung 43 zeigt, dass Zeitdruck ein Problem in der Interventionsklinik darstellt und die Mitarbeiter dazu neigen, sich für den Beruf aufzuopfern.

Die Tendenz sich beruflich zu verausgaben, ist bei den Ärzten insgesamt höher ausgeprägt als in der Pflege. 84,2 % der Ärzte berichten, dass die Arbeit sie nicht loslässt und ihnen noch abends im Kopf herumgeht, in der Pflege trifft dies nur auf 47,2 % zu. 68,4 % der Ärzte im Gegensatz zu 38,9 % der Pflegekräfte denken bereits beim Aufwachen über Probleme an ihrem Arbeitsplatz nach und 63,2 % der Ärzte können nachts nicht gut schlafen, wenn sie wäh-

rend der Arbeit etwas verschoben haben – bei der Pflege wird diese Einschätzung nur von 38,9 % geteilt.

Selbstwirksamkeit

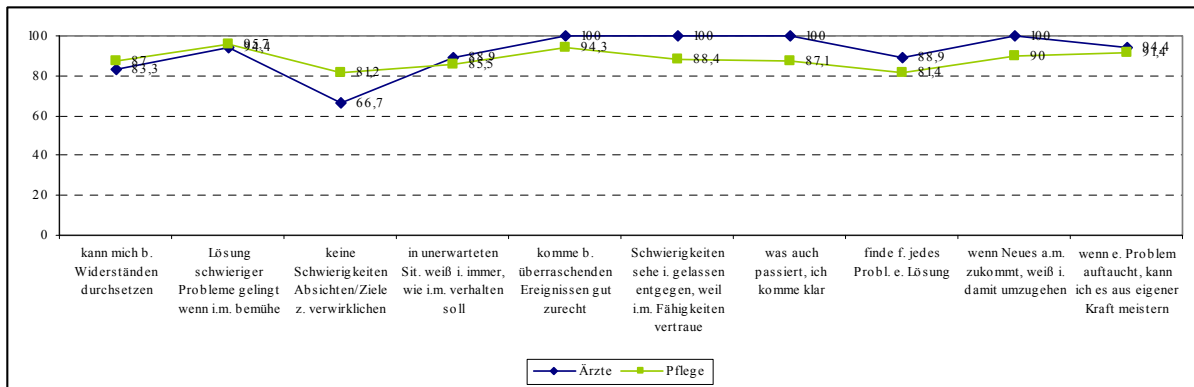


Abbildung 44: Selbstwirksamkeit (zusammengefasste Antwortkategorien: stimme eher zu, stimmt genau zu in %)

Das Selbstwirksamkeitserleben gehört zu den personellen Ressourcen und ist bei den Mitarbeitern der Interventionsklinik insgesamt gut ausgeprägt, wie Abbildung 44 erkennen lässt.

Vor allem die Ärzte sind der Ansicht, dass sie bei auftretenden Problemen gut zurecht kommen, ruhig und gelassen bleiben und neue Situationen adäquat bewältigen. Lediglich in Bezug auf die Verwirklichung von Zielen fällt die Beurteilung etwas schlechter aus, wobei dies unter Umständen auch durch äußere Faktoren beeinträchtigt werden kann.

Motivation

Innere Kündigung

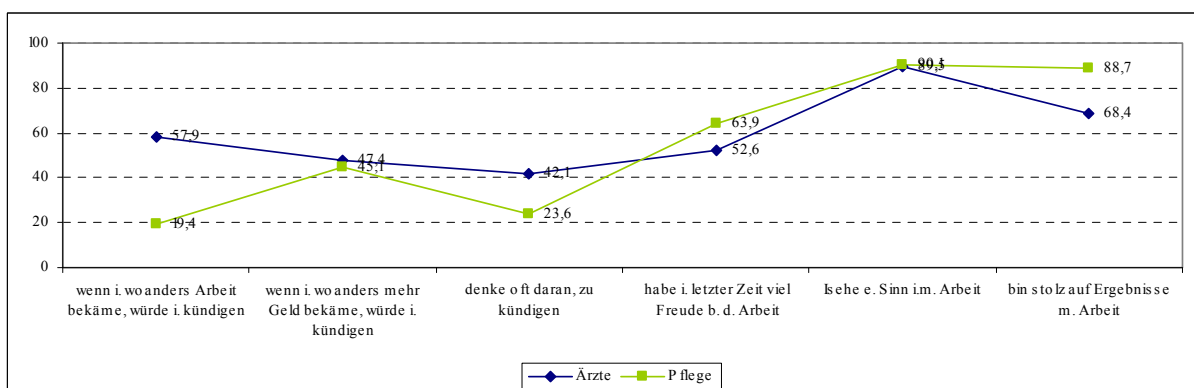


Abbildung 45: innere Kündigung (zusammengefasste Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu in %)

Hinsichtlich der Motivation in der Interventionsklinik zeigt sich, dass ein Großteil der Mitarbeiter einen Sinn in ihrer Arbeit sieht und auch stolz auf die Ergebnisse ihrer Arbeit ist (vgl. Abbildung 45). Dennoch denken einige Mitarbeiter auch an Kündigung, bzw. würden dies auch in Erwägung ziehen, wenn sie woanders Arbeit bekämen.

Im Vergleich der Berufsgruppen zeigt sich bei einigen Aspekten ein unterschiedliches Bild: Vor allem die Ärzte denken häufiger daran zu kündigen, insbesondere dann, wenn sie eine berufliche Alternative hätten um zu arbeiten oder mehr Geld zu verdienen. Eine bessere Bezahlung wäre vor allem auch für Pflegekräfte ein Grund den Arbeitsplatz zu wechseln. Dass der Rückzug in die innere Kündigung weniger auf die Arbeitstätigkeit zurückzuführen ist, wird deutlich, wenn man sieht, wie viele Mitarbeiter einen Sinn in ihrer Arbeit sehen und zumindest in der Pflege auch stolz auf ihre Arbeitsergebnisse sind und überwiegend Freude an ihrer Arbeit haben.

Affektives Commitment

Die Frage nach der Bindung an die Interventionsklinik zeigt, dass diese bei den Mitarbeitern nicht sehr stark ausgeprägt ist (vgl. Abbildung 46).

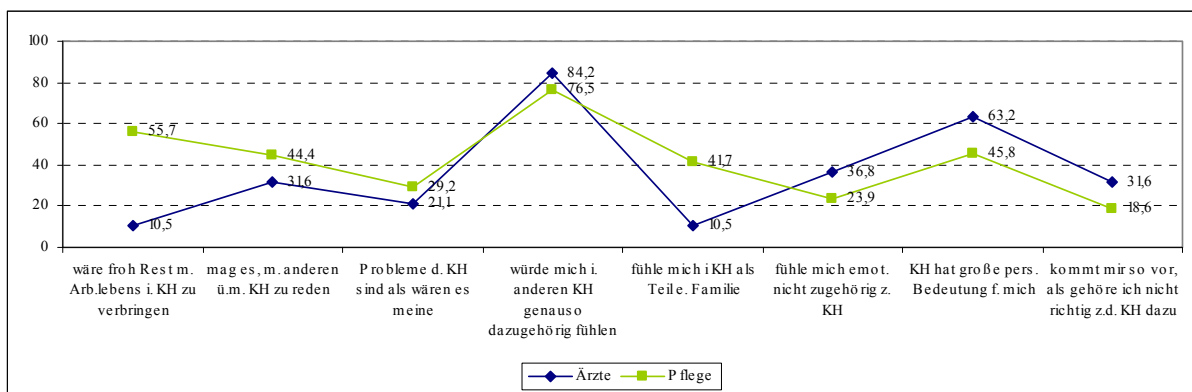


Abbildung 46: affektives Commitment (zusammengefasste Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu in %)

Ein Großteil der Ärzte und Pflegekräfte fühlt sich emotional nicht stark an die Einrichtung gebunden und würde sich einem anderen Krankenhaus ebenso zugehörig fühlen. Vor allem die Ärzte möchten nicht in der Klinik bleiben, allerdings betrachten viele Ärzte, vor allem Assistenzärzte, ein Krankenhaus ohnehin eher als „Durchgangsstation“ in ihrer beruflichen Laufbahn, während Pflegekräfte oftmals ihr ganzes Arbeitsleben in einer Einrichtung verbleiben.

Bewertung der Interviewpartner

Die kennzahlenbasierte Organisationsdiagnostik wurde von den Interviewpartnern ausnahmslos als zentral und wichtig erachtet, um einen Überblick über die Arbeitssituation in der Interventionsklinik zu bekommen, die Position der Klinik im Vergleich zu anderen Einrichtungen zu bestimmen, spezifische Problembereiche zu identifizieren und eine Datengrundlage zu erhalten, anhand derer Zielgrößen abgeleitet werden können. Sie wurde zudem von einigen Interviewpartnern als gute Argumentationshilfe gegenüber der Führung betrachtet, um die Durchführung mitarbeiterorientierte Maßnahmen anzuregen.

Dennoch gab es auch kritische Stimmen hinsichtlich des Nutzens einer solchen Organisationsdiagnostik. Die Kritik richtete sich vornehmlich darauf, dass jegliche Datenerhebung sinnlos ist, wenn die daraus resultierenden Konsequenzen nicht gezogen werden und Maßnahmen durch das Management nicht unterstützt werden. Ein Interviewpartner äußerte: „Die Diagnostik ist sehr wichtig, denn ohne Diagnostik keine Therapie. Aber wenn man weiß, dass keine Therapie folgt, dann fragt man sich, warum auch noch Zeit für die Diagnostik verwenden, wo man sowieso schon so ausgelastet ist mit der Arbeit“ (I-4).

Bewertung der wissenschaftlichen Begleitforschung

Für die Bestimmung der Ausgangslage einer Einrichtung ist eine gute Organisationsdiagnostik unerlässlich. In der Interventionsstudie wurde für die Diagnostik ein umfassendes Kennzahleninstrument eingesetzt, durch das erstmalig auch biopsychosoziale Faktoren erfasst werden konnten. Die Befragung erstreckte sich auf die gesamte Einrichtung und richtete sich an allen Berufsgruppen. Die Befragung war freiwillig und wurde anonym durchgeführt. Die Rückmeldung der Ergebnisse erfolgte an das Krankenhausmanagement des Krankenhauses 1, an die ärztliche Leitung und Pflegedienstleitung der Interventionsklinik und deren Mitarbeiter.

Die Organisationsdiagnostik bildete aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitforschung die entscheidende Grundlage, der Führung und den Mitarbeitern die verschiedenen Problembereiche in ihrer Klinik aufzuzeigen, einen Handlungsbedarf zu identifizieren und Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu legitimieren.

Als positiv zu bewerten ist, dass die Darstellung der Kennzahlen in Form von Schulnoten erfolgte, die die Präsentation und Interpretation der Ergebnisse erleichterte. Gleichwohl fehlte eine kritische Auseinandersetzung mit den Ergebnissen. So schauten sich die Mitarbeiter in der Regel nur jene Ergebnisse an, die von der wissenschaftlichen Begleitforschung auf Plakaten dargestellt und auf den Stationen/Funktionsbereichen ausgehängt waren (vgl. Anhang 3)

und interessierten sich hier nur für ausgewählte, persönlich relevante Aspekte.

Insgesamt ist kritisch zu sehen, dass es trotz Nutzung verschiedener Informationsmedien nicht gelang, alle Mitarbeiter über die Befragungsergebnisse in Kenntnis zu setzen. Nur wenige Mitarbeiter nahmen an einer Veranstaltung teil, in der die Kennzahlen von Mitarbeitern der Universität zu Köln präsentiert und interpretiert wurden. Auch nutzte kaum ein Beschäftigter die Möglichkeit, Einblick in den Ergebnisbericht zu nehmen, der auf allen Stationen und Funktionsbereichen auslag und der Kenntnisstand über die Situation der Interventionsklinik reduzierte sich auf die bereits erwähnten Ergebnisse auf den Plakaten.

Vor allem der medizinische Dienst war nicht ausreichend informiert, was insofern wichtig gewesen wäre, da dieser vielfach Führungsaufgaben wahrnimmt. Da die nachfolgenden Aktivitäten auf den Befragungsergebnissen basierten, fehlte es teilweise an breiter Zustimmung gegenüber den Veränderungsmaßnahmen, die im weiteren Projektverlauf vom Gesundheitszirkel beschlossen wurden.

6.5. Interventionsplanung

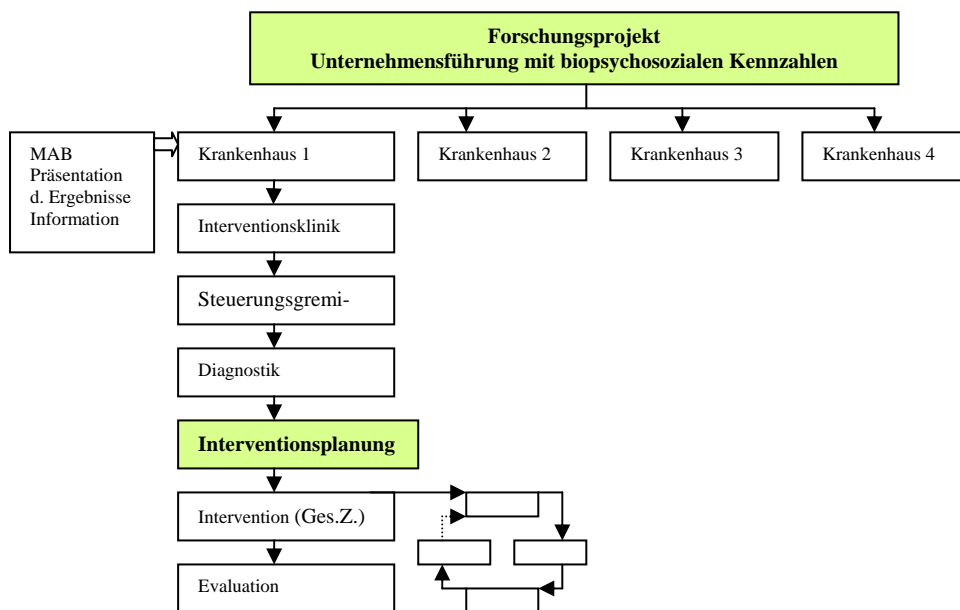


Abbildung 47: Übersicht über das Forschungsprojekt – Interventionsplanung

Die Interventionsplanung erfolgte durch den Arbeitskreis Gesundheit. Dieser traf sich zu insgesamt acht Sitzungen, die von der wissenschaftlichen Begleitforschung vor- und nachberei-

tet, moderiert und protokolliert wurden²⁰. Eine Aufstellung über die jeweiligen Inhalte ist Tabelle 26 zu entnehmen. Die erste konstituierende Sitzung erfolgte im Anschluss an die Veröffentlichung der Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung.

Tabelle 26: Übersicht über die Sitzungen des Arbeitskreises Gesundheit

Sitzungsinhalte des Arbeitskreis Gesundheit	
Informationen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement Auswahl des Themas für den Gesundheitszirkel Erstellen von Kriterien zur Auswahl der Zirkelteilnehmer	09/2002
Eingrenzung des Themas für den Gesundheitszirkel Entwurf eines Arbeitsauftrags für den Gesundheitszirkel Festlegung der Teilnehmeranzahl sowie der am Gesundheitszirkel beteiligten Berufsgruppen und Arbeitsbereiche	10/2002
Festlegung, wie die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung den Mitarbeitern der Interventionsklinik präsentiert werden Besprechung des Arbeitsauftrags Planung des Gesundheitszirkels (wann, wo, wie viele Sitzungen etc.) Festlegung, wie die Ergebnisse der Zirkelsitzungen veröffentlicht werden	11/2002
Präsentation der Zwischenergebnisse des Gesundheitszirkels Besprechung der weiteren Vorgehensweise für die Umsetzung der Maßnahmen	01/2003
Formulierung von Zielen, Erfolgsindikatoren und Messinstrumenten	02/2003
Präsentation der Ergebnisse des Gesundheitszirkels Besprechung, wie die Ergebnisse des Gesundheitszirkels veröffentlicht werden Besprechung der Umsetzung der erarbeiteten Lösungsvorschläge	03/2003
Besprechung der weiteren Vorgehensweise, da Probleme bei der Maßnahmenumsetzung aufgetreten waren	05/2003
Besprechung der Mitarbeiterinformation über den aktuellen Stand der Umsetzung Diskussion der weiteren Vorgehensweise, da weiterhin Probleme bei der Umsetzung aufgetreten sind	08/2003

Die Aufgabe des Arbeitskreises Gesundheit bestand im Rahmen der Interventionsplanung zunächst darin, ein gesundheitsrelevantes Thema auszuwählen. Hierfür wurden die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung ausgewertet und interpretiert. Der Arbeitskreis wählte ferner die Interventionseinheit aus, definierte Ziele und stimmte mit der wissenschaftlichen Begleitforschung die Zuständigkeiten bei der Projektdurchführung ab. Da seitens des Forschungsprojektes für die Durchführung der Maßnahmen ein extern moderierter Gesundheitszirkel vorgesehen war, ging es ferner darum, Eckdaten für die Zirkelarbeit festzulegen und diese in einem Arbeitsauftrag festzuhalten.

²⁰ Die Sitzungen wurden nach der Metaplan-Moderationsmethode moderiert, d.h. es kamen bestimmte Moderationsmaterialien (Pinnwände, Plakate und Karten) und Arbeitstechniken (Blitzlicht, Fragetechnik und Kreiselplakate) zum Einsatz (vgl. Klebert et al.1996/Dauscher 1996).

Basierend auf den Kennzahlen der Mitarbeiterbefragung identifizierten die Teilnehmer des Arbeitskreises Gesundheit in einem ersten Schritt verschiedene Problembereiche der Interventionsklinik. In die engere Auswahl wurden jene Themenfelder genommen, die in der Mitarbeiterbefragung nur mit knapp befriedigend, bzw. ausreichend abgeschnitten hatten und die daher einen Handlungsbedarf signalisierten. Da mehrere Themen in Frage kamen, orientierte sich der Arbeitskreis zur weiteren Eingrenzung daran, welches Thema am wichtigsten bzw. dringlichsten erschien, welches Thema als Einstieg am einfachsten zu bearbeiten wäre, bzw. in welchem Bereich sich durch eine Intervention die größte Wirkung entfalten ließe.

Der Arbeitskreis verständigte sich letztlich auf das Thema Informations- und Planungsdefizite, um damit auch auf andere ebenfalls als kritisch erachtete Bereiche Einfluss nehmen zu können: Mehr Informationstransparenz sollte dazu beitragen, Abläufe in der Organisation zu verbessern und damit die Arbeitsintensität zu reduzieren. Da Information, Kommunikation und soziale Beziehungen eng miteinander verbunden sind, erwartete man zudem positive Auswirkungen auf das Arbeitsklima und eine Reduktion der Spannungen im Haus. Im Sitzungsverlauf wurde das Thema weiter eingegrenzt und lautete zum Schluss „verbindliche Informationsvermittlung“.

Nach Festlegung des Themas begann der Arbeitskreis mit der Planung des Gesundheitszirkels: Aufgrund der Themenwahl und der teilweise sehr unterschiedlichen Einschätzungen beider Berufsgruppen zur Arbeitssituation in der Interventionsklinik, wurde von den Teilnehmer des Arbeitskreises eine berufs-, abteilungs- und hierarchieübergreifende Zusammensetzung des Gesundheitszirkels als sinnvoll erachtet. Es sollte damit gewährleistet werden, dass unterschiedliche Bewertungen der Arbeitssituation und Perspektiven in die Zirkelarbeit einfließen sowie Lösungsvorschläge an dem jeweiligen Bedarf orientiert sind und von allen Beschäftigten besser akzeptiert werden. Die Mitarbeiter wurden mündlich und schriftlich zur Teilnahme am Gesundheitszirkel eingeladen.

In Bezug auf die Projektdurchführung stimmte der Arbeitskreis Gesundheit mit der wissenschaftlichen Begleitforschung ab, dass diese insbesondere für die Vorbereitung, Durchführung (Moderation) der Arbeitstreffen und deren Nachbereitung sowie die Information über Projektinhalte zuständig ist. Alle Prozesse im Rahmen der Intervention sowie die Inhalte von Informationsmaterialien sollten mit dem Arbeitskreis Gesundheit abgestimmt werden.

Die ärztliche und pflegerische Führung übernahm die Organisation von Räumlichkeiten, trug Sorge für die Freistellung der Mitarbeiter für die Arbeitskreise und kümmerte sich um die Verteilung der Informationsmedien.

Sämtliche Vereinbarungen über die Themenwahl, die Teilnehmer, den Sitzungsrhythmus sowie die Dauer und Anzahl der Sitzungen wurden in einem Arbeitsauftrag (vgl. Tabelle 27) schriftlich festgehalten und von den Teilnehmern des Arbeitskreises Gesundheit unterschrieben.

Tabelle 27: Inhalte des Arbeitsvertrags

Arbeitsvertrag
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nennung des Themas „verbindliche Informationsvermittlung“ ▪ Anzahl der Gesundheitszirkel-Teilnehmer (insgesamt 9 Teilnehmer) ▪ Zusammensetzung der Gesundheitszirkel-Teilnehmer (zwei Ärzte, vier Pflegepersonen von unterschiedlichen Stationen und Funktionsbereichen, eine Person aus der Verwaltung) ▪ Regelungen für die Gesundheitszirkel-Sitzungen (Ort, Anzahl, Dauer, Freistellung der Teilnehmer für den Zeitraum der Sitzungen) ▪ Darstellung der Stellvertreterfunktion der Gesundheitszirkel -Teilnehmer ▪ Moderation und Protokoll der Sitzungen durch die wissenschaftliche Begleitforschung ▪ Regelung der internen Öffentlichkeitsarbeit über den Gesundheitszirkel ▪ Umgang mit den Ergebnissen des Gesundheitszirkels

Um die Informationsvermittlung auf Projektebene sicherzustellen und die Transparenz des Projektverlaufs zu gewährleisten, legte der Arbeitskreis Gesundheit fest, dass allen Beschäftigten der Interventionsklinik die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung sowie Informationen über das Verbundprojekt im Rahmen einer Mitarbeiterversammlung übermittelt werden. Man einigte sich darauf, dass von der wissenschaftlichen Begleitforschung ein Plakat mit ausgewählten Ergebnissen der Mitarbeiterbefragung erstellt wird, welches auf allen Stationen und Funktionsbereichen ausgehängt wurde. Zudem erhielten alle Stationen einen Projektordner, in dem sämtliche im Projektverlauf erstellten Unterlagen (Ergebnisbericht der Mitarbeiterbefragung, Ergebnisse der Prozessanalyse der TU Dresden, Arbeitsauftrag, Plakat in DIN A4 Version, Falblätter und Protokolle des Gesundheitszirkels) abgeheftet wurden.

Ferner wurde vor Projektbeginn eine Mitarbeiterinformation in Form von Falblättern, mit allen wesentlichen Angaben zum Forschungsprojekt ausgelegt, den Ansprechpartnern, dem Arbeitskreis (welche Aufgabe, welche Teilnehmer) und dem geplanten Gesundheitszirkel (wie funktioniert dieser, wer kann sich wo bewerben). Eine zweite Mitarbeiterinformation war nach Abschluss des Gesundheitszirkels vorgesehen, um die Ergebnisse des Gesundheitszirkels vorzustellen und über den weiteren Verlauf zu informieren.

Die Protokolle der Arbeitskreissitzungen wurden den Teilnehmern selbst sowie den Mitgliedern des Krankenhausvorstandes zugesandt. Die Protokolle des Gesundheitszirkels erhielten die Teilnehmer, alle Stationen und Funktionsbereiche und der Krankenhausvorstand.

In den anschließenden Sitzungen formulierte der Arbeitskreis Gesundheit Ziele (vgl. Tabelle 28) anhand derer überprüft werden sollte, inwieweit die Intervention erfolgreich war.

Tabelle 28: Ziele des Arbeitskreises Gesundheit

Grobziele	Feinziele
Vereinfachung der Informationsvermittlung	Festlegung von Informationsabläufen
Verbesserung des Informationsflusses	Reduktion von Nachfragen
Erhöhung der Verbindlichkeit von Informationen	Einhalten von Standards
Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit	Erhöhung der Identifikation mit dem Krankenhaus

Ebenso wurde zusammengetragen, woran der Arbeitskreis einen Erfolg der Intervention festmachen will und welche Messmethoden hierfür zur Anwendung kommen sollen (vgl. Tabelle 29).

Tabelle 29: Ziele, Erfolgsindikatoren und Messinstrumente

Ziele	Wir sind erfolgreich, wenn ...	Wir messen das durch ...
Verbindlichkeit von Informationen erhöhen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ weniger Nachfragen anfallen ▪ die Planung eingehalten wird ▪ Standards eingehalten werden ▪ Anordnungen schriftlich dokumentiert werden 	Mitarbeiterbefragung 2003 Experteninterviews Überprüfung durch den Arbeitskreis Gesundheit
Informationsvermittlung vereinfachen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informationsabläufe festgelegt sind ▪ Zuständigkeiten klar geregelt sind und respektiert werden ▪ Entscheidungskompetenz vorhanden ist und respektiert wird 	
Informationsfluss verbessern	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informationsmedien einheitlich festgelegt sind und genutzt werden ▪ Mitarbeiter über „Hausbelange“ informiert sind 	
Mitarbeiterzufriedenheit verbessern	<ul style="list-style-type: none"> ▪ die Arbeit in der Arbeitszeit geschafft wird ▪ Patienten zufriedener sind u. dies rückmelden ▪ Streit untereinander abnimmt ▪ sich die Identifikation mit der Klinik erhöht 	
Reibungsverluste verringern	<ul style="list-style-type: none"> ▪ die Aktensuche reduziert wird ▪ Wartezeiten reduziert werden ▪ Informationen alle Mitarbeiter erreichen 	

Bewertung durch die Interviewpartner

Die meisten Interviewteilnehmer enthielten sich einer Bewertung über den Arbeitskreis Gesundheit, da ihnen bis auf die Informationen, die sie über die Faltblätter zu Beginn des Forschungsprojektes erhalten hatten, keine oder nur wenig Einzelheiten über dessen Aufgaben und Tätigkeit bekannt waren.

Jene drei Gesprächspartner, die am Arbeitskreis selbst teilgenommen hatten, beurteilten diesen zumindest zu Beginn als sehr positiv und konstruktiv, da konkrete Arbeitsergebnisse, wie z.B. die Festlegung des Themas, der Arbeitsauftrag oder die Zielformulierung erreicht werden konnten und auch ein Austausch zwischen den Berufsgruppen möglich war. Kritisch wurde die geringe Beteiligung des ärztlichen Dienstes, insbesondere des ärztlichen Klinikdirektors gesehen.

Sich mit dem Thema „Informationstransparenz“ zu beschäftigen wurde als richtig und gut bewertet, jedoch teilweise nicht ohne eine gewisse Ironie betrachtet. Ein Gesprächspartner kommentierte: „Bezeichnend für die Wahl des Themas, dass sich diese Information zu uns nicht transparent durchgeschlagen hat“ (I-4). Allerdings hätten sich nach Ansicht einiger Interviewpartner angesichts der Problemvielfalt der Interventionsklinik auch andere wichtige Themen angeboten.

Die Auswahl der Zirkelteilnehmer durch den Arbeitskreis stieß sowohl auf Zustimmung, wie auch auf Kritik. Insgesamt sah man sich durch die Zirkelteilnehmer gut vertreten, ein Interviewpartner berichtete, dass einige Mitarbeiter verärgert über den Auswahlprozess der Teilnehmer waren und das Gefühl bestand, dass dabei manipuliert wurde (I-13).

Bewertung der wissenschaftlichen Begleitforschung

Insgesamt ist die Vorgehensweise im Rahmen der *Interventionsplanung* positiv zu bewerten. Durch die konstruktive Arbeit der Teilnehmer konnten anhand der biopsychosozialen Kennzahlen zügig verschiedene Handlungsbedarfe identifiziert werden. Der Austausch über die Kennzahlen war ein wichtiger erster Schritt, wobei für die Interpretation der Kennzahlen die Unterstützung durch die wissenschaftliche Begleitforschung hilfreich war.

Das Thema für die Arbeit des Gesundheitszirkels war gut gewählt, da die Defizite im Informationsbereich alle Klinikmitarbeiter betrafen und zu vermuten war, dass sich hier erzielte Verbesserungen auch auf andere kritische Bereiche auswirken würden. Hingegen ist der Auswahlprozess für die Zirkelteilnehmer kritisch zu sehen. Aufgrund der Vielzahl an Bewer-

ungen aus dem Pflegebereich wurden vom Arbeitskreis bestimmte Pflegekräfte bestimmt, wobei nicht ausreichend kommuniziert wurde, nach welchen Kriterien die Auswahl erfolgte. Anders verhielt sich die Situation beim medizinischen Dienst und der Verwaltung. Aus diesen Berufsbereichen hatten sich keine Teilnehmer freiwillig gemeldet, so dass hier verschiedene Mitarbeiter von der ärztlichen Direktion zur Teilnahme am Gesundheitszirkel verpflichtet wurden.

Ebenso ist zu bemängeln, dass die ärztliche Direktion nur an einem Arbeitskreistreffen teilnahm und die Beteiligung der Teilnehmer im Verlauf der Sitzungen ständig abnahm, so dass von den erstmals acht Teilnehmern zum Schluss nur noch drei übrig blieben. Insgesamt waren dadurch der Entscheidungsradius und die Entscheidungsfähigkeit des Arbeitskreises nur begrenzt, was sich besonders in den kritischen Projektphasen negativ bemerkbar machte.

Auch gelang es nicht, den Arbeitskreis Gesundheit über das Ende des Projektes hinaus zu verstetigen, so dass die Wahrscheinlichkeit weiterer Aktivitäten zur Förderung der Mitarbeitergesundheit eher gering ist.

6.6. Intervention: Der Gesundheitszirkel, die beschlossenen Maßnahmen und deren Umsetzung

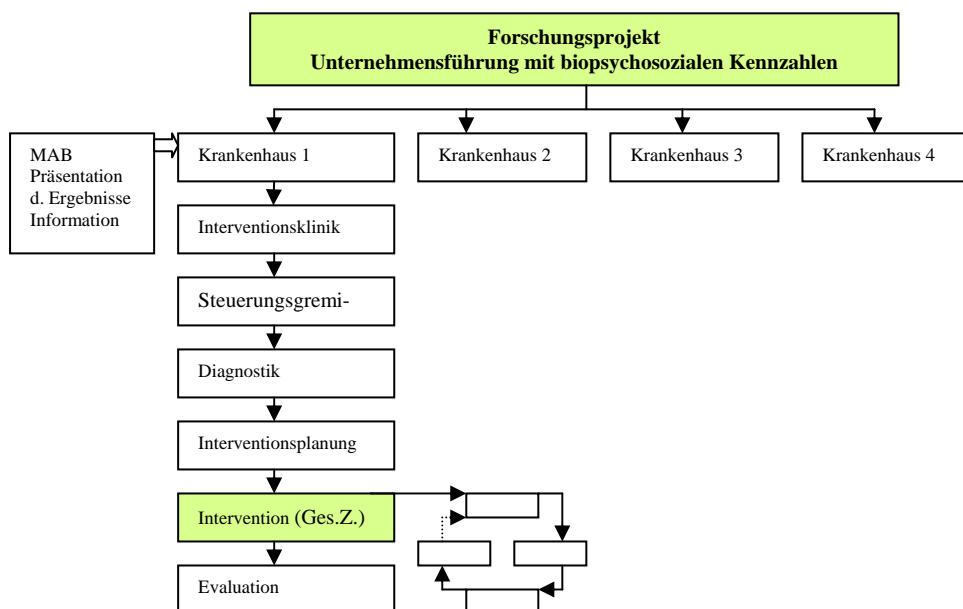


Abbildung 48: Übersicht über das Forschungsprojekt – Intervention (GZ)

6.1.1. Der Gesundheitszirkel

Die Sitzungen des Gesundheitszirkels fanden während der Dienstzeit statt bzw. wurden, sofern die Teilnahme außerhalb der Arbeit erfolgte, in Freizeit ausgeglichen. Insgesamt fanden zehn Sitzungen à 2 Stunden statt, die ebenfalls von der wissenschaftlichen Begleitforschung vor- und nachbereitet, moderiert und protokolliert wurden (s. Arbeitskreis, Kapitel 6.5).

Aufgabe des Gesundheitszirkels war es, in einem ersten Schritt zu ermitteln, wie die derzeitige Informationsvermittlung in der Interventionsklinik aussieht, welche Ursachen es für die Probleme einer verbindlichen Informationsvermittlung gibt und welche Lösungsvorschläge die Mitarbeiter des Gesundheitszirkels zur Behebung dieses Problems haben.

Die weitere Bearbeitung des Themas „Verbindliche Informationsvermittlung“ erfolgte durch ein Mitarbeiterteam von insgesamt zehn Teilnehmern. Der Gesundheitszirkel setzte sich zusammen aus Ärzten, Pflegekräften und einem Mitarbeiter aus der Verwaltung (s. Abbildung 49).

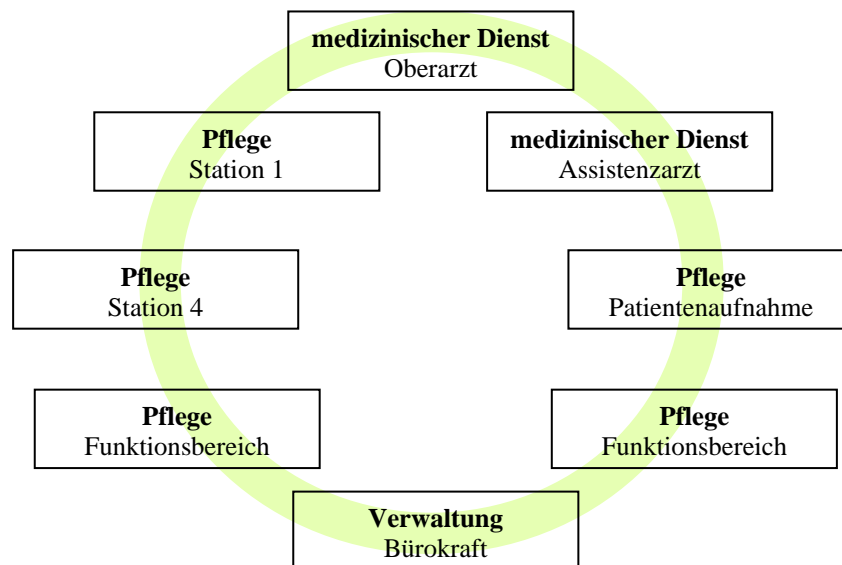


Abbildung 49: Teilnehmer des Gesundheitszirkels

Der Ablauf der Sitzungen gestaltete sich wie folgt: Zu Beginn wurde das Protokoll der vorangegangenen Sitzung besprochen und verabschiedet sowie nach Anregungen oder Kritik seitens der Nicht-Teilnehmer gefragt. Anschließend erfolgte die Bearbeitung eines Themas. Die Sitzungen wurden beendet mit der Aufforderung an die Zirkelteilnehmer, die Ergebnisse in den Arbeitsbereichen zu diskutieren sowie in einer kurzen Abschlussbewertung der Sitzung.

6.6.2. Ursachenanalyse

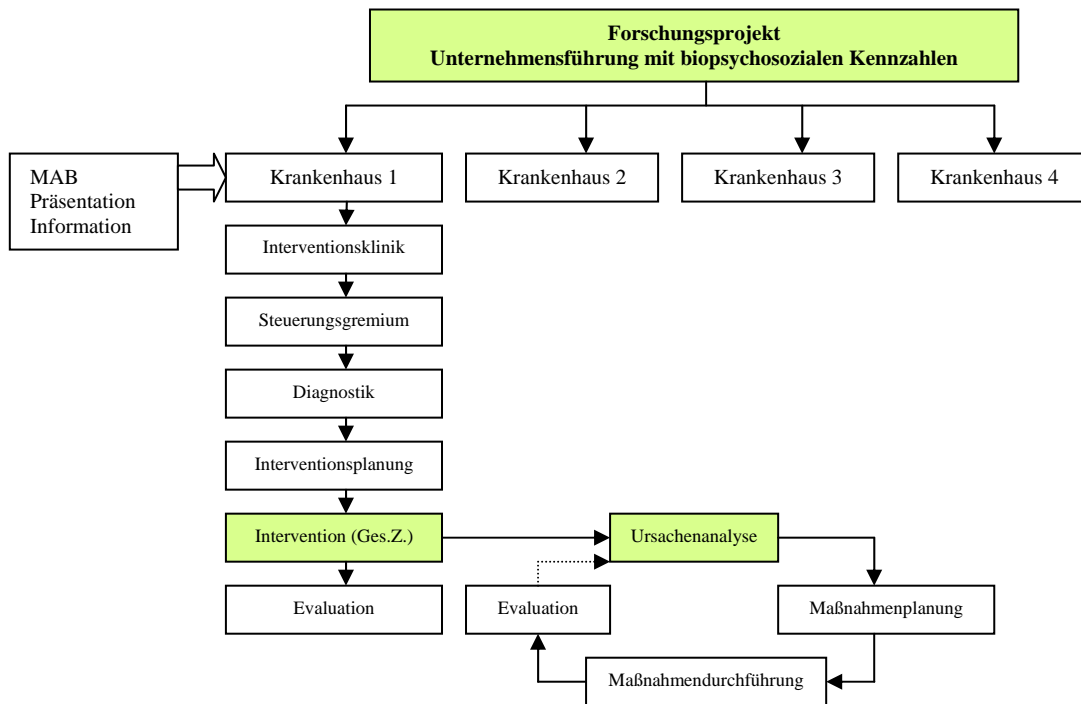


Abbildung 50: Übersicht über das Forschungsprojekt – Ursachenanalyse

Beim ersten Treffen des Gesundheitszirkels wurden die Teilnehmer gebeten darzulegen, was ihrer Ansicht nach den Informationsfluss in der Klinik behindert.

In Form einer Kartenabfrage wurden Aspekte benannt, die zu verschiedenen Kategorien zusammengefasst wurden (vgl. Tabelle 30).

Tabelle 30: Ergebnisse der Kartenabfrage im Gesundheitszirkel

Problem	macht sich folgendermaßen bemerkbar ...
Informationsweitergabe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informationen werden nicht (original) weitergegeben (4x) ▪ viele mündliche Übermittlungen – oft über Dritte ▪ Info's von Arzt zu Arzt finden über die Pflege statt ▪ nicht ausreichende Auseinandersetzung mit dem zu übermittelnden Problem ▪ Sende und Empfangsfrequenz stimmen nicht überein ▪ oft generell fehlende Informationen
Umgang mit Regeln	<ul style="list-style-type: none"> ▪ vorhandene Regeln werden nicht eingehalten. Von Arzt \Leftrightarrow Arzt, Arzt \Leftrightarrow Pflege, z.B. bei der Patientenaufnahme oder der OP-Reihenfolge (2x) ▪ ständige Ausnahmen verhindern den Informationsfluss
Organisationsstruktur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ häufig wechselnde Ansprechpartner, z.B. durch Schichtdienst oder Fluktuation ▪ ärztliche Zuständigkeiten sind unklar. Wer macht was? ▪ Lange Wartezeiten auf Operateur unter Narkose ▪ fehlender Aushang, wo Termine usw. aufgehängt werden können
Individuum in der Gesellschaft	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nicht zusammen, sondern gegeneinander arbeiten (Ellenbogen), Ärzte insbes. Oberärzte ▪ jeder kocht seine eigenen Suppe

Deutlich wurde, dass der Informationsfluss teilweise behindert wird, weil benötigte Informationen nicht vorhanden oder nicht bekannt sind, bzw. die Informationsvermittlung selbst verschiedenen Störgrößen ausgesetzt ist. Teilweise sind organisatorische Mängel zu erkennen, wie z.B. fehlende Austauschmöglichkeiten der Berufsgruppen oder unklare Informationswege oder Zuständigkeiten. Vielfach lassen sich die Probleme jedoch auf das persönliche Kommunikationsverhalten zurückführen, z.B. in dem Informationen nicht weitergegeben werden, oder Mitarbeiter die Absprachen und Regeln zwar kennen, sich jedoch nicht daran halten.

Anschließend wurde mit der Problemanalyse fortgefahren. Anhand der Kreiseldiagramm-Methode (vgl. Seifert /Pattay 1989) trugen die Teilnehmer zusammen, wie sich die derzeitige Situation der Informationsvermittlung in der Interventionsklinik darstellt, welche Ursachen hierfür nach Ansicht der Zirkelteilnehmer zugrunde liegen und welche Personengruppen betroffen sind. Von den insgesamt 15 genannten Problembereichen und 60 ermittelten Ursachen sollen im Folgenden nur einige exemplarisch vorgestellt werden.

Tabelle 31: Beispiele für den Ist-Zustand, Ursachen, am Problem beteiligte Personen und Häufigkeit des Auftretens von Problemen

Ist-Zustand	Ursachen	Am Problem beteiligte Personen/ Häufigkeit des Auftretens
es finden keine direkten Absprachen statt (Informationen werden über Dritte weitergeleitet)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ fehlende Definition über Informationswege ▪ Bequemlichkeit ▪ Angst vor Konfrontation ▪ schlechter Stil 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärzte, Pflegepersonal ▪ mehrmals täglich
es fehlen Informationen über den Krankheitsverlauf von Patienten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ fehlende Visitenkultur, keine festgelegten Visitenzeiten ▪ mangelnde Kontinuität in der Personalbesetzung auf einer Station 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärzte, Pflegepersonal ▪ mehrmals täglich
es gehen Befunde/Akten verloren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ noch keine EDV-Akte (Papierakte) ▪ Akten von Privatpatienten bleiben nicht lange genug auf Station ▪ Akten haben keine aktuellen Patientenaufkleber ▪ respektloser Umgang mit der Patientenakte, vorgegebene Ablageorte/-wege werden nicht eingehalten ▪ egozentrische Prioritätensetzung, keine Weitsicht für den Gesamtprozess ▪ mitunter kein Teamgeist zwischen Ärzten und Pflegenden 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärzte, Pflegepersonal ▪ mehrmals täglich
Bei den Angaben handelt es sich um Ausschnitte eines Kreiseldiagramms ²¹		

²¹ Die vollständigen Kreiseldiagramme s. Anhang 4.

Wie anhand der in Tabelle 31 aufgeführten Beispiele zu erkennen ist, lagen Ursachen einerseits in organisatorischen Mängeln, wie z.B. nicht klar definierten Informationswegen, fehlenden festen Visitenzeiten oder dem ständigen Wechsel von Ärzten auf den Stationen.

Zudem wurden Probleme auch durch das Verhalten des einzelnen Mitarbeiters, z.B. deren Bequemlichkeit und Egoismus, hervorgerufen. Deutlich zu erkennen ist, dass die Probleme durch ihr häufiges Auftreten eine starke Belastung im Arbeitsalltag darstellten und Ärzte wie Pflegepersonal hiervon gleichermaßen betroffen waren.

6.6.3. Maßnahmenplanung

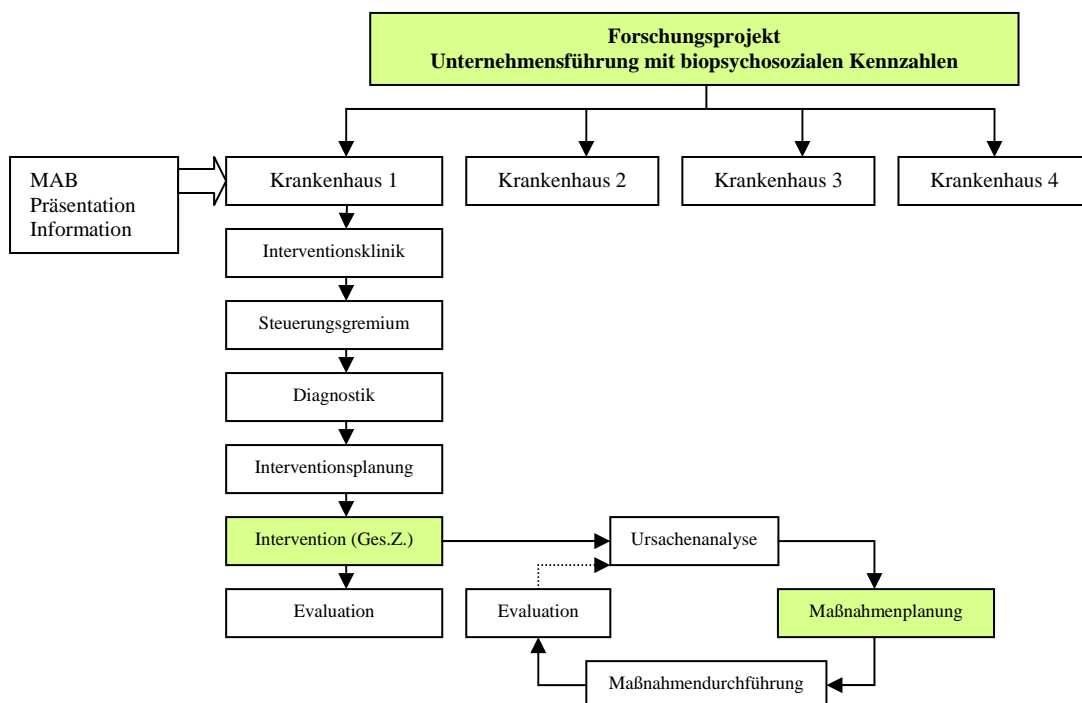


Abbildung 51: Übersicht über das Forschungsprojekt – Maßnahmenplanung

Orientiert an den Vorstellungen der Zirkelteilnehmer, wie eine gute Informationstransparenz in der Interventionsklinik aussehen sollte, wurden anschließend entsprechende Maßnahmen entwickelt (vgl. Tabelle 32).

Die Maßnahmen beinhalteten organisatorische Veränderungen, wie z.B. die Einrichtung fester Visitenzeiten. Sie richteten sich zudem an die Mitarbeiter selbst, wie z.B. in der Aufforderung zur Vorbildfunktion.

Tabelle 32: Beispiele für Problemfelder, dem Soll und Maßnahmen

Ist	Soll	Maßnahmen
keine direkten Absprachen (über Dritte)	direkte Absprachen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nichts über Dritte ausrichten ▪ im Verhinderungsfall kümmert sich jeder selbst um eine Vertretung, disziplinarische Konsequenzen (Verweis, Abmahnung) bei wiederholtem Zuwiderhandeln ▪ Appell zu Vorbildfunktion
fehlende Informationen über Patienten (Ansprechpartner)	Zuständigkeiten sind klar geregelt; Dokumentation ist gut geführt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1-2 Visiten pro Tag zur selben Zeit ▪ für jeden Patienten ist eine Schwester zuständig ▪ für jede Station ist ein Arzt zuständig, informiert, erreichbar
verloren gegangene Befunde / Akten	vollständige stets greifbare Akten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ eine zentrale Ablagestelle ▪ ein Aktenbeauftragter
bei den Angaben handelt es sich um Ausschnitte eines Kreiseldiagramms ²²		

Alle der insgesamt 46 entwickelten Maßnahmen wurden abschließend hinsichtlich ihrer Dringlichkeit und ihres Umsetzungsaufwands zugeordnet. Nach Einschätzung der Zirkelteilnehmer bestand für den größten Teil der Maßnahmen eine hohe Dringlichkeit - der Aufwand für deren Umsetzung wurde unterschiedlich eingeschätzt. Abbildung 52 gibt einen Auszug der Aufstellung²³.

Dringlichkeit	hoch	<ul style="list-style-type: none"> ▪ strikte Einhaltung des Terminkalenders ▪ Oberarzt für Aufnahmen und Verlegungen benennen ▪ Appell an Vorbildfunktion an alle ▪ Mindeststandard für Anamnese festlegen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Übersicht erstellen über Zuständigkeiten, Aufgabenbereiche und Hierarchien/ Entscheidungsbefugnisse ▪ ärztlichen/pflegerischen Standardbeauftragten festlegen ▪ mehr Informationen schriftlich weitergeben 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ konsequente Ausführung des OP-Planers ▪ feste Visitenzeiten vereinbaren ▪ Festlegung, dass jeweils ein Arzt für eine Station zuständig u. erreichbar ist ▪ Gesamtauftritt der Klinik neu gestalten
	mittel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dienstags-Fortbildung für alle Mitarbeiter öffnen ▪ Tagesordnung rechtzeitig aushängen 		
	gering	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuständigkeitsliste über alle Studien erstellen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fortbildungen über Studien und Studienverläufe/Ergebnisse 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ mehr Informationsveranstaltungen zu Klinikabläufen
		gering	mittel	Hoch
Aufwand				

Abbildung 52: Beispiele zur Einschätzung von Aufwand und Dringlichkeit

²² Die vollständigen Kreiseldiagramme s. Anhang 4

²³ Die vollständige Maßnahmendarstellung s. Anhang 5

Zur Verdeutlichung der Wichtigkeit des Themas und des Handlungsbedarfs hatten die Zirkelteilnehmer zudem zusammengetragen, welche Folgen ihrer Ansicht nach eine ungenügende Informationsvermittlung auf ihr physisches und psychisches Befinden, die Zusammenarbeit im Team und die Qualität der Arbeit haben (s. Tabelle 33).

Die Tabelle veranschaulicht die Auswirkungen, bzw. Interdependenzen, welche die Zirkelteilnehmer zwischen der Arbeitssituation, der Zusammenarbeit und dem Befinden der Mitarbeiter sehen. Sie zeigt ferner, wie eng aus ihrer Sicht Gesundheit und Wohlbefinden mit der Motivation, der Qualität der Arbeit und letztlich auch mit Kosteneffekten verbunden sind.

Tabelle 33: Folgen einer mangelhaften Informationstransparenz aus Sicht der Teilnehmer des Gesundheitszirkels

Person	Team	Arbeit
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärger/Frust ▪ unnötiger Verbrauch von Kraftreserven ▪ Distanzierung ▪ innere Emigration ▪ Loyalitätsverlust ▪ Überbelastungen ▪ Motivationsverlust ▪ innerer Widerstand zur Arbeit zu kommen ▪ man wird sich selbst und seiner Arbeit gegenüber unkritisch ▪ Müdigkeit nach, aber auch vor der Arbeit ▪ Kopfschmerzen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reibungsverluste ▪ mangelndes Wir-Gefühl ▪ hohe Fluktuation ▪ hoher Krankenstand ▪ unnötiger Verbrauch von Kraftreserven ▪ Überbelastung ▪ Demotivation ▪ Verlust der Kommunikationsbereitschaft ▪ Misstrauen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>hoher</u> Zeitaufwand ▪ gefährliches Arbeiten ▪ Zusatzkosten/entgangene Einnahmen ▪ schlechte Patientenversorgung ▪ zu viele unnötige Organisation auf Kosten der Patientenbetreuung ▪ seltenes Einhalten von Erholungspausen
Die Angaben basieren auf einer Zurufabfrage der Teilnehmer des Gesundheitszirkels		

Zum Abschluss der Sitzungen des Gesundheitszirkels fand eine Präsentation der Ergebnisse vor dem Arbeitskreis Gesundheit und Stellvertretern der Leitung des Krankenhauses 1 statt.

6.6.4. Maßnahmendurchführung

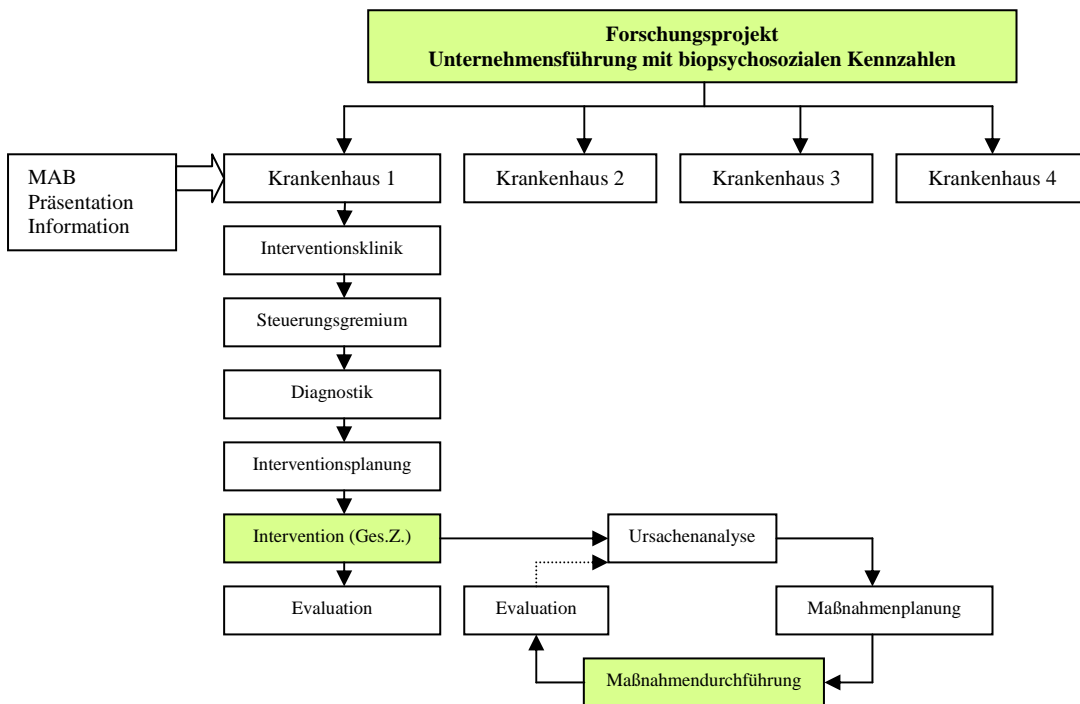


Abbildung 53: Übersicht über das Forschungsprojekt – Maßnahmendurchführung

Die Umsetzungsphase wurde gemeinsam mit der ärztlichen und pflegerischen Leitung der Interventionsklinik sowie der wissenschaftlichen Begleitforschung geplant. Angedacht war, zunächst eine Informationsveranstaltung durchzuführen, um alle Mitarbeiter über die Ergebnisse des Gesundheitszirkels und die weitere Vorgehensweise zu unterrichten.

Für die konkrete Umsetzung der Maßnahmen wurde vereinbart, dass die ärztliche und pflegerische Leitung einzelne Mitarbeiter ansprechen, die für eine bestimmte Maßnahmenumsetzung verantwortlich sein sollten. Die wissenschaftliche Begleitforschung sollte einen Maßnahmenplan erstellen und diesen in Form eines Plakates in allen Abteilungen und Funktionsbereichen aushängen. Hierdurch hätten die Mitarbeiter der Interventionsklinik erkennen können, welche Maßnahmen geplant waren, in welcher Reihenfolge diese umgesetzt werden sollten, der eingeplante Zeitrahmen sowie die an der Umsetzung beteiligten Personen. Es wurde beschlossen mit einem zentralen Lösungsvorschlag sowie zwei bis drei kleineren aber schnell umsetzbaren Maßnahmen zu beginnen.

Um einen Austausch über den Umsetzungsprozess und mögliche auftretende Probleme und Lösungsvorschläge zu gewährleisten, wurde angeregt, eine Gruppe bestehend aus ärztlichem Direktor, Pflegedienstleitung und Oberärzten zu bilden, die sich einmal wöchentlich trifft.

Mit der Maßnahmenumsetzung wurde umgehend begonnen, jedoch verlief der Prozess von Beginn an problematisch. Bereits zu Beginn der Umsetzungsphase hielt sich die Führung nicht an die vereinbarte Vorgehensweise, was zu Widerständen bei den Mitarbeitern führte, Konflikte verstärkt auftreten ließ und eine Negativspirale in Gang setzte.

Da es der Führung der Interventionsklinik trotz Unterstützung durch die wissenschaftliche Begleitforschung nicht gelang mit diesem Problem umzugehen, kam der Prozess letztlich zum Stillstand. Versuche, den Prozess mit Unterstützung des Arbeitskreises Gesundheit wieder in Gang zu bringen scheiterten, da dieser über keine entsprechenden Entscheidungskompetenzen verfügte.

6.6.5. Evaluation des Gesundheitszirkels

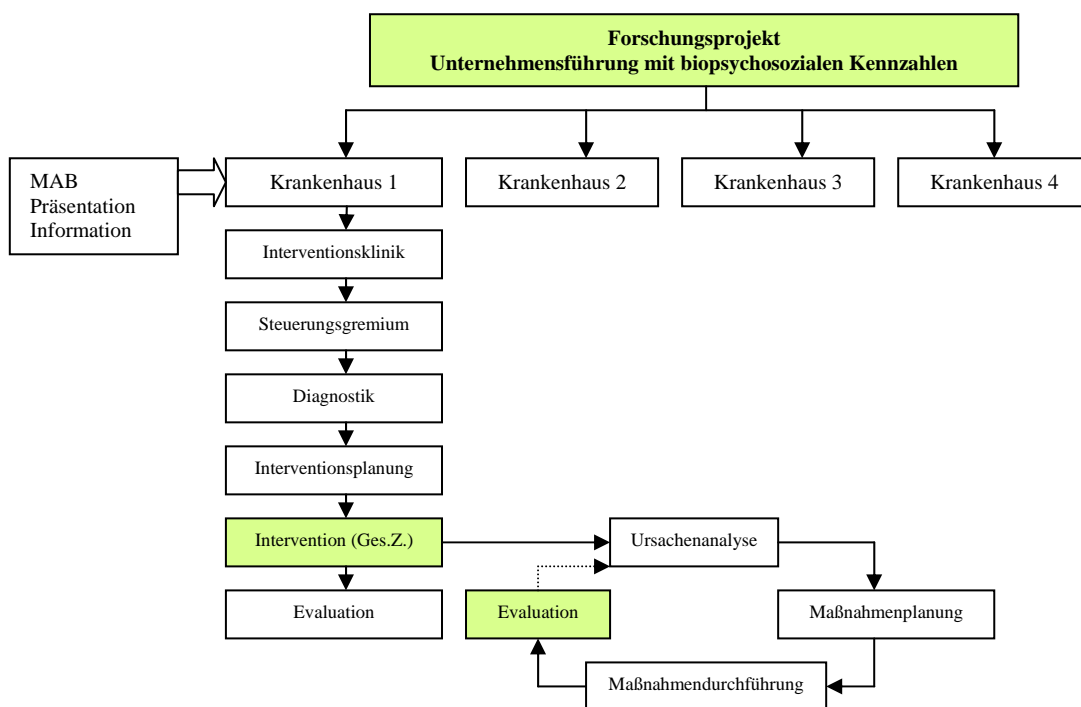


Abbildung 54: Übersicht über das Forschungsprojekt – Evaluation (GZ)

6.6.5.1. Auswertung des Gesundheitszirkels

Der Gesundheitszirkel traf sich im Zeitraum von November 2002 bis Februar 2003 zu insgesamt zehn Sitzungen à zwei Stunden.

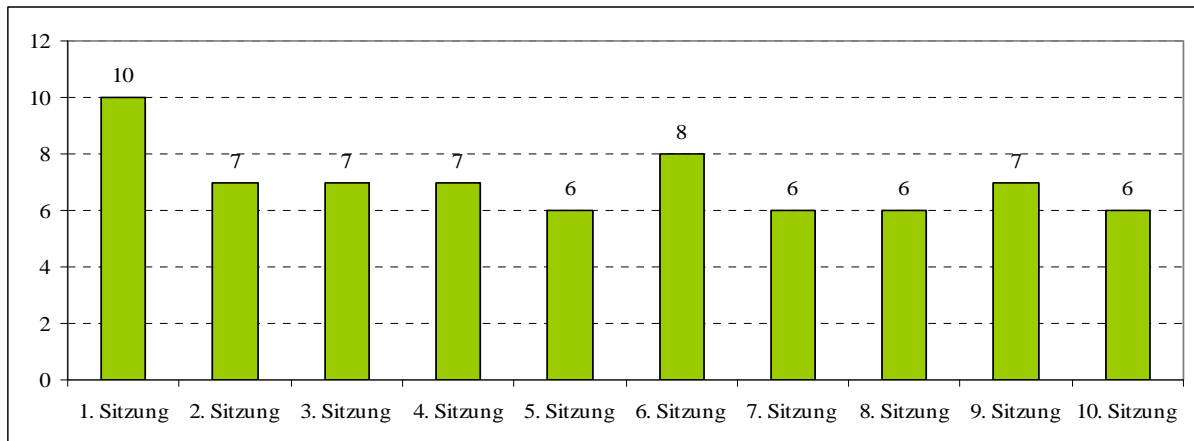


Abbildung 55 : Teilnahme an den Sitzung des Gesundheitszirkels

Trotz der im Arbeitsvertrag zugesicherten Freistellung der Mitarbeiter für die Zeit der Sitzungen, begannen die Sitzungen in der Regel mit einer Verspätung und es waren bis auf den ersten Termin nie alle Teilnehmer anwesend (vgl. Abbildung 55). Teilweise wechselte auch die Zusammensetzung des Teams, da aus unterschiedlichen Gründen Vertreter geschickt wurden.

Im Sitzungszeitraum konnten insgesamt 15 Situationen identifiziert werden, in denen Probleme bei der Informationsvermittlung auftreten und 59 zugrunde liegenden Ursachen hierfür. Die Beteiligten erarbeiteten, welche Auswirkungen eine fehlende Informationstransparenz auf die eigene Person, das Team sowie die Qualität der Arbeit haben und entwickelten 46 Lösungsvorschläge, die aus ihrer Sicht zu Verbesserung der Informationsvermittlung beitragen können.

Im Anschluss an die Präsentation der Ergebnisse wurde von der wissenschaftlichen Begleitforschung ein Maßnahmenplan erstellt. Ferner war eine Veranstaltung für die Beschäftigten der Interventionsklinik geplant, um sie über die Ergebnisse des Gesundheitszirkels und die weitere Umsetzungsphase zu informieren. Diese entfiel jedoch, da die Klinikdirektion schon zuvor persönlich Kontakt zu den Mitarbeitern, die bestimmte Aufgaben im Rahmen der Umsetzung übernehmen sollten, aufgenommen hatte.

Zu einer systematischen Umsetzung der Lösungsvorschläge kam es aufgrund interner Probleme nicht, so dass nur einzelne Maßnahmen umgesetzt werden konnten.

Da viele Mitarbeiter, insbesondere die Ärzte nach wie vor nicht ausreichend über das Forschungsprojekt und den Stand der Dinge informiert waren, erfolgte auf Wunsch des medizinischen Dienstes eine Informationsveranstaltung im Rahmen einer Fortbildungsreihe.

Insgesamt konnten die vom Arbeitskreis Gesundheit gesetzten Ziele, wie die Verbindlichkeit von Informationen zu erhöhen, die Informationsvermittlung zu vereinfachen, den Informationsfluss zu verbessern, Reibungsverluste zu verringern und die Zufriedenheit der Mitarbeiter zu verbessern, nur in geringem Umfang erreicht werden.

Ein Vorschlag der wissenschaftlichen Begleitforschung, einen extern moderierten Workshop durchzuführen, um gemeinsame Regeln für die weitere Umsetzung festzulegen, gegenseitige Erwartungen zu klären und eine gemeinsame Problemsicht zu entwickeln, um eine Basis für die weitere Zusammenarbeit zu finden, scheiterte.

Da die Führung keinen geeigneten Weg fand mit diesen Problemen umzugehen und auch der Arbeitskreis Gesundheit keine Möglichkeiten sah auf die Führung und die Mitarbeiter einzuwirken, wurde der Prozess letztlich im November 2003 abgebrochen und lediglich einige kleinere Maßnahmen von der Pflege in eigener Initiative durchgeführt.

Bewertung der Interviewpartner

Die Bewertung des *Gesundheitszirkels als Interventionsform* war überwiegend positiv. Die meisten Interviewpartner sahen diesen als geeignete Methode an, um die Ursachen für die Probleme bei der Informationsvermittlung zu benennen, Lösungswege zu finden und damit die Arbeitssituation positiv zu beeinflussen. Dementsprechend schilderten die befragten Experten, dass der Gesundheitszirkel in der Klinik einen hohen Stellenwert besaß und die Erwartungen an die Arbeit der Zirkelteilnehmer insgesamt hoch ausfielen. Konkret erhoffte man sich, dass Missstände benannt werden, der Gesundheitszirkel als Sprachrohr für die Probleme der Mitarbeiter dient und sich die Arbeitssituation in der Interventionsklinik zum Positiven verändert. Konkret benannten die Interviewpartner, dass sich die Kommunikation im Haus verbessert, sowohl was die Weitergabe von Informationen betrifft als auch in Bezug auf das Wissen um Kommunikationsstrukturen, das Einhalten von Absprachen sowie den Umgangston. Darüber hinaus hoffte man, dass sich die Maßnahmen positiv auf das Arbeitsklima auswirken, mehr Kollegialität und Verlässlichkeit untereinander entsteht, die Kollegen sich stärker mit der Interventionsklinik identifizieren, man sich mehr für die Einrichtung engagiert und gemeinsam an der Lösung bestehender Probleme arbeitet.

Dennoch bestand bei einigen Befragten aufgrund eines zuvor gescheiterten Qualitätszirkels eine große Skepsis gegenüber diesem neuen Projekt. Ein Teilnehmer kommentierte (I-11): „Wieder ne AG oder ein Zirkel um irgendwas zu erreichen.“

Hinsichtlich der *Teilnehmer und der Zusammensetzung des Gesundheitszirkels* sahen sich die Befragten weitgehend gut vertreten. Manche bemängelten, dass einige Teilnehmer zu kurz in der Klinik beschäftigt seien, um die Situation umfassend beurteilen zu können und an Lösungen mitzuwirken. Ebenso wurde kritisiert, dass es sich teilweise um Personen handelte, die sich bislang nicht unbedingt für die Mitarbeiter engagiert hätten. Durchweg positiv wurde die interdisziplinäre und hierarchieübergreifende Zusammensetzung bewertet, die zu einem besseren Verständnis untereinander beigetragen hätte.

Die *Tätigkeit des Gesundheitszirkels* selbst wurde von außen sehr unterschiedlich wahrgenommen. Obwohl die Öffentlichkeitsarbeit von allen Befragten als sehr gut und ausreichend eingeschätzt wurde, wussten die Nicht-Teilnehmer kaum etwas darüber, was in den Sitzungen stattfand und zu welchen Ergebnissen der Gesundheitszirkel gekommen war. Offenbar gab es keinen kontinuierlichen Austausch zwischen Zirkelteilnehmern und ihren Kollegen, obwohl diese von der wissenschaftlichen Begleitforschung jeweils zum Abschluss, bzw. zu Beginn einer Sitzung hierzu aufgefordert wurden. Als Grund für die unzureichende Kommunikation nannten die am Gesundheitszirkel beteiligten Interviewpartner, dass sie einerseits im Arbeitsalltag keine Möglichkeit erhalten hatten, von der Zirkelarbeit zu berichten. Zum anderen sei das Interesse seitens der Kollegen auch nur gering gewesen. Ein Interviewpartner berichtete (I-10): „Ich habe das auch versucht teilweise in Besprechungen einzuflechten, aber dann habe ich es irgendwann nur noch dabei bewenden lassen, dass ich sagte »wenn Sie was haben oder sagen möchten oder fragen möchten - jederzeit«. Dann sagten die »Ja Du bist ja da - das reicht doch«.“

Die Aussagen der Nicht-Teilnehmer bestätigten, dass sie grundsätzlich die Möglichkeit gegeben sahen, eigene Vorstellungen in den Gesundheitszirkel einbringen zu können, es bestand jedoch wenig Interesse, sich persönlich bei den Zirkelteilnehmern oder mittels der Sitzungsprotokolle über die Arbeit zu informieren. Als Gründe hierfür nannten die Interviewpartner die Flut an Informationsmaterialien, die fehlende Zeit sich in Ruhe Informationen durchzulesen und das geringe Interesse an einer Maßnahme, der man eher wenige Erfolgchancen einräumte. Ein Interviewpartner formulierte dies so (I-2): „Was soll ich nach verfolgen, was alles geredet wird von sicherlich wichtigen Dingen, die dann eh nicht umgesetzt werden.“ Die ärztlichen Interviewpartner äußerten sich zudem dahingehend, dass ein kritischer Austausch über die Ergebnisse und mögliche Ursachen nur mit wenigen vertrauten Personen stattgefunden habe, da keine Vertrauensbasis unter den Kollegen bestehe und berufliche Konsequenzen befürchtet wurden.

Die Interviewpartner, die am Gesundheitszirkel teilgenommen hatten äußerten sich größtenteils positiv: Die Zufriedenheit mit den Sitzungen des Gesundheitszirkels war durchweg hoch was die Punkteabfrage, die jeweils zum Ende der Sitzungen durchgeführt wurde, belegte. Auch in den Interviews äußerten sich die am Gesundheitszirkel Beteiligten überwiegend positiv. Sie empfanden die Sitzungen zwar manchmal als aufreibend und anstrengend, aber auch als produktiv, lebendig und motivierend. Für sie stellte der Gesundheitszirkel eine Möglichkeit dar, Probleme offen anzusprechen zu können, mit anderen Berufsgruppen oder Funktionsbereichen in Kontakt zu kommen und mit Personen zusammenzuarbeiten, die ebenfalls etwas verändern wollen.

Die erarbeiteten *Lösungsvorschläge*, sofern sie den Interviewpartnern bekannt waren, wurden als gut und prinzipiell umsetzbar bewertet. Gleichwohl hatten alle Befragten von Anfang an starke Zweifel, ob die Maßnahmen tatsächlich umgesetzt werden könnten. Zum Einen war man skeptisch, ob Appelle an die Vernunft oder das Vorbildverhalten der Kollegen eine Wirkung zeigen würden, zumal man kaum eine Möglichkeit sah, abweichendes Verhalten zu sanktionieren. Zum Anderen gab es aufgrund der schlechten Erfahrungen mit der Führung massive Zweifel, ob diese die Umsetzung diesmal mittragen würde und z.B. auch ihren Einfluss auf das Verhalten der Mitarbeiter positiv geltend macht.

Die Vorgehensweise der *Maßnahmenumsetzung* zunächst einen Maßnahmenplan zu erstellen, interessierte Mitarbeiter mit der Umsetzung zu betrauen und nach und nach die Maßnahmen umzusetzen, wurde als positiv bewertet. Ebenso, den Prozess auf Plakaten darzustellen und auf den Stationen/Funktionsbereichen auszuhängen, damit alle Beschäftigten den Umsetzungsprozess verfolgen können.

Dass die Umsetzung scheiterte, war für viele insgesamt eine große Enttäuschung, jedoch für die meisten Interviewteilnehmer auch keine Überraschung. Sie sahen sich in ihren Zweifeln bestätigt, die sie stets diesbezüglich bereits mehrfach während des Projektverlaufs geäußert hatten. Entscheidender Faktor war für den überwiegenden Teil der Interviewpartner das Verhalten der ärztlichen Direktion. Die Folgen für den weiteren Projektverlauf kommentierte ein Interviewpartner folgendermaßen (I-6): „Das ist ein wunderbares Modell, dass sich niemand an Vereinbarungen halten muss. Ein Negativmodell, was in diesem Haus vielfältigst kopiert wird.“

Ebenso führte die Vorgehensweise der ärztlichen Direktion bei der Auswahl der Personen, die für die Umsetzung der Maßnahmen gewonnen werden sollten, zu Verstimmungen. Ein Interviewpartner berichtet (I-13): „weil er ... Leute bestimmt, ohne das vorher mit denen abzu-

sprechen. Die sind gar nicht großartig gefragt worden »Möchten Sie?«, sondern es wurde gesagt »Sie machen!« – und das ist immer schon eine schlechte Basis.“

Dennoch sahen einige Interviewpartner auch sich selbst und die fehlende Bereitschaft der Klinikmitarbeiter, sich in dem Projekt zu engagieren, als Ursache für den negativen Projektverlauf. Selbstkritisch äußerten sie, dass ein Einzelner nicht alleine für das Scheitern des Prozesses verantwortlich gemacht werden kann bzw. es der Anstrengung aller bedarf, damit ein solches Projekt erfolgreich verläuft.

Hinsichtlich der *Ergebnisse*, die durch die Arbeit des Gesundheitszirkels erreicht wurden und die sich an den Zielen des Arbeitskreises orientierten, waren sich die Interviewpartner einig, dass hier kaum Veränderungen erzielt werden konnten. Erhofft hatte man sich positive Effekte in Bezug auf eine Verbesserung der Qualität der Informationstransparenz, der Mitarbeiterzufriedenheit und des körperlichen und seelischen Wohlbefindens.

Sofern von Verbesserungen gesprochen wurde, bezogen sich diese auf kleinere Maßnahmen in einzelnen Organisationseinheiten wie z.B. ein neuer Fax-Vordruck, der für eine bessere Information zwischen zwei Funktionsbereichen sorgte und damit zu einem reibungsloseren Arbeitsablauf beitrug, die Weitergabe von Besprechungsprotokollen aus den Oberarztsitzungen, vermehrte Rundschreiben, Standards, die jedem Assistenzarzt oder Klinikmitarbeiter zur Verfügung gestellt werden sollen und in manchen Pflegebereichen ein engerer Austausch untereinander und mit der Pflegedienstleitung. Ein Gesprächspartner fasste das Arbeitsergebnis folgendermaßen zusammen: „Minimale Veränderungen sind schon in Bewegung gekommen, aber der große Wurf ist uns halt nicht gelungen“ (I-6).

Erhoffte Nebeneffekte, wie die Verbesserung des Betriebsklimas in der Interventionsklinik, eine positive Veränderung in Bezug auf den Zusammenhalt unter den Mitarbeitern oder den Führungsstils gab es nicht, die Arbeitszufriedenheit hatte sich teilweise sogar eher noch verschlechtert. Vor allem bei den engagierten Mitarbeitern war ein tendenzieller Rückzug zu verzeichnen. Ein Gesprächspartner kommentierte dies folgendermaßen: „... dass ich sehe, dass dieses Engagement weder belohnt noch bringend ist, das hat bei mir dazu geführt zu sagen, wenn dies nicht mal möglich ist, dann will ich hier zumindest so weiterarbeiten, dass es für mich nicht schlechter wird und ich für mich das rausnehme, was mir die Uni bringen kann, solange es mir noch was bringt. Also ich adaptiere mich schon so ein bisschen an diese egoistische Einstellung, will da natürlich keinen zum Opfer werden lassen. Ich habe aber auch keine Lust mehr, mich übermäßig zu engagieren“ (I-1).

Als kleine positive Nebeneffekte sahen einige Interviewpartner, dass die bestehenden Probleme und Nöte der Mitarbeiter überhaupt quantifiziert, öffentlich angesprochen und zwischen verschiedenen Berufsgruppen, Hierarchieebenen und Funktionsbereichen diskutiert wurden. Dass deutlich wurde, worauf die Probleme im Bereich Informationsvermittlung zurückzuführen sind, wo es Veränderungspotenzial gibt, aber auch wo die Grenzen liegen und wieso es nicht klappt. Ebenso wurde als positiver Aspekt genannt, dass wenn sich die Kommunikationsstrukturen selbst nicht verändert haben, zumindest eine berufs- und hierarchieübergreifende Kommunikation durch das gemeinsame Thema initiiert wurde. Zudem äußerten einige Zirkelteilnehmer, dass es für sie trotz allem befriedigend war, sich zu engagieren und an einem für sie wichtigen Thema mitzuarbeiten.

Bewertung der wissenschaftlichen Begleitforschung

Die Arbeit des Gesundheitszirkels ist insgesamt als positiv und konstruktiv zu bewerten. Trotz anfänglicher Schwierigkeiten mit einigen Teilnehmern gab es einen guten und vertrauensvollen Austausch unter den Teilnehmern und die Sitzungen wurden in den jeweils abschließenden Punkteabfragen durchweg als positiv bewertet.

Das zu bearbeitende Thema war gut gewählt, erwies sich jedoch im Sitzungsverlauf als sehr komplex und umfangreich. Dies zeigte sich bereits in der *Ursachenanalyse*, wo sich zunehmend „Nebenschauplätze“ auftraten und zwei zusätzliche Sitzungen erforderlich wurden. Hierzu trugen auch der meist verspätete Sitzungsbeginn und die Unterbrechungen durch Akutsituationen und Anrufe der Stationen bei. Zudem gestaltete sich die Arbeit in der Startphase etwas schwierig, da vor allem die „verpflichteten Teilnehmer“ sich nicht konstruktiv an der Bearbeitung des Themas beteiligten bzw. den Sinn des Projektes diskutierten. Kritisch zu sehen war zudem, dass es keine gleichbleibende Teilnehmerbesetzung gab, es zu Beginn einige Wechsel gab und im Verlauf immer wieder auch Vertretungen geschickt wurden, die nicht in die Thematik eingearbeitet waren.

Im Rahmen der *Maßnahmenplanung* konnten eine Vielzahl an Lösungsvorschlägen ermittelt werden und es gelang zudem, die Zirkelteilnehmer für Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Qualität der Arbeit zu sensibilisieren.

Die *Maßnahmenumsetzung* gestaltete sich hingegen von Beginn an schwierig. Die Gründe hierfür waren vielfältig: Aufgrund der Organisationsstruktur im Krankenhaus 1 und der Redu-

zierung der Projektdurchführung auf die Interventionsklinik traten Probleme auf, als Mitarbeiter von den Maßnahmen betroffen waren, die zwar mit der Interventionsklinik zusammenarbeiten, jedoch der Führung des Krankenhauses 1 untergeordnet sind. Da die Veränderungen nicht von ihnen befürwortet wurden, sahen die Mitarbeiter des Krankenhauses 1 keine Verpflichtung, sich an die neuen Regelungen zu halten, zumal es auch hier an einer entsprechenden Informationsvermittlung über die Hintergründe für diese Maßnahmen fehlte.

Eine wesentliche Rolle spielte in diesem Projekt die Informationsvermittlung, besonders vor dem Hintergrund, dass dieses auch als Thema für den Gesundheitszirkel gewählt wurde.

Als wichtiges Charakteristikum von Gesundheitszirkeln gilt die Partizipation der Mitarbeiter. Eine zentrale Voraussetzung hier für ist, dass die Krankenhausmitarbeiter über die Prozesse im Gesundheitszirkel und die Ergebnisse informiert sind. In ihrer Funktion als Stellvertreter für die Beschäftigten in der Interventionsklinik waren die Gesundheitszirkelteilnehmer verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, ihre Kollegen über die Sitzungen zu informieren, sodass umgekehrt Vorstellungen und Anregungen von außen in den Zirkel hingetragen werden könnte. Insbesondere vor dem Hintergrund des Arbeitsthemas ist das Kommunikationsverhalten der Beteiligten daher als kritisch zu bewerten. Obwohl die Zirkelteilnehmer in jeder Sitzung hierzu aufgefordert waren, fand weder ein kontinuierlicher Austausch mit den anderen Krankenhausmitarbeitern statt, noch wurde in einer Sitzung thematisiert, dass hier Probleme bestehen.

Eine weitere wichtige Voraussetzung ist ein gewisses Interesse an der Arbeit der Zirkelteilnehmer und Engagement, sich in den Prozess einzubringen.

Kritisch zu sehen ist in diesem Zusammenhang daher die Haltung von Führungskräften und Mitarbeitern, die offenbar die Problemlösung ausschließlich in den Händen der Zirkelteilnehmer sahen und sich kaum aktiv an dem gesamten Prozess beteiligten.

Dass die Mitarbeiter der Interventionsklinik zu wenig über das Projekt und dessen Verlauf informiert hatten, ist letztlich auf ein fehlendes Engagement aller Beteiligten zurückzuführen. Während sich die Mitarbeiter des Gesundheitszirkels darüber beklagten, dass ihrer Arbeit zu wenig Interesse von der Führung und den Kollegen entgegengebracht wurde, vertraten die Führungskräfte und Zirkelmitarbeiter ihrerseits die Ansicht, dass sie ihre Mitarbeiter ausreichend informiert hätten, bzw. entsprechende Angebote gemacht haben, es aber daran mangelte.

le, dass die Mitarbeiter die Informationen nicht lesen bzw. hören wollen und bei entsprechenden Veranstaltungen fehlen.

Insgesamt erfolgte durch das fehlende Interesse am Gesundheitszirkel auch nur wenig Kommunikation untereinander. Sofern eine Kommunikation stattfand, war diese nur sporadisch und erfolgte vor allem in der Anfangsphase.

In jedem Fall machte sich der unzureichende Informationsstand über das Projekt in der Umsetzungsphase deutlich bemerkbar, da den Mitarbeitern dadurch die Basis fehlte, wieso bestimmte Veränderungsmaßnahmen durchgeführt werden sollen.

Die Veranstaltung trug zur Transparenz bei, was die Intension des Forschungsprojektes betraf, verdeutlichte aber auch die tiefgreifenden Konflikte sowohl mit der Führung wie auch untereinander.

Eine zentrale Rolle spielte die Führung der Interventionsklinik, die jedoch durch ihren autoritären Führungsstil die Mitarbeiter vor den Kopf stieß. So wurden Mitarbeiter des medizinischen Dienstes von der Führung verpflichtet, bestimmte Umsetzungsmaßnahmen zu übernehmen, was auch aufgrund des fehlenden Wissens zu deutlichen Widerständen führte. Besonders schwerwiegend war, dass sich die Führung bereits bei den ersten Veränderungsmaßnahmen nicht an die Vereinbarungen hielt und insofern auch die Mitarbeiter keinen Anlass sahen, sich an die neuen Regelungen zu halten.

Entscheidend war ebenso die mittlere Führungsebene, also die ärztlichen Leiter von Abteilungen/Funktionsbereichen, Oberärzte und Stationsleitungen. Hier bestanden durchaus Möglichkeiten, Maßnahmen umzusetzen, da zahlreiche Lösungsvorschläge am eigenen Verhalten ansetzten. Man war jedoch nicht bereit, Verantwortung für das eigene Handeln zu übernehmen, sondern machte für die Probleme des Hauses vor allem die ärztliche Direktion verantwortlich.

Kritisch war nach Einschätzung der wissenschaftlichen Begleitforschung jedoch auch das fehlende Engagement auf Mitarbeitererebene zu sehen. Trotz der unbestritten zentralen Position der Führungskräfte sind diese ihrerseits auf die Kooperation und die Unterstützung der Mitarbeiter angewiesen, um gemeinschaftlich einen solchen Veränderungsprozess in Gang zu setzen und zu tragen. Die Mitarbeiter tragen Verantwortung nicht nur in Hinblick auf die eigene

Gesundheit sondern auch in Bezug auf die Entwicklung einer gesunden Arbeitsumgebung. Das hohe Engagement einzelner Personen z.B. im Gesundheitszirkel ist zwar wichtig und erforderlich, jedoch hätte es eines weitaus größeren Anteils an Personen bedurft, um Veränderungen von unten (bottom-up) zu bewirken und gemeinschaftlich zu tragen. Hier beeinträchtigte die skeptische Haltung der Mitarbeiter die Übertragung der positiven Impulse auf die Alltagssituation.

Insgesamt versperrte die Ansicht, dass sich zunächst die Führung verändern müsse, bei einem Großteil der Beteiligten den Blick auf die eigene Verantwortung und die eigenen Möglichkeiten in diesem Prozess.

Der fehlende Rückhalt durch die Führung machte sich auf verschiedene Weise negativ bemerkbar. So wurde ein Teilnehmer des Gesundheitszirkels persönlich angegriffen, als dieser einen Veränderungsvorschlag umsetzen wollte, Lösungsvorschläge wurden lächerlich gemacht oder kritisiert. Insgesamt verschlechterte sich das Klima spürbar. Während das Pflegepersonal sich verstärkt mit dem Gedanken trug, den Arbeitsplatz zu wechseln, gingen die Ärzte eher den Weg der inneren Kündigung und konzentrierten sich darauf, in der verbleibenden Zeit ein Maximum für die persönliche Entwicklung herauszuholen. Obwohl der Arbeitskreis Gesundheit und insbesondere die Führungsebene der Interventionsklinik hierüber in Kenntnis gesetzt wurde und man gemeinsam Strategien für das weitere Vorgehen entwickelte, gelang es nicht, das Vertrauen der Mitarbeiter zu gewinnen, und die Umsetzung wurde abgebrochen.

Die zweite kennzahlenbasierte Mitarbeiterbefragung bestätigte weitgehend die Aussagen der Interviewpartner. In dieser Mitarbeiterbefragung, die im Sommer 2003 durchgeführt wurde, antworteten von den 171 angeschriebenen Mitarbeitern der Interventionsklinik 51 Personen, was einem Rücklauf von 29,8 % entsprach. Bei den 51 Teilnehmern handelte es sich um 4 Ärzte, 35 Mitarbeiter aus dem Pflegebereich und 12 sonstige Beschäftigte.

Es zeigte sich folgendes Bild:

6.6.5.2. Vergleich der Kliniken anhand der Kennzahlen

Zu welchen Veränderungen es in der Interventionsklinik im Vergleich zur ersten Mitarbeiterbefragung kam und wie sich die Interventionsklinik im Vergleich zu den anderen befragten Kliniken positioniert, zeigt Tabelle 34.

Tabelle 34: Veränderungen in den Kliniken im Beobachtungszeitraum 2002 – 2003

absolute Werte pro Abteilung in „Schulnoten“					
		Interventi- onsklinik 2002	Interventi- onsklinik 2003	Vergleichs- kliniken 2003	
Einschätzung: Organisation					
Abläufe	Ablauforganisation	4,2	4,5	3,6	
	Informations- und Planungsdefizite	4,0	4,1	3,4	
	interne Schnittstellen	3,6	3,7	3,1	
	institutionelle Risikokontrolle	2,6	3,0	2,7	
Kultur	Betriebsklima (Vertrauensorganisation)	4,2	4,3	3,5	
	Innovationsklima	3,6	4,1	3,5	
Einschätzung: Tätigkeit					
Ressour- ce	Tätigkeitsspielraum	2,7	2,6	2,4	
	Arbeitsmittel	3,1	3,4	2,8	
	Belohnung	2,6	2,8	2,1	
Belas- tung	persönliche Gesundheitsgefährdung	2,8	3,0	2,6	
	Arbeitsintensität	4,4	4,6	4,4	
	Alltagsanforderungen	4,5	4,1	4,4	
Einschätzung: Beziehungen					
Res- source	soziale Unterstützung d. Vorgesetzten	3,1	3,6	2,7	
	soziale Unterstützung d. Kollegen	3,0	2,7	2,3	
	Gruppenkohäsion	3,3	3,5	2,6	
	Führungsverhalten	3,6	3,8	3,4	
	offene Kommunikation	3,5	3,5	3,0	
Belas- tung	Mobbing	1,9	1,8	1,5	
	Spannungen				
Einschätzung: eigene Person					
Gesundheit	körperliche Beschwerden		2,7	3,2	2,6
	Wohlbefinden		2,8	3,1	2,9
	Burnout	emotionale Erschöpfung	3,0	3,4	2,7
		professionelle Effizienz	1,7	1,9	1,7
		Zynismus	2,2	2,6	1,9
Einstellun- gen	Arbeitszufriedenheit		3,5	3,6	2,9
	berufliche Verausgabungsneigung		3,6	3,6	3,2
	Selbstwirksamkeit		2,5	2,7	2,6
Motivation	innere Kündigung		2,7	2,9	2,3
	affektives Commitment		3,6	3,8	3,2
Dargestellt ist, inwieweit sich die Situation der Interventionsklinik in 2002 signifikant von der Situation in 2003 unterscheidet sowie die Situation zu den anderen befragten Kliniken in 2003					
* Die Korrelation ist auf einem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant					
** Die Korrelation ist auf einem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant					
*** Die Korrelation ist auf einem Niveau von 0,001 (2-seitig) signifikant					
grüner Bereich: 1,0 – 2,4 (als sehr gut bis gut)					
gelber Bereich: 2,5 – 3,4 (als gut befriedigend bis befriedigend)					
roter Bereich: 3,5 – 6,0 (als ausreichend befriedigend bis schlecht)					

Für die Interventionsklinik lassen sich folgende Entwicklungen erkennen, wobei bei der Interpretation der Ergebnisse der geringe Rücklauf von 29,8% zu beachten ist, der im Vorjahr noch bei 64,3% lag. Ebenso sei erwähnt, dass es zwischen den beiden Erhebungen zu personellen und strukturellen Veränderungen im Krankenhaus 1 und der Interventionsklinik kam: Es wechselten verschiedene Führungskräfte, bislang frei gebliebene Stellen in der Interventionsklinik konnten besetzt werden, Mitarbeiter kündigten und neue Mitarbeiter wurden eingestellt. Ferner kam es in der Interventionsklinik zur Zusammenlegung von zwei Stationen und im Krankenhaus 1 wurde von der Funktionspflege auf die Bereichspflege umgestellt, die Visite am Patientenbett sowie ein neues EDV-System eingeführt. Es ist daher nicht eindeutig zuzuordnen, inwieweit die Befragungsergebnisse auf die Intervention oder die veränderten Personal- und Rahmenbedingungen zurückzuführen sind.

Bei einem Großteil der Kennzahlen kam es zu Verschlechterungen. Der Notendurchschnitt sank von 3,2 im Jahr 2002 auf 3,4 im Jahr 2003. In den Vergleichskliniken lag dieser im Jahr 2003 bei 2,9 und damit auf dem Niveau des Vorjahres.

Betrachtet man die einzelnen Kennzahlen der Interventionsklinik, so zeigt sich eine leichte Verbesserung in Bezug auf die Unterstützung durch die Kollegen.

Nach Einschätzung der Mitarbeiter verschlechterten sich hingegen die Ablauforganisation und das Führungsverhalten. Die deutlichsten Veränderungen zeigten sich in Bezug auf das Innovationsklima und die soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten. Der Anstieg der ohnehin bereits hoch eingeschätzten Arbeitsintensität und die Zunahme von Belastungen durch das sich weiter verschlechternde Betriebsklima in der Klinik machte sich auch bei den Mitarbeitern bemerkbar: Das allgemeine Wohlbefinden nahm ab und deutlich mehr Mitarbeiter als im Vorjahr äußerten psychosomatische Beschwerden wie Kopfschmerzen, Verdauungsbeschwerden oder Schlafstörungen. Die Arbeitszufriedenheit und das Klima verschlechterten sich ebenfalls, was sich negativ auf die Bindung an das Krankenhaus auswirkte und zu einem Anstieg der inneren Kündigung führte.

6.6.5.3. Vergleich der Berufsgruppen anhand der Kennzahlen

Auch in der zweiten Befragung wurden Ärzte und Pflegekräfte befragt. Im Einzelnen zeigen sich bei folgende Ergebnisse (vgl. Tabelle 35): Der Vergleich der beiden Berufsgruppen zeigt, dass wie im Vorjahr die Ärzte die höher belastete Berufsgruppe darstellen.

Tabelle 35: Veränderungen bei Ärzten und Pflege im Beobachtungszeitraum 2002 – 2003

absolute Werte pro Abteilung in „Schulnoten“						
		Ärzte 2002	Ärzte 2003	Pflege 2002	Pflege 2003	
Einschätzung: Organisation						
Abläufe	Ablauforganisation	4,0	4,8	4,3	4,4	
	Informations- und Planungsdefizite	4,0	4,3	4,1	4,0	
	interne Schnittstellen	3,9	4,1	3,6	3,7	
	institutionelle Risikokontrolle	2,7	2,4	2,6	3,0	
Kultur	Betriebsklima (Vertrauensorganisation)	4,9	4,5	4,0	4,2	
	Innovationsklima	4,0	4,2	3,5	4,0	
Einschätzung: Tätigkeit						
Ressource	Tätigkeitsspielraum	2,7	1,8	2,8	2,5	
	Arbeitsmittel	3,6	3,2	3,1	3,5	
	Belohnung	3,7	2,5	3,6	2,9	
Belastung	persönliche Gesundheitsgefährdung	2,5	2,5	3,1	3,1	
	Arbeitsintensität	4,8	5,7	4,4	4,8	
	Alltagsanforderungen	4,3	/	4,3	/	
Einschätzung: Beziehungen						
Res- source	soziale Unterstützung d. Vorgesetzten	3,7	3,8	3,0	3,4	
	soziale Unterstützung d. Kollegen	3,7	3,5	2,8	2,5	
	Gruppenkohäsion	3,8	3,5	3,2	3,4	
	Führungsverhalten	3,3	4,4	3,5	3,7	
	offene Kommunikation	3,8	3,5	3,4	3,4	
Belas- tung	Mobbing	2,2	2,2	1,9	1,7	
	Spannungen	3,8	/	4,0	/	
Einschätzung: eigene Person						
Gesund- heit	körperliche Beschwerden	2,6	3,3	2,9	3,2	
	Wohlbefinden	2,9	2,9	2,8	3,2	
	Burnout	emotionale Erschöpfung		4,3		3,6
		professionelle Effizienz	2,6	1,3	2,2	1,8
Zynismus			1,8		2,8	
Einstel- lungen	Arbeitszufriedenheit	4,1	4,1	3,4	3,7	
	berufliche Verausgabungsneigung	4,4	5,0	3,7	3,8	
	Selbstwirksamkeit	2,6	2,4	2,6	2,6	
Motivati- on	innere Kündigung	3,2	3,1	2,6	2,9	
	affektives Commitment	4,2	4,2	3,5	3,8	
/ = nicht erhoben						
*. Die Korrelation ist auf einem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant						
**. Die Korrelation ist auf einem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant						
***. Die Korrelation ist auf einem Niveau von 0,001 (2-seitig) signifikant						
grüner Bereich: 1,0 – 2,4 (sehr gut bis gut)						
gelber Bereich: 2,5 – 3,4 (befriedigend)						
roter Bereich: 3,5 – 6,0 (ausreichend bis ungenügend)						

So liegt der Notendurchschnitt bei den Ärzten bei 3,9 und bei der Pflege bei 3,6. Bei beiden Berufsgruppen ist eine Verschlechterung zu verzeichnen: Die Ärzte verschlechterten sich im Durchschnitt von 3,7 auf 3,9 und die Pflege von 3,4 auf 3,6.

Betrachtet man sich die Entwicklung der einzelnen Berufsgruppen, so zeigt sich bei den Ärzten, dass es hier teilweise zu deutlich negativen Veränderungen kam:

Im Bereich der Einschätzungen zur *Organisation* vor allem in Bezug auf die Ablauforganisation, die im Jahr 2002 noch mit 4,0 und 2003 nun mit 4,8 benotet wurde sowie hinsichtlich des Kostenbewusstseins, das 2002 eine Note von 2,9 erhielt und 2003 bei 4,1 lag. In Bezug auf die Einschätzungen zur *Tätigkeit* fällt die Bewertung der Arbeitsintensität auf, die in 2002 bereits die Note 4,8 erhielt und in 2003 mit 5,7 die schlechteste Bewertung aller Kennzahlen darstellt. Die Einschätzung der Ärzte zu den *Beziehungen* lässt eine deutliche Verschlechterung hinsichtlich des Führungsverhaltens erkennen. Hier lag die Bewertung 2002 noch bei 3,3 und in 2003 bei 4,4. Bei den Auswirkungen auf die *eigene Person* lagen die körperlichen Beschwerden 2003 mit 3,3 höher als im Vorjahr, wo sie eine Note von 2,6 erhielten.

Dennoch kam es in einzelnen Bereichen auch zu Verbesserungen wie z.B. beim Qualitätsbewusstsein, das in 2002 mit 3,3 bewertet wurde und ein Jahr später bei 2,3 lag, oder auch des Tätigkeitsspielraums, den die Ärzte bei der ersten Befragung mit 2,7 bewerteten und bei der zweiten Befragung mit 1,8.

Beim Pflegepersonal gab es ebenfalls eine Reihe von leichten Verschlechterungen, z.B. bei den Einschätzungen zur *Organisation* sank die Note für die institutionelle Risikokontrolle von 2,6 im Jahr 2002 auf 3,0 in 2003. Auch bei der Pflege ist bei den Merkmalen zur *Tätigkeit* ein weiterer Anstieg der Arbeitsintensität zu verzeichnen, der 2002 bereits eine Note von 4,4 erhielt und in 2003 nun bei 4,8 lag. Die Einschätzung der Pflegekräfte zu den *Beziehungen* in der Interventionsklinik zeigt, dass sich die Unterstützung durch den Vorgesetzten von 3,0 auf 3,4 verschlechterte. Ebenso wurde der Gruppenzusammenhalt kritischer gesehen (von 3,2 auf 3,4) sowie das Führungsverhalten (von 3,5 auf 3,7).

Hinsichtlich der Auswirkungen auf die *Person* ist z.B. eine Zunahme der körperlichen Beschwerden (2,9 auf 3,2) und eine Abnahme des Wohlbefindens (2,8 auf 3,2) zu erkennen. Ebenso gaben mehr Pflegekräfte in 2003 an, dass sie innerlich gekündigt haben (2,6 auf 2,9).

Positive Veränderungen gab es unter anderem in Bezug auf die Tätigkeit. Der Tätigkeitsspielraum verbesserte sich von 2,8 auf 2,5, ebenso die Belohnung (von 3,6 auf 2,9). Hinsichtlich der Einschätzungen der Beziehungen schätzte die Pflege die Unterstützung durch die Kollegen in 2003 etwas besser ein als in 2002 (von 2,8 auf 2,5).

6.6.5.4. Förderliche und hemmende Faktoren

Abschließend soll dargestellt werden, welche förderlichen und hemmenden Faktoren in der Interventionsstudie aufgetreten sind und sich auf den Projektverlauf ausgewirkt haben.

Bewertung durch die Interviewpartner

Seitens der Mitarbeiter wurden als *förderliche Faktoren* für die Durchführung des Projektes das Engagement der Gesundheitszirkelteilnehmer benannt und der Wunsch, etwas an der Arbeitssituation zu verändern.

Ferner bewerteten einige Interviewpartner die professionelle Durchführung des Projektes durch die wissenschaftliche Begleitforschung als positiv. Die Auswertungen nach jeder Sitzung des Gesundheitszirkels und die Rückmeldung von denjenigen Interviewpartnern, die indirekt am Projekt beteiligt waren, bestätigten, dass alle Sitzungen gut vorbereitet, durchgeführt und nachbereitet waren. Auch die Kommunikation und Informationsvermittlung der wissenschaftlichen Begleitforschung an die Klinikmitarbeiter wurde als sehr gut bewertet.

In Bezug auf *hemmende Faktoren*, benannten die Interviewpartner verschiedene Faktoren:

Der Großteil der Gesprächspartner wertete die Nicht-Beteiligung des Krankenhausmanagements als negatives Signal für das gesamte Projekt. Aus ihrer Sicht habe dies deutlich gemacht, dass eine Veränderung der Arbeitssituation nicht ehrlich erwünscht sei, weil kein wirkliches Interesse am gesunden und auf lange Sicht zufriedenen Mitarbeiter bestehe. Dies wirke sich negativ auf die Motivation aus sich im Projekt zu engagieren und an einem Veränderungsprozess zu beteiligen. Auf eine weitere Konsequenz wies ein anderer Interviewpartner hin, der sagte: „... ab dem Moment, wo sie wissen oder sie spüren, das Interesse von oben ist nicht vorhanden, ... überwiegt die Angst und dann schweigen alle, ganz einfach.“ (I-3)

Ebenso wurde von den Interviewpartnern das Führungsverhalten in der Interventionsklinik als maßgeblicher hemmender Faktor benannt. Kritisiert wurde zum einen das fehlende Vorbildverhalten, also dass sich die Führung selbst nicht an die getroffenen Absprachen hielt. Zum anderen stieß der autokratische Führungsstil bei der Auswahl der Personen für die Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen auf deutlichen Widerstand.

Wenige Interviewpartner sahen jedoch auch sich selbst und die fehlende Bereitschaft der Klinikmitarbeiter, sich in dem Projekt zu engagieren, als hemmenden Faktor.

Bewertung der wissenschaftlichen Begleitforschung

Als förderlich erwies sich seitens der wissenschaftlichen Begleitforschung das Engagement einzelner Personen, insbesondere der stellvertretenden Pflegedirektion des Krankenhauses 1, der Pflegedienstleitung der Interventionsklinik, einzelner Arbeitskreismitglieder sowie der Teilnehmer des Gesundheitszirkels. Dennoch waren es letztlich zu wenige Personen, die sich für den Projektverlauf einsetzten und um Veränderungen bemüht waren, zumal sich diese nicht in den entscheidenden Führungspositionen befanden.

Überwiegend sind jedoch Faktoren zu nennen, die den Projektverlauf hemmten.

Zu erwähnen ist zunächst, dass die Führungsebene des Krankenhauses 1 nicht von der Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements überzeugt werden konnte. Somit wurden auf dieser Ebene keine betriebspolitischen Vereinbarungen getroffen und keine Ressourcen bereit gestellt. Die Mitarbeiter sahen ihrerseits hierin ein negatives Signal in Bezug auf das Interesse der Führung an der Arbeitssituation in der Interventionsklinik. Zudem erfolgte keine Unterstützung im Projektverlauf durch das Top-Management, z.B. durch Gespräche mit der Führung der Interventionsklinik oder jenen Mitarbeitern, die von den Veränderungsmaßnahmen betroffen waren, jedoch nicht direkt zur Interventionsklinik gehören.

Als kritisch hat sich auch aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitforschung die Führungsebene der Interventionsklinik gezeigt. Insbesondere die ärztliche Führung nahm in dem Prozess eine Schlüsselposition ein. Im Fall der Interventionsklinik besaß die ärztliche Direktion nicht das Vertrauen der Mitarbeiter und verfügte zudem nicht über die soziale Kompetenz, um einen solchen Veränderungsprozess einzuleiten und zu unterstützen.

Kritisch zu sehen ist jedoch auch die mittlere Führungsebene, also die Oberärzte, Ärzte und die Stationsleitungen. Auch hier wurde dem Projekt nur ein begrenztes Engagement und Interesse entgegengebracht. Während verschiedene Maßnahmen durchaus in der eigenen Verantwortung lagen und in den einzelnen Stationen und Funktionsbereichen hätten umgesetzt werden können, nahm man hier die Position ein, dass sich zunächst die ärztliche Direktion ändern müsse, ehe man selbst an den Veränderungen arbeite. Insgesamt fehlte eine selbstkritische Auseinandersetzung mit der Situation in der Interventionsklinik und der eigenen Verantwortlichkeit in dem Prozess.

Dies trifft ebenso auf die Mitarbeiterebene zu. Trotz der unbestreitbar zentralen Rolle der Führung in einem solchen Projekt ist diese ihrerseits auf die Unterstützung und Kooperation ihrer Mitarbeiter angewiesen. Das hohe Engagement einzelner Personen, insbesondere der Teilnehmer des Gesundheitszirkels, war zwar wichtig, es hätte jedoch eines weitaus größeren An-

teils an Beschäftigten bedurft, um Veränderungen zu bewirken und diese gemeinschaftlich zu tragen. Der Projektverlauf machte deutlich, dass es als ausreichend erachtet wurde, dass die Führung und der Gesundheitszirkel die Veränderungen herbeiführen.

6.7. Evaluation des Einsatzes der Kennzahlen als Führungsinstrument

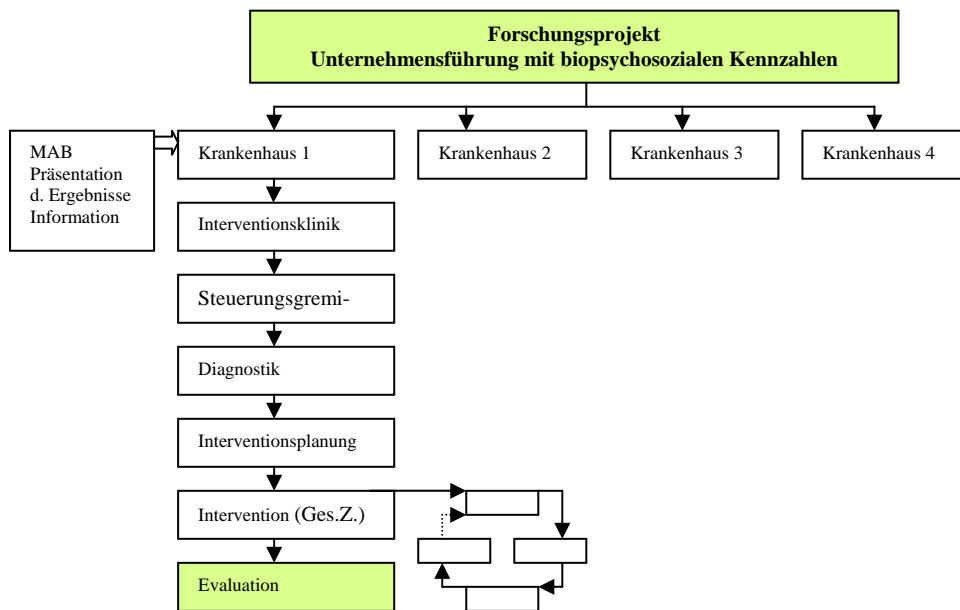


Abbildung 56: Übersicht über das Forschungsprojekt – Evaluation (Einsatz der Kennzahlen)

Das Ziel, die biopsychosozialen Kennzahlen in zwei Kliniken im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements zu erproben, konnte nicht erreicht werden.

Der Projektverlauf zeigte, dass der Einsatz von biopsychosozialen Kennzahlen im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements zur Organisationsdiagnostik und zur Evaluation, aber auch zur Planung von Interventionen eingesetzt werden kann.

Bewertung durch die Interviewpartner

Seitens der Interviewpartner wurde der Einsatz der Kennzahlen als sinnvoll und positiv bewertet.

Im Rahmen der *Organisationsdiagnostik* erfassen die Kennzahlen nach Ansicht der Gesprächspartner alle wesentlichen Aspekte der Einrichtung und sind daher gut geeignet, die

Arbeitssituation und insbesondere das physische, psychische und soziale Befinden der Mitarbeiter in der Klinik umfassend abzubilden. Ein Gesprächspartner äußert sich folgendermaßen (I-2): „Die waren schon geeignet. Da waren so Fragen zwischendurch, die habe ich mir eigentlich so nie gestellt. Also das war gut.“

Die Interviewpartner waren zudem der Ansicht, dass die kennzahlenbasierten Ergebnisse eine reelle Abbildung der Situation in der Klinik darstellen und dazu beitragen, bestimmte Problembereiche der Klinik, von Abteilungen oder Berufsgruppen zu identifizieren. Ein Gesprächspartner sagt diesbezüglich (I-13): „Das ist eigentlich wichtig, dass man diese Kenntnisse überhaupt hat, weil man erst mal dann vor Augen hat, was ist es eigentlich, was die Mitarbeiter unzufrieden macht. Und dass man eine Grundlage hat, daran zu arbeiten letztendlich. So aus dem Bauch heraus ist das immer schlecht.“ Als positiv wurde bewertet, dass sich anhand der Kennzahlen Vergleiche herstellen lassen, z.B. in Bezug auf andere Berufsgruppen. So äußerte ein Gesprächspartner (I-8): „Da ja die ganze Klinik befragt wird, sieht man ja schon, dass es vielen Leuten ähnlich geht. ... Da waren ja zwei getrennte, Pflegepersonal und Ärzte und das stimmt ja teilweise gar nicht überein und streckenweise absolut, das fand ich auch interessant, einfach das mal zu sehen.“

Viele Befragte sahen in den biopsychosozialen Kennzahlen die Möglichkeit, sich der Unternehmensführung mitzuteilen und sie auf psychosoziale Aspekte aufmerksam zu machen, die sie sehr belasten und die normalerweise nicht erfasst werden. In diesem Sinne betonte ein Interviewteilnehmer die Bedeutung von Kennzahlen als Argumentationshilfe gegenüber Führungskräften und meint (I-1): „Ich finde, dass valide Daten auch immer eine Argumentationsgrundlage geben. Das lässt sich damit in einer entsprechenden Diskussion nicht mehr leugnen, dass die Situation nun mal so ist. Und das ist etwas, was gerne hier gemacht wird, dass behauptet wird, die Dinge sind soundso und dann kommt man in die Beweispflicht. Die ist damit genommen.“

Wichtig war für einige Experten, anhand der Ergebnisse bestätigt zu bekommen, was sie sonst nur wahrgenommen haben. Ein Gesprächspartner kommentierte dies folgendermaßen: „Das hat bestätigt, was ich schon gefühlt habe oder miterlebe“ (I-12). Darüber hinaus sahen es einige Interviewpartner als Erleichterung, anhand der Kennzahlen feststellen zu können, inwieweit die eigene Wahrnehmung von Missständen und Problemen mit denen anderer Mitarbeiter übereinstimmt bzw. von ihnen geteilt wird. So sagten einige Gesprächspartner, dass es für sie eine Beruhigung und Entlastung darstelle zu sehen, dass sie nicht alleine in dieser Situation sind. Ein Interviewteilnehmer äußerte sich hierzu (I-9): „Man fühlt sich nicht mehr so verlas-

sen und verraten. Es ist schön zu sehen, dass man da nicht ganz alleine mit seinen Problemen steht.“ Ein weiterer Gesprächspartner führte aus (I-3): „Dass ich zu Hause meiner Frau sagen konnte, ich fange nicht an verrückt zu werden ... Die Befragung hat mir schon gezeigt – also, das ganze Haus kann nicht verrückt sein. Das hat schon ein paar Sachen richtig gestellt.“ Ein weiterer Gesprächsteilnehmer meinte (I-6): „Also, dass man viele Schwierigkeiten, die man in der Zusammenarbeit mit anderen Menschen im Haus hat ... nicht unbedingt individuell was mit dem eigenen Arbeitsstil oder der eigenen Leistung zu tun haben - das war auch schon ein bisschen entlastend.“

Sehr wichtig war für die Interviewpartner das anonymisierte Verfahren bei der Erhebung der biopsychosozialen Kennzahlen, das durch die Verschlüsselung der Mitarbeiterdaten gewährleistet wurde. Aufgrund der teilweise stark angespannten Beziehungen zwischen Mitarbeitern und Führung wurde die Befragung von den meisten Interviewpartnern als eine gute Möglichkeit gesehen, sich dieser detailliert mitzuteilen, ohne Sanktionen befürchten zu müssen. Da die Ärzte in der Interventionsklinik mit 17 Vertretern eine eher kleine Befragungsgruppe darstellte, hatte man hier vereinzelt dennoch Sorge, dass die schlechten Befragungsergebnissen auf die gesamte Gruppe zurückfallen und Sanktionen drohen.

Der Einsatz der Kennzahlen im Bereich der *Interventionsplanung* wurde ebenfalls positiv bewertet, da sie gute Anhaltspunkte für mögliche Interventionsinhalte bzw. Interventionsbereiche geben. Zudem sind sie eine wertvolle Hilfe für einen Arbeitskreis, da sich anhand der Kennzahlen auch gut Ziele definieren lassen. Ein Gesprächspartner führt hierzu an (I-1): „Man muss eine Zielgröße haben, um sich verändert zu können.“

Positiv wurde der Einsatz auch im Bereich der *Evaluation* bewertet, da durch den Vergleich mit der Ausgangssituation sehr gut nachvollzogen werden könne, inwieweit die durchgeführten Maßnahmen erfolgreich waren oder Verbesserungsbedarf besteht.

In Bezug auf die *Praktikabilität* des Instrumentes im Klinikalltag wurde vor dem Hintergrund der hohen zeitlichen Belastung der Mitarbeiter in Krankenhäusern der Umfang des Kennzahlenkatalogs bemängelt. So äußert ein Interviewpartner (I-6): „Also die Fragen halte ich schon für geeignet. Aber es waren einfach zu viele. Also unter dem zeitlich Aspekt.“ Deutlich wurde

zudem, dass der Aufwand für die Befragung im engen Zusammenhang mit dem Nutzen gesehen wurde.

Als positiv bewertete man hingegen die Darstellung der Kennzahlen in Form von Schulnoten, da dies einen schnellen Überblick ermöglicht, die Interpretation der Ergebnisse erleichtert und damit den Einsatz eines solchen Instrumentes im Klinikalltag vereinfacht.

Auf die Frage, inwieweit sich die biopsychosozialen Kennzahlen als Führungsinstrument eignen und Führungskräfte in ihrer praktischen Arbeit unterstützen können, zeigte sich ein sehr gemischtes Bild: Die meisten Gesprächspartner gaben an, dass die Kennzahlen ihre Arbeit als Führungskraft bzw. die Arbeit ihrer Führungskraft nicht verändert haben. Die befragten Führungskräfte dachten hierbei vorwiegend an ihren eigenen Führungsstil. Trotz der teilweise sehr kritischen Ergebnisse in der Mitarbeiterbefragung, schätzten die Interviewpartner ihren Führungsstil als gut ein und sahen von daher auch keinen Unterstützungsbedarf durch die Kennzahlen.

In Bezug auf den Einsatz der Kennzahlen, um eine Orientierung für Veränderungsprozesse zu erhalten, zeigte sich, dass die Kennzahlen nicht von allen Führungskräften gleichermaßen genutzt werden. So berichtete ein Gesprächspartner, dass strukturelle Veränderungen in dieser Zeit durchgeführt wurden, jedoch ohne die vorhandenen Kennzahlen einzubeziehen (I-9): „Wir haben jetzt nicht mehr wirklich auf die Kennzahlen geachtet. Wir strukturieren jetzt generell die ganze Station und den ganzen Bereich um und hatten das eigentlich außen vorgelassen.“ Ein anderer Interviewteilnehmer berichtete (I-11): „Also ich habe sie mir nur angeguckt die Bögen und habe mir keinen Kopf darüber gemacht, ob ich wirklich wesentlich etwas verändert könnte oder wollte.“

Dennoch gab es auch einige Beispiele, die zeigten, dass und wie Führungskräfte die Kennzahlen für ihre Führungsarbeit nutzten: Ein Interviewpartner berichtete (I-13): „Wenn man das als Hintergrundwissen hatte, macht es vieles einfacher. ... Man weiß, was die Leute denken, und man hat noch mal konkret vor Augen, wo sie jetzt große Probleme sehen und zwar durchgängige Probleme, die man verallgemeinern kann, weil es eben überall so ist und das finde ich schon sehr hilfreich.“ Ein anderer Interviewpartner äußerte, dass er aufgrund der schlechten Ergebnisse im Bereich der Organisationsabläufe und im Bereich der Informationsvermittlung (vgl. Abb. 12 – 14) nun verstärkt darauf achtet, dass Informationen an alle Berufsgruppen weitergeleitet werden, und führt trotz des erhöhten Zeitaufwandes gemeinsame Visiten mit Ärzten und Pflegekräften durch (I-3).

Zu einem positiven Ergebnis kam auch ein weiterer Gesprächspartner, der der Ansicht war, dass Problembereiche nun besser angegangen werden können und sagte (I-7): „Dass ich vom Gefühl her, dass ich mich stärker fühle Dinge umzusetzen. Weil ich davon ausgehen konnte, sie sind nicht so unbekannt, also weil es eine Basis gab, auf die ich mich stützen konnte.“ Auch dieser Interviewpartner nahm die Ergebnisse im Bereich Organisation und speziell in Bezug auf die bemängelten hohen Wartezeiten bei Untersuchungen und Eingriffen (vgl. Abbildung 12) zum Anlass, konkrete Veränderungen vorzunehmen, und berichtet: „Ich habe z.B. Sprech- und Bestelltermine geändert, um kürzere Wartezeiten für die Patienten zu haben.“

Ein Interviewpartner sah die Befragung als Möglichkeit zur Reflexion der eigenen Führungstätigkeit und schildert: (I-6) „Ich hab mich dann auch oft gefragt, was antworten jetzt meine Mitarbeiter auf die Fragen.“

Es wurden jedoch auch die Grenzen für den Einsatz von Kennzahlen gesehen. So äußerte ein Gesprächspartner (I-12): „Wenn ich um etwas weiß, heißt das noch lange nicht, dass ich etwas verändert haben möchte oder muss.“

Bewertung der wissenschaftlichen Begleitforschung

Insgesamt stellte sich der Einsatz der biopsychosozialen Kennzahlen im Projektverlauf als positiv dar und das Instrument ist gut geeignet, um Führungskräfte über die Situation ihrer Einrichtung in Bezug auf die Mitarbeiter sowie gesundheitsförderliche, wie die Gesundheit beeinträchtigende Einflüsse zu informieren. Eingebettet in ein betriebliches Gesundheitsmanagement lassen sich Problembereiche und Ressourcen identifizieren und Interventionen gezielt ableiten, um die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter zu verbessern.

Die Kennzahlen wurden von der wissenschaftlichen Begleitforschung der Führungsebene des Krankenhauses 1 vorgelegt, um ihnen einen Überblick über die Situation der beteiligten Einrichtung in Bezug auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter sowie gesundheitsförderliche und – beeinträchtigende Faktoren zu geben und sie von der Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements zu überzeugen.

Obwohl die kennzahlenbasierten Ergebnisse durchweg als zutreffend bewertet wurden und insofern Kennzahlen eine gute Argumentationsbasis gaben, um gegenüber der Führung den Bedarf an gesundheitsförderlichen Maßnahmen zu begründen, gelang dies auf Ebene der Führungskräfte nicht. Die identifizierten Problembereiche wie z.B. die hohe Arbeitsbelastung der Mitarbeiter oder das schlechte Betriebsklima wurden vor allem auf die schwierigen gesund-

heitspolitischen Rahmenbedingungen zurückgeführt, die sich nach Ansicht der Führung nicht durch interne und gesundheitsförderliche Maßnahmen bzw. die Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements verändern lassen.

An dieser Überzeugung ließ sich auch durch die Kennzahlen nichts ändern, obwohl der Vergleich zu den anderen Krankenhäusern, insbesondere aber auch der Vergleich mit derselben Fachrichtung in einer anderen Klinik zeigte, dass diese trotz vergleichbarer Rahmenbedingungen bei verschiedenen Merkmalen der Organisation und in Bezug auf die sozialen Beziehungen besser abgeschnitten hatten. Obwohl aufgezeigt werden konnte, dass schwierige Rahmenbedingungen nicht zwangsläufig auch mit negativen Auswirkungen auf die Organisation und die Mitarbeiter verbunden sind, zeigte man sich dieser Argumentation gegenüber wenig aufgeschlossen. Offensichtlich wurde, dass eine Führung, die kein Interesse am Thema Mitarbeitergesundheit hat, auch nicht durch ein solches Kennzahleninstrument überzeugt werden kann.

Zu bemängeln ist der hohe zeitliche Aufwand für die Befragung. Die zufriedenstellende Rücklaufquote der ersten Befragung lässt darauf schließen, dass die Mitarbeiter einer solch detaillierten Diagnostik grundsätzlich aufgeschlossen gegenüberstehen und die Notwendigkeit einer aufwändigen Organisationsdiagnostik akzeptieren, zumal eine solche Vorgehensweise auch der Arbeitsweise im Krankenhaus entspricht. Dennoch ist der Aufwand in Relation zum Nutzen zu sehen und aufgrund des ungünstigen Projektverlaufs verwunderte es nicht, dass die Beteiligung bei der zweiten Befragung deutlich geringer ausfiel.

Dass die Ermittlung von Kennzahlen keinen Selbstzweck darstellen darf und ein solch aufwändiges Verfahren nur dann von den Mitarbeitern getragen wird, wenn daraus auch Konsequenzen erwachsen, gilt jedoch für alle Datenerhebungen und ist nicht auf die Qualität der biopsychosozialen Kennzahlen zurückzuführen.

Die Ergebnisdarstellung in Form von Schulnoten wurde als positiv bewertet. Die Ergebnisse ließen sich ohne großen Erklärungsaufwand gut präsentieren. Die Schulnoten waren für alle Beteiligten leicht zu verstehen und ermöglichten eine schnelle Einschätzung, in welchen Bereichen Probleme vorlagen und wo Ressourcen vorliegen, was die Ableitung von Interventionen und die Festlegung von Zielen in der Planungsphase vereinfachte. Gleichwohl bleibt es letztlich dem persönlichen Ermessen des Einzelnen überlassen, ab welcher „Note“ ein Handlungsbedarf gesehen wird.

Hinsichtlich der Interpretation der Kennzahlen ist anzumerken, dass eine kritische Auseinandersetzung mit allen Ergebnissen eher selten stattfand. Vielfach schauten sich die Befragten

lediglich einzelne persönlich interessierende Aspekte an, teilweise weil die Zeit für eine ausgiebige Analyse fehlte, teilweise weil einige Mitarbeiter lediglich bestätigt haben wollten, was sie subjektiv gefühlt hatten. Nur wenige Mitarbeiter beschäftigten sich ausführlich und kritisch mit dem Vergleich der anderen Berufsgruppe oder den anderen Kliniken und waren bereit, auch die Kennzahlen auch selbstkritisch zu interpretieren.

Im Kernprozess der Evaluation wurden die Kennzahlen hinzugezogen, um den Erfolg der Interventionsmaßnahmen zu messen. Durch die geringe Beteiligung bei der zweiten Befragung war eine Interpretation nur bedingt möglich und es ließ sich lediglich eine Situationsbeschreibung zum Messzeitpunkt vornehmen. Bei einer normalen Beteiligung kann man jedoch davon ausgehen, dass sich auch Effekte von Interventionen abbilden lassen.

7. Diskussion

Das Forschungsprojekt „Unternehmensführung mit biopsychosozialen Kennzahlen“ hatte zum Ziel, ein neues Kennzahlensystem zu entwickeln und zu erproben, um Führungskräfte von Dienstleistungsorganisationen in die Lage zu versetzen, ihre Einrichtungen ausgewogen zu steuern. Ausgewogen meint, eine Balance herzustellen zwischen Unternehmenszielen wie Kundenorientierung, Wirtschaftlichkeit und Mitarbeiterorientierung (Pfaff et al. 2004). Da diese Ziele teilweise in einem Spannungsverhältnis zueinander stehen, stellt dies eine große Herausforderung dar. Führungskräfte sollten bei der Bewältigung dieser Aufgabe so gut wie möglich unterstützt werden. Die im Forschungsprojekt von der Universität Köln entwickelten biopsychosozialen Kennzahlen sollen hierzu einen Beitrag leisten. Im Rahmen einer Interventionsstudie wurden die Kennzahlen in einem Krankenhaus der Maximalversorgung erprobt. Die Ergebnisse der Interventionsstudie sollen im Folgenden diskutiert werden.

Zunächst wird auf die Methodik der Interventionsstudie eingegangen und anschließend auf die Ergebnisse der Interventionsstudie und die Erprobung der Kennzahlen.

7.1. Diskussion der Methodik

Erprobung der Kennzahlen im Krankenhaus

Die Erprobung des Kennzahleninstrumentes erfolgte in einem Krankenhaus in einem westdeutschen Ballungsgebiet. Die Wahl fiel auf diesen Organisationstyp, da Krankenhäuser als Prototyp von Dienstleistungseinrichtungen gelten. Aufgrund verschiedener politischer, ökonomischer und juristischer Veränderungen befinden sich Krankenhäuser seit einigen Jahren in einem starken Wandel (vgl. Kapitel 3.1.3.). Das Krankenhausmanagement ist aufgrund dieser Situation in besonderem Maße gefordert, den Wandel erfolgreich zu gestalten, um die Wettbewerbsfähigkeit der Einrichtung zu sichern. In dem Zusammenhang spielt die Zufriedenheit der Kunden eine wichtige Rolle. Um den Bedürfnissen der Kunden eines Krankenhauses gerecht werden zu können, benötigen Führungskräfte ein entsprechendes Instrumentarium wie das hier erprobte biopsychosoziale Kennzahleninstrument, das ihnen die entsprechenden Auskünfte liefert.

Für die praktische Erprobung des Kennzahleninstrumentes war die Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements (vgl. Kapitel 3.5.1.3.) und die Durchführung eines Lernzyklus in zwei Krankenhäusern vorgesehen, um möglichst viele Erkenntnisse in Bezug auf die

Anwendung der Kennzahlen zu gewinnen und deren Aussagefähigkeit besser verallgemeinern zu können. Da das Klinikmanagement der beteiligten Krankenhäuser keine Kapazitäten sah, die Kennzahlen im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements zu erproben, musste von dem ursprünglichen Vorhaben abgewichen werden und die Intervention konnte letztlich nur in einer der Kliniken des Krankenhauses 1 vorgenommen werden.

Erprobung der Kennzahlen im Mitarbeiterbereich

Für die praktische Anwendung der biopsychosozialen Kennzahlen wurde der Mitarbeiterbereich gewählt, um basierend auf den Kennzahlen die Gesundheit der Beschäftigten gezielt zu fördern. Die Wahl war insofern richtig, als die Mitarbeiter gerade in Dienstleistungsunternehmen wie Krankenhäusern eine wichtige Grundlage bilden, um qualitativ hochwertige Leistungen zu erbringen (vgl. Kapitel 3.4.3.3.). Darüber hinaus stellen in Krankenhäusern die Ausgaben für das Personal mit rund zwei Dritteln an den Gesamtkosten den größten Kostenfaktor dar (Vetter 2004) und es ist daher naheliegend, dass dieser Bereich auch für Führungskräfte der an der Studie beteiligten Kliniken besonders interessant ist, um die Wettbewerbsfähigkeit ihrer Einrichtungen zu verbessern. Wie in Kapitel 3.5.1.4 erläutert, lassen sich durch die Verbesserungen von Gesundheit und Wohlbefinden der Mitarbeiter wirtschaftliche Effekte erzielen, z.B. in dem Kosten durch die Reduktion von Fehlzeiten und Fluktuation verringert werden. Statistiken belegen, dass die krankheitsbedingten Fehlzeiten in Krankenhäusern im Vergleich zu anderen Branchen überdurchschnittlich hoch ausfallen (Vetter 2004), hier also ein entsprechend hohes Verbesserungspotenzial besteht. Auch die Ergebnisse, die im Rahmen der Interventionsstudie gewonnen wurden, verdeutlichten den hohen Handlungsbedarf bzw. die Ressourcen zur Kosteneinsparung in diesem Bereich.

Die Entwicklung eines neuen Kennzahlensystems durch die Universität zu Köln war daher ein wichtiger Schritt, um Führungskräfte über die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten zu informieren und diese Information in einen Vergleich zwischen anderen Kliniken, Abteilungen oder Berufsgruppen zu setzen. Das Kennzahleninstrument erfasst dabei sowohl biologische wie psychosoziale Aspekte. Dies entspricht dem modernen Verständnis von Gesundheitsförderung gemäß der Ottawa-Charta, in der die körperliche, seelische und soziale Gesundheit im Blickpunkt steht sowie die Belastungs- und Ressourcensituation erfasst werden soll. Angesichts der zunehmenden Bedeutung psychischer Erkrankungen im Arbeitsleben und aufgrund des Zusammenhangs zwischen psychosozialen Aspekten und dem Gesundheitszustand ist eine umfassende Analyse dringend erforderlich.

Erprobung der Kennzahlen im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements

Als ebenso wichtiger Schritt erwies sich die praktische Erprobung der Kennzahlen durch die Universität Bielefeld, um förderliche und hemmende Faktoren beim Einsatz des neuen Instruments zu ermitteln. So ist davon auszugehen, dass ein solches Erhebungsinstrument erst zur Anwendung kommt, wenn Führungskräfte und Mitarbeiter von ihrem Nutzen überzeugt sind und der Einsatz sich mit dem Krankenhausalltag in Einklang bringen lässt.

Als Vorgehensweise für die Erprobung der Kennzahlen wurde das betriebliche Gesundheitsmanagement gewählt. Dies hatte zwei Gründe: Zum einen bildet das betriebliche Gesundheitsmanagement eine ideale Plattform für die Anwendung der Kennzahlen, da sie sich sehr gut in den Kernprozessen des betrieblichen Gesundheitsmanagements vor allem für die Organisationsdiagnostik sowie die Evaluation einsetzen lassen. Die Integration der Kennzahlen in das Verfahren des betrieblichen Gesundheitsmanagements war zudem wichtig, um den Einsatz und die Arbeit mit diesem Instrument sicher zu stellen. Zum anderen stellt das betriebliche Gesundheitsmanagement ein Verfahren dar, durch das eine nachhaltige und umfassende Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz erreicht werden kann. Vielfach wird in Betrieben die Durchführung einzelner gesundheitsförderlicher Maßnahmen praktiziert. Studien wie z.B. von Holleederer (2004) zeigen jedoch, dass diese oftmals nur von kurzer Dauer sind und die Wirkung wenig nachhaltig ist. Dem entgegen setzt das betriebliche Gesundheitsmanagement auf die Implementierung des Themas in die Betriebspolitik und trägt damit nachhaltig und umfassend zur Förderung und zum Erhalt der Gesundheit der Mitarbeiter bei. Ebenso trägt das Konzept der Tatsache Rechnung, dass Ressourcen entscheidend zur Entlastung der Arbeitssituation beitragen, da es sowohl die Senkung von Belastungen wie auch den Aufbau und die Stärkung von Ressourcen im Blick hat, was vor dem Hintergrund der Zunahme an psychischen Erkrankungen relevant ist.

Für den Einsatz des betrieblichen Gesundheitsmanagements spricht zudem, dass es insbesondere dazu beiträgt, psychosoziale Aspekte, die im klassischen Arbeitsschutz bislang eher vernachlässigt wurden (vgl. Kapitel 3.5.1.1.), positiv zu beeinflussen. Darauf, dass Effekte sowohl in Bezug auf die Verbesserung der Mitarbeitergesundheit und damit auch ökonomische Aspekte auftreten, wurde bereits hingewiesen.

Bei der Implementierung des betrieblichen Gesundheitsmanagements orientierte sich die wissenschaftliche Begleitforschung an der von Badura (2000c) und Walter (2003) beschriebenen

Vorgehensweise (vgl. Kapitel 5.2.2.2). Demnach beinhaltet ein professionell durchgeführtes betriebliches Gesundheitsmanagement bestimmte betriebspolitische Voraussetzungen und Rahmenbedingungen sowie die Durchführung der vier Kernprozesse Diagnose, Planung, Intervention und Evaluation, die als Lernzyklus angelegt sind.

Während die Kernprozesse professionell umgesetzt wurden, konnten die Vorgaben hinsichtlich der betriebspolitischen Vorbedingungen nicht eingehalten werden. So gelten die Einbindung des Krankenhausmanagements und die Implementierung des Konzeptes in das Gesamtunternehmen und dessen Unternehmenspolitik als zentrale Voraussetzungen für die Durchführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements. Dass das Thema Mitarbeitergesundheit als Führungsaufgabe wahrgenommen wird und eine „unabdingbare Voraussetzung“ (Walter 2003) für ein solches Vorhaben darstellt, sollte sich auch im Verlauf der Interventionsstudien mehrfach bewahrheiten. Der Rückhalt der Führung auf oberster Ebene ist insbesondere in einer so hoch komplexen Organisationsstruktur wie dem Krankenhaus von Bedeutung. Durch die enge Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen, Stationen und Funktionsbereichen haben Veränderung immer auch Auswirkungen auf andere Bereiche und Personen. Dies stellt so lange kein Problem dar, wie die Interventionen auf Zustimmung der Bereiche und Personen treffen, die von den Veränderungen betroffen sind. Treten jedoch wie im Fall der Interventionsklinik Widerstände auf, bedarf es der Unterstützung des Führungsmanagements.

Dass es in keiner der am Forschungsprojekt beteiligten Kliniken letztlich gelangt, die Führung für das Thema zu gewinnen, macht deutlich, wie schwierig es ist, gerade diese Schlüsselpersonen von diesem Ansatz zu überzeugen. Die Führungskräfte der Kliniken stellen dabei keine Ausnahme dar, das Problem tritt häufig auf und zieht sich durch alle Branchen. So hat sich z.B. eine Arbeitsgruppe der Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“ eigens mit dem Thema der hemmenden Faktoren bei der Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements befasst und damit, wie Führungskräfte von der Notwendigkeit und den Vorteilen dieses Verfahrens überzeugt werden können (Bertelsmann Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung 2004). Zu den hemmenden Faktoren zählen laut Frey (2004) das fehlende *Wissen* über Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Arbeit oder zwischen betrieblicher Gesundheitsförderung und ökonomischem Erfolg, das fehlende *Können* bei der Umsetzung des betrieblichen Gesundheitsmanagements oder ein fehlendes *Wollen* (vgl. Kapitel 3.5.4.).

Aufgrund der umfassenden Information des Forschungsprojektes über die Kennzahlen, das betriebliche Gesundheitsmanagement und mögliche positive Effekte ist die Ablehnung bei den Führungskräften vermutlich weniger auf ein fehlendes Wissen zurückzuführen. Da die Anwendung der Kennzahlen und die Implementierung des Gesundheitsmanagements durch die Universität Bielefeld erfolgen sollten, bedurfte es seitens der Führung keiner besonderen Kenntnisse bei der Durchführung und dürfte daher auch kein Ablehnungsgrund gewesen sein. Die meisten Äußerungen und Reaktionen des Krankenhausmanagements lassen darauf schließen, dass es der Führung an entsprechendem „Wollen“ mangelte. Führungskräften fehlt offenbar das Verständnis für die Relevanz von Human- und Sozialkapital oder auch der „lange Atem“ für die Gesundheitsförderung, sodass die Prioritäten eher in wirtschaftliche und kurzfristig wirksame Innovationen gesetzt werden, was zur Folge hat, dass keine entsprechenden Ressourcen wie Zeit, Geld oder Personal bereit gestellt werden (Frey 2004).

Auch einige Führungskräfte der Krankenhäuser begründeten ihre Ablehnung damit, dass ihnen die personellen und zeitlichen Ressourcen hierfür fehlen. Sie argumentierten, dass das Personal ohnehin bereits am Leistungslimit arbeite und eine zusätzliche Belastung nicht zumutbar sei. Das Argument war nachvollziehbar, da unter anderem auch die Kennzahlenergebnisse die große Arbeitsbelastung der Mitarbeiter in allen befragten Krankenhäusern widerspiegeln (vgl. Tabelle 22) und Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements für die Organisation in der Tat zunächst mit einem Mehraufwand verbunden ist. Allerdings ist dies sehr kurzfristig gedacht, da zahlreiche praktische Beispiele belegen, dass langfristig eine solche Investition mit verschiedenen positiven Effekten für die Einrichtungen verbunden ist und unter anderem auch zur Entlastung der Beschäftigten beiträgt (vgl. Kapitel 3.5.2.).

Wie bereits eingangs erwähnt, stehen Führungskräfte vor der Herausforderung, Ziele wie Wirtschaftlichkeit, Patienten- und Mitarbeiterorientierung umzusetzen. Angesichts der Vielzahl an Aufgaben, die teilweise auf den ersten Blick nicht vereinbar sind, werden Prioritäten gesetzt, die vielfach in betriebswirtschaftlichen Maßnahmen liegen. Auch in den Projektkliniken besaß das Thema Gesundheitsförderung als Ausdruck von Mitarbeiterorientierung im Kontext der Gesamtheit betrieblicher Aktivitäten offenbar nicht den erforderlichen Stellenwert. Das Krankenhausmanagement konnte nicht davon überzeugt werden, dass gesundheitsförderliche Maßnahmen nicht in Konkurrenz zu anderen betrieblichen Aktivitäten betrachtet werden sollten, sondern eher als wichtiger Schritt zu verstehen sind, um gesunde und motivierte Mitarbeiter zu bekommen, die letztlich die Basis darstellen, um andere Ziele umsetzen zu können.

Die Führung des Krankenhauses 1 lehnte die Implementierung des betrieblichen Gesundheitsmanagements ab, da aus ihrer Sicht eine solche Maßnahme nicht geeignet sei, den Problemen der Klinik zu begegnen. Sie sahen als Grund für die schlechten Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung vor allem die problematischen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen, an denen zweifelsohne auch ein internes betriebliches Gesundheitsmanagement nichts ändern kann. Dass andere Kliniken trotz ähnlicher Rahmenbedingungen besser abgeschnitten hatten, wurde nicht anerkannt. Ebenso konnte die Führung nicht überzeugt werden, dass es gerade wegen der schwierigen äußeren Rahmenbedingungen sinnvoll wäre, die Mitarbeiter durch gesundheitsförderliche Arbeitsplatzbedingungen zu entlasten.

Durch den Projektcharakter und die zeitliche Befristung war es nicht möglich, weitere Gespräche mit den Führungskräften zu führen, was angesichts der umfassenden Veränderungen, die vorgenommen werden sollten, jedoch erforderlich gewesen wäre. Die Beispiele von Belabarba und Schnappauf (1996) zeigen, dass selbst bei weniger umfangreichen Interventionen teilweise sehr lange Vorbereitungszeiten erfolgten, um Führung und/oder Mitarbeiter von dem Vorhaben zu überzeugen. Gelingt es nicht, sich den Rückhalt der Führung zu sichern, wird oftmals von weiteren Schritten abgesehen.

Um die Erprobung der Kennzahlen dennoch vornehmen zu können, verständigte man sich seitens des Forschungsprojektes darauf, die Anwendung in einer der Kliniken des Krankenhauses 1 vorzunehmen. Da sich sowohl die ärztliche als auch die pflegerische Leitung der Interventionsklinik nachdrücklich für die Erprobung der Kennzahlen eingesetzt hatten, war trotz fehlender Unterstützung des Krankenhausmanagements davon auszugehen, dass die Anwendung der Kennzahlen und die Durchführung des Gesundheitszirkels erfolgreich verlaufen würde und der Prozess zumindest von der Führung der Interventionsklinik unterstützt wird.

So konnten einige betriebspolitische Maßnahmen umgesetzt werden (vgl. Kapitel 6.3.), wie z.B. die Bildung eines Steuerungsgremiums (Arbeitskreis Gesundheit), in dem Inhalte, Ziele und Vorgehensweisen des Gesundheitszirkels festgelegt und in einem Arbeitsvertrag schriftlich und damit verbindlich festgehalten wurden.

Hinsichtlich der Zusammensetzung des Arbeitskreises Gesundheit ist kritisch zu bemerken, dass sich dieser aufgrund der Nicht-Beteiligung des Krankenhausmanagements bis auf eine Ausnahme vor allem aus Führungskräften der Interventionsklinik zusammensetzte. Es fehlten somit z.B. Mitarbeiter aus der Geschäftsleitung oder Vertreter des Betriebs- oder Personalrats

des Krankenhauses 1. Während die Zusammensetzung des Arbeitskreises in der Planungsphase noch keine wesentliche Rolle spielte, wurden die Nachteile vor allem im Kernprozess der Intervention deutlich (vgl. 6.6.3.). Letztlich konnte der Arbeitskreis aufgrund mangelnder Entscheidungsbefugnisse sowohl in der Interventionsklinik als auch in Bezug auf das Krankenhaus 1 nicht seiner steuernden Funktion nachkommen. Deutlich wurde dies z.B. da einige der vom Gesundheitszirkel entwickelten Maßnahmen auch Fachbereiche außerhalb der Interventionsklinik wie z.B. den von allen Kliniken des Krankenhauses 1 genutzten operativen Bereich. Da die Führungskräfte dort keinerlei Interesse an den geplanten Veränderungen hatten, konnte die Intervention letztlich nicht durchgeführt werden, da der Arbeitskreis Gesundheit hier keine Entscheidungsbefugnisse hatte und nicht steuernd eingreifen konnte. Ebenso stieß der Arbeitskreis Gesundheit an seine Grenzen, als Probleme mit der Führung der Interventionsklinik auftraten. Auch hier fehlte es dem vorwiegend mit Pflegekräften besetzten Arbeitskreis Gesundheit an Möglichkeiten, auf die Ärzte und die ärztliche Führung entsprechend einzuwirken. Deutlich wurden in dem Zusammenhang auch die stark ausgeprägten hierarchischen Strukturen und Machtverhältnisse in der Interventionsklinik.

Dies führte zur Frustration unter der Beteiligten und war vermutlich auch der Grund dafür, dass die Beteiligung an den Arbeitstreffen kontinuierlich abnahm und kein Interesse bestand, den Arbeitskreis nach Ende des Projektes fortzusetzen.

Durchführung eines Gesundheitszirkels

Die Durchführung eines Gesundheitszirkels war seitens des Projektes vorgegeben, da es sich hierbei um eine bewährte Vorgehensweise handelt, gesundheitsrelevante Probleme in Betrieben partizipativ mit den Mitarbeitern zu bearbeiten (vgl. 5.2.2.1.).

Die Experteninterviews bestätigten, dass ein Gesundheitszirkel eine gute Möglichkeit darstellt, bestimmte Themen in einem Unternehmen gemeinsam zu bearbeiten. In der Interventionsklinik stieß das Instrument jedoch an seine Grenzen, was insbesondere auf den fehlenden Rückhalt der Führung zurückzuführen ist. So gelang es nicht, über die Entwicklung von Lösungsvorschlägen hinaus Veränderungen der Arbeitssituation zu erreichen. Die Probleme erwiesen sich als zu umfangreich und schwerwiegend und reichten zu sehr in die Strukturen des Krankenhauses hinein, um Maßnahmen ohne die Unterstützung der Führung erfolgreich durchzuführen.

Kritisch ist der Auswahlprozess der Teilnehmer zu bewerten. Da aufgrund des Projektcharakters die wissenschaftliche Begleitforschung keine längere Präsenzzeit in der Interventionskli-

nik bereitstellen konnte, wurde auf die Vermittlung durch die Führung zurückgegriffen. Während sich aus dem Pflegebereich zu viele Personen meldeten, fanden sich keine Freiwilligen aus dem medizinischen Dienst und der Verwaltung. Dies hatte zur Folge, dass einerseits Teilnehmer von der Pflegedienstleitung ausgewählt wurden, wobei dieser Prozess für einige Mitarbeiter nicht transparent verlief und teilweise auf Widerstände traf. Andererseits wurden Personen von der Führung zur Teilnahme am Gesundheitszirkel verpflichtet, was zu Problemen insbesondere in den ersten Sitzungen führte. So kamen vor allem jene Personen vielfach zu spät, fehlten oder wirkten in nur begrenztem Umfang bzw. teilweise auch kontraproduktiv an der Erarbeitung der Thematik mit. Dass die Sitzungen des Gesundheitszirkels letztlich dennoch positiv verliefen, ist darauf zurückzuführen, dass die nicht interessierten Teilnehmer entweder nicht mehr oder nur selten teilnahmen und die anderen Zirkelteilnehmer ausgesprochen engagiert mitarbeiteten.

Durch die Unterbesetzung von Mitarbeitern aus dem ärztlichen Dienst mangelte es jedoch gerade an jener Berufsgruppe, die maßgeblich für die Gestaltung der Arbeitsbedingungen und der Unternehmenskultur verantwortlich ist und auch über die Position im Krankenhaus verfügen, Veränderungen zu gestalten und durchzusetzen.

Evaluation der Kennzahlen

Dass die Erkenntnisse aus der Erprobung der Kennzahlen nur für ein Praxisbeispiel vorlagen, hatte Konsequenzen für die Auswertung der Praktikabilität des Instrumentes. Zwar konnten wichtige Aspekte identifiziert werden, die für den Einsatz der Kennzahlen im Krankenhausalltag von Bedeutung sind. Es fehlt jedoch der Vergleich zu einer anderen Einrichtung. Ebenso konnten keine Erkenntnisse gewonnen werden, inwieweit sich möglicherweise Unterschiede hinsichtlich der Region, Größe oder Versorgungsstufe einer Einrichtung ergeben. So beschränkten sich die Aussagen zur Praktikabilität und Akzeptanz der Kennzahlen lediglich auf dieses Fallbeispiel.

Ein weiteres Problem resultierte aus der Verknüpfung zwischen Instrument (biopsychosoziale Kennzahlen) und Verfahren (betriebliches Gesundheitsmanagement).

Während das Ziel des Forschungsprojektes die Erprobung der Praktikabilität der Kennzahlen war und die Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden einen erwünschten Nebeneffekt darstellte, bestand das Ziel der Interventionsklinik vornehmlich in der Verbesserung der Ar-

beitsituation und der Gesundheit der Mitarbeiter durch gesundheitsförderliche Maßnahmen, wobei die Kennzahlen hier eher sekundär waren.

Da der Durchlauf der vier Kernprozesse im betrieblichen Gesundheitsmanagement vorgeschrieben ist und eine Verbesserung der Arbeitsplatzsituation aufgrund des vorhandenen Handlungsbedarfs auch erreicht werden sollte, bestand demzufolge ein erheblicher Teil der Aktivitäten der wissenschaftlichen Begleitforschung aus Maßnahmen zur Verbesserung der Mitarbeitergesundheit, was auch so in der Interventionsstudie dargestellt wurde. Die Kennzahlen und ihre Erprobung bildeten hingegen einen eher geringen Teil der Gesamtdarstellung, zumal sie vor allem zu Beginn im Rahmen der Organisationsdiagnostik und zum Ende der Studie zur Evaluation zum Einsatz kamen.

Durchführung von Experteninterviews

Für die Evaluation der Interventionsstudie war die Durchführung von Experteninterviews vorgesehen. Diese Methode stellt eine gute Möglichkeit dar, um Effekte der Interventionen sowie der Praktikabilität der Kennzahlen zu gewinnen (vgl. Kapitel 5.2.3.3.). Neben den verschiedenen Berufsgruppen und Hierarchieebenen wurden zudem Experten befragt, die direkt am Projekt mitwirkten und solche, die nicht beteiligt waren (vgl. Tabelle 19). Ebenso wären Interviews mit dem Krankenhausmanagement der am Forschungsprojekt beteiligten Kliniken interessant gewesen, um mehr über die Gründe für die Nicht-Beteiligung an der Erprobung der Kennzahlen zu erfragen. Hierfür fehlte es an entsprechenden Ressourcen im Forschungsprojekt. Es wäre jedoch auch fraglich gewesen, ob sich die betreffenden Führungskräfte hierfür zur Verfügung gestellt und ehrliche Antworten gegeben hätten.

Nicht zustande kam trotz mehrmaliger Anfrage das Interview mit der ärztlichen Direktion. Aufgrund der entscheidenden Rolle, welche gerade diese Person für die Interventionsstudie hatte, fehlen damit wesentliche Aussagen sowohl in Bezug auf die Kennzahlen als auch den Projektverlauf.

Ebenso erhielt die wissenschaftliche Begleitforschung im Wesentlichen lediglich von jenen Interviewpartnern Auskunft zum Forschungsprojekt und den Kennzahlen, die direkt am Projekt beteiligt waren. Die Interviewpartner aus dem Pflegebereich, die nicht an der Interventionsstudie teilgenommen hatten, waren hingegen aufgrund fehlender Informationen über das Projekt und die Kennzahlen größtenteils mit den Fragen überfordert und konnten nur wenig hierzu sagen. Die befragten Ärzte waren besser informiert, was jedoch vermutlich vor allem auf eine gesonderte Informationsveranstaltung zurückzuführen ist. Diese war von der wissen-

schaftlichen Begleitforschung durchgeführt worden, weil der medizinische Dienst nach Abschluss des Gesundheitszirkels kaum Informationen über Inhalt und Ziel des Forschungsprojektes hatte, gerade die mittlere Führungsebene jedoch wesentlich für die Durchführung der beschlossenen Maßnahmen eingeplant war und insofern hier Aufklärungsbedarf bestand.

Besonders kritisch vor dem Hintergrund des Projektauftrags, die Kennzahlen im Klinikalltag zu erproben, ist anzumerken, dass hierzu keine Rückmeldungen in Bezug auf den zweiten Einsatz der Kennzahlen im Rahmen der Evaluation eingeholt werden konnten. Durch den Abbruch des Projektes bestand seitens der Interventionsklinik kein Interesse an weiteren Aktivitäten der wissenschaftlichen Begleitforschung in der Einrichtung.

7.2. Diskussion der Interventionsstudie

Ausgangssituation

Die Experteninterviews und die Dokumentenanalyse der wissenschaftlichen Begleitforschung zeigten, dass sich die Interventionsklinik zu Beginn des Projektes in einer Situation befand, wie sie auf viele Krankenhäuser in Deutschland zutrifft (vgl. Kapitel 3.1.). Das Klinikmanagement war gefordert, die Wettbewerbsfähigkeit der Klinik zu verbessern und musste sich mit dem Thema Qualitätsmanagement auseinandersetzen. Zum Zeitpunkt der Interventionsstudie wurden im Krankenhaus 1 verschiedene Umstrukturierungsmaßnahmen durchgeführt wie z.B. die Zusammenlegung von Stationen. Ferner befand man sich in dem Prozess, das Finanzierungssystem auf DRG's umzustellen.

Um die Wettbewerbsfähigkeit der Einrichtung zu verbessern, kam es in der Interventionsklinik daraufhin zu verschiedenen aus der Literatur bekannten Maßnahmen wie Steigerung von Behandlungsfällen bei gleichzeitigem Abbau des Pflegepersonals sowie einer Verkürzung der Liegezeiten (vgl. z.B. Isfort/Weidner 2007, Statistisches Bundesamt 2008). Auch für die Mitarbeiter der Interventionsklinik bedeutete dies eine Verdichtung der Arbeitsleistung, wie dies schon von anderen Krankenhäusern berichtet wird (z.B. Glaser/Höge 2005, Schrappe 2005, Robert-Bosch Stiftung 2007).

Dass das Belastungsspektrum in Krankenhäusern nach wie vor hoch und vielfältig ist, wird auch anhand der Interventionsklinik deutlich. Viele der in den Experteninterviews genannten Aspekte entsprechen den für Krankenhäuser typischen Belastungen, wie sie ausführlich in Kapitel 3.4. beschrieben werden. Hierzu zählen unter anderem hoher Zeitdruck, die Versorgung schwerkranker und pflegeaufwändiger Patienten, der gestiegene Aufwand für Dokumen-

tationsarbeiten zu Ungunsten patientennaher Tätigkeiten, lange und ungünstige Arbeitszeiten sowie diverse Regulationshindernisse wie z.B. fehlende Patientenunterlagen, eine schlechte Information und häufige Arbeitsunterbrechungen.

Insofern bestand in der Interventionsklinik Handlungsbedarf, um die Arbeitssituation der Mitarbeiter zu verbessern. Krankenhäuser bieten eine Vielzahl an Möglichkeiten, die Gesundheit und das Wohlbefindens am Arbeitsplatz zu verbessern und Maßnahmen zur Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen durchzuführen. (vgl. Tabelle 16, S. 87). Vor Projektbeginn hatten die Mitarbeiter die Möglichkeit verschiedene Einzelaktivitäten zur Belastungssenkung wahrzunehmen wie z.B. Rückenschulen oder Nichtraucherprogramme. Organisationsbezogene Interventionen, um Gesundheitspotenziale am Arbeitsplatz zu erschließen bzw. Gesundheitsrisiken zu reduzieren, wie sie von Badura und Münch (2000) beschrieben werden, fanden sich in der Interventionsklinik hingegen kaum. Insgesamt beurteilten die Mitarbeiter das Interesse der Führung am Thema „Mitarbeitergesundheit“ eher kritisch.

Diagnostik

Eine Frage, die durch die Erprobung der Kennzahlen beantwortet werden sollte, war, ob sich im Rahmen der Organisationsdiagnostik anhand der biopsychosozialen Kennzahlen Problembereiche und Ressourcen in Bezug auf die Mitarbeitergesundheit identifizieren lassen.

Dies kann positiv beantwortet werden. Die Organisationsdiagnostik zeigte, dass es in der Interventionsklinik mehrere Bereiche gab, in denen ein Handlungsbedarf vorlag. Zu erkennen war eine Vielzahl an Belastungen bei zugleich unzureichenden Ressourcen, wie sie schon in anderen Studien beschrieben werden (vgl. Herschbach 1991; Richardsen/Burke 2001; Stern 1996; Büssing et al. 2002; Visser et al. 2003, Peter/Ulich 2003; Glaser et al. 2005).

Ähnliche Situationen fanden sich in den anderen Kliniken, was deutlich macht, dass das Krankenhaus offenbar noch immer zu den hoch belasteten Arbeitsplätzen zählt. Die im Vergleich schlechteren Befragungsergebnisse in der Interventionsklinik zeigten, dass dort spezifische Belastungsfaktoren vorliegen müssen bzw. nicht alle Belastungen den problematischen Rahmenbedingungen geschuldet sind.

Für das Führungsmanagement können solche Ergebnisse in zweierlei Hinsicht von Interesse sein:

Zum einen aufgrund der Auswirkungen der Arbeitsplatzsituation auf die physische und psychische Gesundheit sowie die Einstellungen und Motivation ihrer Mitarbeiter, die ihrerseits mit Qualitätsaspekten und ökonomischen Effekten verbunden sind (vgl. Kapitel 3.5.2.). Aufgabe der Führung ist es, Arbeitsbedingungen zu schaffen, die es den Mitarbeitern ermöglichen, ihre Leistungsfähigkeit, Motivation und Professionalität aufrecht zu erhalten. Der Führung der Interventionsklinik zeigten die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung, dass in ihrer Klinik viele Mitarbeiter vor allem aus dem Pflegebereich unter Problemen im Bereich des Muskel-Skelettsapparates leiden, aber auch eine Reihe an psychosomatischen Beschwerden vorhanden sind wie z.B. Schlafstörungen. Dies kann sich auf die Konzentrationsfähigkeit des Personals und damit auf die Qualität der Arbeit auswirken. Ebenso wichtig war auch, dass in der Interventionsklinik eine große Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation herrscht, vor allem unter den Ärzten sich Kollegen in die innere Kündigung zurückgezogen haben und die Bindung an das Krankenhaus eher gering ausfällt.

Zum anderen sind die Ergebnisse für Führungskräfte relevant, da zahlreiche Merkmale der Organisation, des Arbeitsplatzes und der sozialen Beziehungen von Führungskräften gestaltet werden und somit grundsätzlich auch durch entsprechende Veränderungen positiv beeinflussbar sind.

Die ärztliche Führung der Interventionsklinik nahmen die schlechten Ergebnisse im Bereich der Motivation, insbesondere in Bezug auf die innere Kündigung beim medizinischen Dienst, zum Anlass, sich an der Interventionsstudie zu beteiligen.

Um gegebenenfalls zielgruppenspezifische Interventionen durchführen zu können, war für die Führung auch der Vergleich der Berufsgruppen von Interesse. Vielfach wird in Studien vor allem auf die Arbeitssituation der Pflege eingegangen. Inzwischen gibt es Forderungen, auch stärker die Gesundheit der Ärzte im Blick zu haben (Ulich 2003), was die Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt bestätigen können.

So zeigte sich, dass in der Interventionsklinik die Ärzte die deutlich stärker belastete Berufsgruppe darstellen. Die hohen Belastungswerte bei den Ärzten sind insofern bemerkenswert, da sich anders als beim Pflegepersonal in den vergangenen Jahren zumindest die Anzahl der hauptamtlichen Ärzte in Krankenhäusern erhöht hat und die Belastungszahl je Fall verringerte (vg. Tabelle 5, S. 32). Der Vergleich der Kennzahlen zeigte, dass in der Interventionsklinik offenbar besondere Belastungsfaktoren beim medizinischen Personal vorliegen.

Wie in Kapitel 3.4. dargestellt, können Ressourcen dazu beitragen, Belastungen zu kompensieren. Anhand der Kennzahlen und der Experteninterviews ist zu erkennen, dass die Ressourcensituation bei den Pflegekräften der Interventionsklinik eher positiv ausfällt, wenngleich auch hier sicherlich noch Optimierungsbedarf besteht. Hingegen zeigten die Rückmeldungen der Ärzte, dass insbesondere die sozialen Beziehungen problematisch sind. Ähnlich wie dies von Flintrop bereits 1998 beschrieben wird, berichteten die Interviewpartner, dass der Konkurrenzdruck in der Interventionsklinik sehr hoch ist, was es nicht nur schwierig macht, vertrauensvolle Beziehungen aufzubauen, sondern sich auch nachteilig auf die Unterstützung durch Führung und Kollegen auswirkt.

Da es bislang kaum Studien gibt, die beide Berufsgruppen unter gleichen Arbeitsplatzbedingungen verglichen haben (Glaser et al. 2005), können die Ergebnisse wichtige Informationen zu speziellen Be- und Entlastungsfaktoren von Ärzten und Pflegekräften geben, auf die im Rahmen dieser Arbeit jedoch nicht weiter eingegangen werden kann.

Interventionsplanung

In Rahmen der Interventionsplanung verständigte sich der Arbeitskreis Gesundheit auf das Thema „verbindliche Informationsvermittlung“. Der Arbeitskreis interpretierte die Kennzahlen dahingehend, dass angesichts der verschiedenen Problembereiche die Informationstransparenz das zentrale Thema darstellt, und die Defizite in diesem Bereiche dazu führen, dass auch andere Arbeitsbereiche hierdurch in Mitleidenschaft gezogen wurden. Dementsprechend sollten durch die Bearbeitung dieses Themas auch positive Effekte in anderen kritischen Bereichen erzielt werden. Insbesondere hatte man hierbei die angespannten sozialen Beziehungen in der Klinik im Blick und das allgemeine Betriebsklima. Der Projektverlauf lässt vermuten, dass die Verbesserung der Informationstransparenz sicherlich ein wichtiges Themenfeld darstellt, jedoch vermutlich hiermit nicht das Kernproblem bearbeitet wurde.

So ließen die Entwicklungen während des Projektes auf ein Führungsproblem schließen. Auch in diesem Bereich hatten die Kennzahlen auf Spannungen zwischen Mitarbeitern und Führung hingewiesen, eine Bearbeitung dieses Problembereichs wurde vom Arbeitskreis jedoch nicht in Erwägung gezogen. Allerdings gestaltete sich die Interpretation der Führungsqualität an dieser Stelle etwas schwierig, da aufgrund des für Krankenhäuser typischen Dreili-niensystems und der Mehrfachunterstellung der Pflegekräfte (vgl. Kapitel 3.1.1.) nicht immer zweifelsfrei gesagt werden konnte, wer mit „Führung“ gerade gemeint war. Unter Umständen

wurde das Thema auch deswegen nicht näher beleuchtet, da sich der Arbeitskreis ausschließlich aus Führungskräften zusammensetzte und man sich dann einer kritischen Selbstreflexion hätte unterziehen müssen.

Rückmeldungen von Klinikmitarbeitern im Vorfeld des Gesundheitszirkels, dass die Führung nicht das ungeteilte Vertrauen der Beschäftigten besäße und schon in der Vergangenheit ein Arbeitskreis daran gescheitert war, dass sich die Führung nicht an getroffene Vereinbarungen hielt, wurden mehrfach im Arbeitskreis Gesundheit besprochen. Die wissenschaftliche Begleitforschung ging davon aus, dass sich durch den Arbeitsauftrag (vgl. Tabelle 27, S. 159) eine entsprechende Verbindlichkeit ergibt, gegen die nicht ohne weiteres verstoßen werden kann. In dem Arbeitsauftrag wurden sämtliche Vereinbarungen zum Projekt schriftlich festgehalten. Der Vertrag wurde abschließend sowohl von der ärztlichen wie pflegerischen Führung unterzeichnet. Der Projektverlauf zeigte jedoch, wie leicht selbst solche Verbindlichkeiten umgangen werden können, wenn die Führung nicht dahinter steht und es zudem an einer übergeordneten Instanz fehlt, die für die Einhaltung des Arbeitsauftrags Sorge trägt.

Intervention

Die Arbeit des Gesundheitszirkels ist insgesamt als positiv zu bewerten. In der Ursachenanalyse (vgl. 6.6.1) wurden von den Zirkelteilnehmern zahlreiche Probleme in der Interventionsklinik identifiziert und die möglichen Gründe hierfür benannt. Schon in dieser Phase wurde die Komplexität der Problemlage der Interventionsklinik deutlich. Bereits die Anzahl der Probleme war beträchtlich (vgl. Anhang Kreiseldiagramme). Es zeigte sich jedoch auch, dass die Ursachen in mehreren Bereichen liegen. So zeichneten sich einerseits Defizite in der Führung ab, der es z.B. nicht gelang Informationsprozesse klar zu definieren bzw. für deren Einhaltung zu sorgen oder selbst mit gutem Beispiel voran zu gehen. Auch vermochte die Führung nicht, ein Klima des gegenseitigen Miteinanders und Vertrauens zu schaffen, was sich auch auf die Qualität der Information und Kommunikation niederschlagen kann. Andererseits nannten die Gesundheitszirkelteilnehmer mehrere Problembereiche, die den einzelnen Mitarbeiter betrafen und seinen Umgang mit Informationen oder Gesprächspartnern. Darüber hinaus begrenzte sich das Problem nicht auf eine Berufsgruppe oder eine Abteilung, sondern betraf die gesamte Klinik.

Der bestimmende Faktor war jedoch die Führung, daher soll hierauf näher eingegangen werden. Auf die Schlüsselfunktion des Krankenhausmanagements bei der Implementierung des betrieblichen Gesundheitsmanagements wurde bereits zu Beginn des Diskussionsteils hinge-

wiesen. die besondere Bedeutung der Führung machte sich jedoch insbesondere auch in der Umsetzungsphase bemerkbar.

Insgesamt gestaltet es sich sehr schwierig, insbesondere Führungskräfte aus der Ärzteschaft dazu zu bewegen Veränderungen hinsichtlich der Arbeitsplatzmerkmale vorzunehmen. In Ermangelung eines Interviews mit der ärztlichen Führung der Interventionsklinik kann über die Gründe hierfür nur spekuliert werden. Einige Interviewpartner äußerten, dass das System vor allem für die obere Führungsebene nach wie vor gut funktioniert. Zu bedenken ist in dem Kontext, dass Veränderungen vor allem für Führungskräfte mit dem Verlust von Privilegien oder mit finanziellen Einbußen verbunden sein können. Dass die mittlere Führungsebene wenig Veränderungsbereitschaft zeigte, mag unter anderem auch damit zusammengehangen haben, dass sie seitens der ärztlichen Führung zu wenig Informationen über das Projekt erhielten, sie nicht in dem Veränderungsprozess „mitgenommen“ wurden, sondern man über ihren Kopf hinweg bestimmte und entschied.

Die Interventionsstudie ließ erkennen, inwieweit Führungskräfte durch ihr Führungsverhalten das Wohlbefinden des Krankenhauspersonals sowie das soziale Klima in der Einrichtung beeinflussen. Wie Studien zeigen (vgl. z.B. Brücker 2009), wird der Führungsstil in der Pflege eher positiv bewertet, was auch auf die Interventionsklinik zutrifft und sich sowohl in den Kennzahlen wie den Experteninterviews ausdrückte. So erhalten Pflegekräfte mehr soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten, sie werden besser von ihrer Führungskraft über betriebliche und arbeitsplatzspezifische Gegebenheiten informiert und erhalten mehr Anerkennung. Hingegen wies der zu beobachtende Führungsstil der Ärzte gegenüber dem Pflegepersonal und der ärztlichen Direktion gegenüber den untergebenen Mitarbeitern aus Ärzteschaft und Pflege viele Merkmale auf, die in Tabelle 8 als Gesundheit belastend zusammengefasst sind. Dass das Führungsverhalten in vielen Krankenhäusern offenbar ein Problem darstellt, zeigen die Ergebnisse der am Forschungsprojekt beteiligten Kliniken (vgl. Tabelle 24, S. 128). Auch in der Interventionsklinik wurde ein autoritärer Führungsstil gepflegt und die Teilnehmer des Gesundheitszirkels empfanden die Hierarchien in ihrer Einrichtung vielfach als unklar. Besonders bemängelt wurde in den Experteninterviews, dass keine verlässlichen Führungsrichtlinien vorhanden sind, das Verhalten der Führung teilweise nur schwer vorhersehbar ist und wenig Raum zur Partizipation besteht. Den Kennzahlen (vgl. Abbildung 33, S. 145) sowie den Rückmeldungen aus dem Gesundheitszirkel und den Experteninterviews war zu entnehmen, dass bei den Ärzten vorwiegend durch Angst geführt wird und selten durch

Anerkennung. So berichteten einige Mitarbeiter, dass kritische Äußerungen von der Führung bestraft wurden. So kam es z.B. zu einer Degradierung eines Oberarztes sowie zu einem Operationsverbot, was unter Umständen Auswirkungen auf die weitere Berufskarriere haben kann. Wie stark der Druck der Ärzte ist und wie sehr auch die Angst in der Klinik verbreitet ist zeigte sich z.B. auch daran, dass sich die Interviewpartner aus dem medizinischen Bereich mehrfach bei der wissenschaftlichen Begleitforschung versicherten, dass Informationen aus den Interviews streng vertraulich gehandhabt werden, bzw. auf eine Unterbrechung der Aufzeichnung bestanden wurde. Kritisiert wurde zudem, dass durch den Führungsstil in der Interventionsklinik Rivalitäten, Egoismus und gegenseitiges Misstrauen gefördert werden.

Ebenfalls zeigte der Projektverlauf sehr anschaulich, wie wichtig es ist, dass Führungskräfte ihrer Vorbildfunktion nachkommen bzw. welche Mechanismen sich in Gang setzen, wenn dies nicht der Fall ist.

Darüber hinaus zeigen die Kennzahlen und Erfahrungen aus dem Projekt, dass ein solcher Führungsstil eher nicht geeignet ist, das innovative und kreative Potenzial der Mitarbeiter auszuschöpfen und sie zu motivieren (vgl. Abbildung 22, S. 137), hier also ein beträchtliches Potenzial der Mitarbeiter nicht genutzt wird. Vielmehr ist zu erwarten, dass sich langfristig Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter bemerkbar machen.

Finden Mitarbeiter bessere Alternativen auf dem Arbeitsmarkt, ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass sie diese nutzen. Die Kennzahlen zeigten, dass einige Mitarbeiter dies durchaus in Erwägung zogen. Zur Zeit der Interventionsstudie gab es verschiedene Schließungen von Krankenhäusern oder Abteilungen in der Region und Stellen wurden eher abgebaut. Die Gefahr besteht, dass Mitarbeiter das Interesse an der Arbeit verlieren, es kommt zum Motivations- und Leistungsabfall und letztlich zur inneren Kündigung. Teilweise zeigten sich entsprechende Tendenzen auch bei den Interviewpartnern, insbesondere bei jenen, die sich im Projekt sehr stark engagiert hatten.

Zweifelsohne unterliegen Führungskräfte von Krankenhäusern derzeit einem besonders hohen Druck und es ist viel, was sie zu bewältigen haben: Neue Schwerpunktsetzungen durch die Regelungen zur Integrierten Versorgung, Neustrukturierung der Arbeitszeitgestaltung, Einführung einer neuen Kostenrechnung, Aufbau eines Qualitätsmanagements oder Entwicklung von Behandlungsstandards (v. Bandemer 2005). Während im Pflegebereich Führungskompetenzen Bestandteil von Fortbildungen sind, werden Ärzte meist nicht ausreichend auf eine solche komplexe Aufgabe vorbereitet (vgl. Kapitel 3.2.2.1 und 3.2.2.2.). In der Regel gelan-

gen Ärzte vor allem aufgrund ihrer fachlichen Kompetenzen und Reputation im medizinischen Bereich in Führungspositionen (Degenhardt 1998; Lieb 2004). Auch in der Interventionsklinik wird als Krankenhaus der Maximalversorgung besonderer Wert auf das fachliche Können der Ärzte gelegt, da die Qualität der medizinischen Leistungen wesentlich den nationalen und internationalen Ruf dieser Einrichtung begründet. Fortbildungen, um Führungskompetenzen und Teamfähigkeiten zu erlangen, spielen in der Interventionsklinik hingegen im eine eher untergeordnete Rolle (vgl. Abbildung 26, S. 140) und hätten von den Ärzten in ihrer ohnehin sehr knappen Freizeit und aus eigenen finanziellen Mitteln organisiert werden müssen. Wie wichtig gerade bei Ärzten im oberen und mittleren Management entsprechende Kompetenzen wären, zeigt die Interventionsstudie eindrücklich.

Offenbar mangelt es jedoch nicht nur an Angeboten für Ärzte und an Zeit, diese wahrzunehmen, sondern möglicherweise auch an dem notwendigen Interesse. Zumindest in der Interventionsklinik sah die ärztliche Direktion keinen Handlungsbedarf und die Experteninterviews machten deutlich, dass die Gesprächspartner ihren Führungsstil als positiv und mitarbeiterorientiert einschätzen. Dies kann durchaus zutreffend sein, da sich vermutlich nur jene Ärzte freiwillig bei der wissenschaftlichen Begleitforschung gemeldet hatten, die ohnehin ein Interesse an den Themen Arbeitsplatzbedingungen und Mitarbeitergesundheit haben.

Dass die Führung in diesem Forschungsprojekt eine derart entscheidende Auswirkung auf den Projektverlauf hatte, ist vielleicht auch darauf zurückzuführen, dass Krankenhäuser vielfach noch stark ausgeprägte hierarchische Strukturen aufweisen, wie diese in Kapitel 3.1.1. dargestellt wurde und wie es auch im Krankenhaus 1 der Fall war. So traten während der Interventionsstudie sehr deutlich die Machtverhältnisse zwischen Ärztlicher Direktion und Pflegedienstleitung zu Tage und auch die verschiedenen Rollen beider Berufsgruppen. Während die Pflegedienstleitung eher die vermittelnde Rolle in dem Prozess einnahm und sich um ein positives, konstruktives Klima bemühte, konnten keine wesentlichen Entscheidungen von der Pflegedienstleitung ohne oder gegen die ärztliche Direktion getroffen werden.

Obwohl der Führung die Hauptverantwortung für das Gelingen eines solchen Projektes zukommt und dies anhand der Interventionsstudie deutlich wurde, tragen auch die Mitarbeiter eine Mitverantwortung. In der Interventionsklinik wurde die Verantwortung von den Mitarbeitern zum einen an die Führung abgegeben: Erst sollten von dort eindeutige Impulse kom-

men, ehe man Zeit und Energie in Veränderungsmaßnahmen stecken wollte. Zum anderen sah man die Verantwortung bei den Teilnehmern des Gesundheitszirkels.

Grundsätzlich gilt für Führung und Mitarbeiter gleichermaßen, dass der Wunsch nach Veränderung nicht zwingend auch mit der Bereitschaft einhergeht, entsprechende Veränderungen vorzunehmen. Dies trifft vor allem auf Maßnahmen zu, die das Verhalten einer Person betreffen, die eine Einschränkung lieb gewordener Gewohnheiten bedeuten oder sich auf eine andere Art und Weise negativ auswirken können. In der Interventionsklinik wären manche Maßnahmen möglicherweise mit finanziellen Einbußen verbunden gewesen, da durch eine neue Regelung im OP-Plan weniger Privatpatienten hätten operiert werden können. Ebenso wären Privilegien weggefallen, z.B. Bevorzungen bei der Einteilung von Operationen. Viele der beschlossenen Maßnahmen verlangten mehr vom einzelnen Mitarbeiter ab. Zum Beispiel mehr Zeit für das korrekte Führen von Patientenakten oder mehr Aufwand, um Informationen direkt weiterzugeben und nicht über dritte Personen.

Dass die Differenz zwischen „wollen“ und „tun“ manchmal groß ist, zeigte auch ein Projekt zur Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Auch hier kam man zu dem Ergebnis, dass der Wunsch der Mitarbeiter nach einer Veränderung der Arbeitsbedingungen und die Realisierung selbiger weit auseinander lagen (vgl. Kaluza et al. 1998).

Ebenso zeigte die Interventionsstudie, dass es sich beim Krankenhaus aufgrund seiner Komplexität um eine Organisation handelt, die sehr schwierige Rahmenbedingungen für die erfolgreiche Durchführung eines solchen Vorhabens bietet.

So ist es z.B. schwer, eine gute Informations- und Kommunikationsbasis herzustellen, was jedoch zu den wesentlichen Voraussetzungen für ein erfolgreiches betriebliches Gesundheitsmanagement gehört. (vgl. Walter 2003). Zu nennen sind zum einen die zahlreichen Schnittstellen die zwischen den verschiedenen Berufsgruppen, Stationen bzw. Funktionsbereichen bestehen und den Informationsfluss erschweren. Zum anderen werden durch den Schichtdienst und die Notwendigkeit zur Akutversorgung von Patienten nie alle Mitarbeiter erreicht, sodass es meist an Kontinuität fehlt und die Gefahr besteht, dass Informationen verloren gehen. Der Schicht- und Bereitschaftsdienst kann zudem die Zusammenarbeit in Arbeitskreisen beeinträchtigen. Dies zeigte sich z.B. in der niedrigen Beteiligung bei der Auftaktveranstaltung für die Krankenhausmitarbeiter, auf der über das Forschungsprojekt infor-

miert wurde, und machte sich auch in der Arbeit des Gesundheitszirkels bemerkbar, wo immer wieder Teilnehmer nicht kommen konnten oder zwischendurch die Sitzungen verließen.

Für die Realisierung von Maßnahmen bedarf es der engen Abstimmung mit den jeweilig betroffenen Berufsgruppen und Abteilungen. Aufgrund der starken gegenseitigen Abhängigkeiten im Krankenhaus haben Veränderungen in der Regel immer auch auf andere Arbeitsbereiche oder Berufsgruppen Auswirkungen, was einen hohen Abstimmungsaufwand zur Folge hat und den Prozess langwierig und schwerfällig gestaltet. Erschwerend kommt hinzu, dass in Krankenhäusern die betroffenen Akteure oftmals sehr unterschiedliche Interessen verfolgen. Ohne den entsprechenden Rückhalt durch das Krankenhausmanagement ist dies nur schwer zu leisten.

Trotz erschwerender Rahmenbedingungen belegen verschiedene Beispiele aus der Literatur, dass es auch in Krankenhäusern gelingen kann, umfassende gesundheitsförderliche Maßnahmen und Organisationsentwicklungsprozesse erfolgreich durchzuführen und ein betriebliches Gesundheitsmanagement zu implementieren (vgl. Bellabarba/Schnappauf 1996, Neuhaus/Metz 2005, Schrappe 2005). Beispiele wie das Auguste-Viktoria-Krankenhaus in Berlin zeigen, dass es trotz der angespannten Situation gelingen kann, Krankenhäuser in moderne Dienstleistungsunternehmen zu verändern und Führungskräfte durchaus bereit sind, umfassend in die Gesundheit der Mitarbeiter zu investieren (Scobel et al. 1998).

Im Unterschied zur Interventionsstudie konnten diese Projekte jedoch auf den Rückhalt der Führung vertrauen, worauf auch in den Projektdarstellungen stets hingewiesen wird. „Die Krankenhausleitung muss sich offen hinter dieses Vorhaben stellen“ (Schrappe 2005, S. 111). In dem von ihm dargestellten Projekt setzten sich sowohl ärztlicher wie kaufmännischer Direktor für das Projekt ein, wobei es nicht allein auf verbaler Ebene blieb, sondern beide Führungskräfte aktiv in der Steuerungsgruppe mitwirkten. Wesentliche Voraussetzung für das Engagement der Krankenhausführung ist wiederum, dass, wie Neuhaus und Metz (2005) es in ihrem Projekt beschreiben, die Führungsebene davon überzeugt ist, „dass die Gesundheit der Mitarbeiter eine wesentlicher Erfolgsfaktor für das Unternehmen ist.“ Das Krankenhaus hatte bereits im Vorfeld gesundheitsförderliche Maßnahmen durchgeführt und ist auch Mitglied im Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser.

Evaluation

Eine weitere Frage des Forschungsprojektes war, ob sich durch die biopsychosozialen Kennzahlen Veränderungsprozesse und Effekte des betrieblichen Gesundheitsmanagements abbilden lassen.

Hier zeigte die zweite Mitarbeiterbefragung (vgl. Tabelle 34, S. 181 und Tabelle 35, S. 183), dass Veränderungen zwar erfasst werden konnten, aufgrund der niedrigen Beteiligung die Ergebnisse jedoch nur bedingt aussagekräftig waren. Es liegt die Vermutung nahe, dass der negative Projektverlauf dazu führte, dass für das Krankenhauspersonal wenig Anreiz bestand, erneut Zeit in das Kennzahleninstrument zu investieren. Nichtsdestotrotz lieferten die Kennzahlen ein Bild der Situation der Interventionsklinik zum Zeitpunkt der Befragung, in dem noch einmal mehr als zum ersten Erhebungszeitraum die Unzufriedenheit der Mitarbeiter zum Ausdruck kam.

Interessant bei den Ergebnissen der Kennzahlen ist, dass trotz der schlechteren Bewertung des Klinikpersonals der anderen Krankenhäuser hinsichtlich der Alltagsanforderungen und annähernd gleich hoher Arbeitsintensität diese dennoch in allen weiteren Bereichen deutlich bessere Werte aufwiesen. Auch in der zweiten Befragung wird deutlich, dass neben äußeren Rahmenbedingungen vor allem auch interne Faktoren die Belastungs- und Ressourcensituation einer Einrichtung bestimmen.

Erprobung der Kennzahlen

Ein weiteres Anliegen des Forschungsprojektes war die Erprobung der biopsychosozialen Kennzahlen im Klinikalltag.

Die Interventionsstudie ergab, dass die biopsychosozialen Kennzahlen eine gute Möglichkeit darstellen, um Führungskräften einen Handlungsbedarf in ihrer Einrichtung aufzuzeigen und sie dabei unterstützen können, die Gesundheit ihrer Mitarbeiter zu schützen und zu fördern. Bislang standen Führungskräften, um sich über den Gesundheitszustand und das Befinden der Mitarbeiter zu informieren, vorwiegend „harte“ Kennzahlen zur Verfügung wie z.B. Fehlzeiten oder die Fluktuationsrate. Sofern Informationen über „weiche“ Faktoren erfasst wurden, geschah dies in der Regel, indem man subjektiver Eindrücke sammelte (Pfaff 2004). Wenn gleich Führungskräfte auf diese Weise wichtige Aussagen über aktuelle Probleme erhalten, ist diese Form der Informationsgewinnung auch mit zahlreichen Problemen behaftet: Es fehlt ihnen z.B. an Objektivität und Repräsentativität. Zudem kann man die Angaben nur schwer

vergleichen und die Möglichkeiten der Verbreitung im Betrieb sind eingeschränkt (ebd.). Durch das neue Instrument können Führungskräfte nun auch auf „weiche“ Kennzahlen zurückgreifen, die ihnen eine solide und umfassende Wissensbasis über das menschliche und zwischenmenschliche Befinden der Mitarbeiter vermitteln. Dies ist gerade in Dienstleistungsunternehmen, in denen das Personal wesentlich zum Unternehmenserfolg beiträgt, eine wichtige Information.

Die im Forschungsprojekt erstmalig eingesetzten biopsychosozialen Kennzahlen zeigen die Belastungs- und Ressourcensituation in den einzelnen Kliniken und ermöglichen den Vergleich zu anderen Kliniken und Abteilungen in der eigenen Einrichtung bzw. anderen Kliniken mit derselben Fachrichtung. Ebenso lassen sich anhand der Kennzahlen berufsspezifische Belastungen und Ressourcen abbilden. Vor dem Hintergrund steigender psychisch bedingter Erkrankungen auch beim Krankenhauspersonal (vgl. Badura et al. 2008) gewinnt die Erhebung weicher Kennzahlen an Bedeutung. Ebenso zeigt sich, dass die Erfassung von Ressourcen gerade im Krankenhaus sehr wichtig ist, da die Tätigkeit trotz aller Belastungen z.B. aufgrund ihrer sinnstiftenden und befriedigenden Wirkung auch gesundheitsfördernd sein kann (Glaser/Höge 2005).

Anhand der biopsychosozialen Kennzahlen ist es Führungskräften möglich, gezielte Interventionen abzuleiten und Effekte der durchgeführten Maßnahmen zu messen und zu bewerten. Indem Führungskräfte die Kennzahlen an ihre Mitarbeiter rückmelden, sorgen sie für Transparenz in ihren Einrichtungen.

In der Interventionsklinik kamen die Kennzahlen vor allem in den Kernprozessen „Diagnose“ und „Evaluation“ zum Einsatz. Anhand der biopsychosozialen Kennzahlen bekamen Führung und Mitarbeiter zentrale Problembereiche, bzw. Ressourcen in ihrer Einrichtung bzw. ihrer Berufsgruppe aufgezeigt. Vielfach traten anhand der biopsychosozialen Kennzahlen dabei nicht unbedingt neue Erkenntnisse zutage, sie spiegelten vor allem das wider, was die Mitarbeiter subjektiv schon länger wahrgenommen hatten. Durch die objektive Darstellung in Form von Kennzahlen gewannen die Aussagen insbesondere über die „weichen“ psychosozialen Sachverhalte jedoch an Aussagekraft und stellten nach Einschätzung der Mitarbeiter eine wesentlich bessere Argumentationshilfe dar, als dies bei subjektiven Eindrücken der Fall ist.

Festzustellen ist, dass die Darstellung der Kennzahlen in Form von Schulnoten sowohl von Führung wie Mitarbeitern als deutliche Vereinfachung bei der Auswertung der Ergebnisse empfunden wurde. Sie lieferten eine gute Basis für die Zieldefinition und stellten einen Ausgangspunkt für Interventionen dar. Gleichwohl erwiesen sich die Interpretation der Ergebnisse

insofern als problematisch, als es der persönlichen Bewertung einer Führungskraft überlassen ist, inwieweit z.B. befriedigende Ergebnisse dem Wortsinn entsprechend tatsächlich befriedigend sind oder hier bereits ein Handlungsbedarf gesehen wird. Hilfreich ist hier zumindest der Vergleich mit anderen Einrichtungen.

Durch das Abfragen bestimmter Themenbereiche wurden manche Mitarbeiter zudem dazu angeregt, sich mit verschiedenen Aspekten ihres Arbeitsplatzes kritisch auseinanderzusetzen.

Da die Befragungsergebnisse weitgehend mit der Wahrnehmung der Führung und der Mitarbeiter übereinstimmten, wurden sie von den Befragten als realistisches Bild ihrer Einrichtung gut akzeptiert.

In Bezug auf den Umgang des Krankenhausmanagements mit den Kennzahlen wurde deutlich, dass trotz der teilweise sehr hohen Belastungssituation der Mitarbeiter und der identifizierten Probleme im Organisationsbereich, der Arbeitstätigkeit und den sozialen Beziehungen Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden von der Führung aus unterschiedlichen Gründen abgelehnt wurden. Das heißt, selbst der Nachweis von Belastungen bzw. fehlenden Ressourcen anhand von Kennzahlen trägt nicht dazu bei, Führungskräfte von der Notwendigkeit einer Investition in das Human- und Sozialkapital zu überzeugen.

Die Interviews zeigten, dass die Mitarbeiter insgesamt sehr aufgeschlossen gegenüber dem neuen Instrument waren. Gleichwohl sahen sie auch, dass ein solches Verfahren nicht allein zum Selbstzweck durchgeführt werden sollte, sondern auch der Nutzen erkennbar sein muss. Hier bestanden bei einigen Befragten starke Zweifel, die vor allem dem negativen Projektverlauf geschuldet sind. So kommen einige Gesprächspartner zu dem Schluss, dass auch die beste „Diagnostik“ nichts nützt, wenn keine „Therapie“ erfolgt. Allerdings wendete sich die Kritik damit an jedes Diagnoseverfahren und richtete sich nicht speziell auf die biopsychosozialen Kennzahlen.

Vor dem Hintergrund ist auch die Kritik an dem hohen Zeitaufwand zu sehen, der zum Ausfüllen des zweifellos eher umfangreichen Fragebogens erforderlich ist. Sicherlich besteht hier Optimierungsbedarf, da angesichts des ohnehin hohen Zeitdrucks in Krankenhäusern ein weniger aufwändiges Befragungsinstrument dem Krankenhausalltag besser entgegen käme. Dennoch ist zu vermuten, dass bei erfolgreichem Projektverlauf und positiven Effekten für die Mitarbeiter der zeitliche Einsatz weniger kritisch gesehen worden wäre.

8. Zusammenfassung

Krankenhäuser gehören zu den zentralen Einrichtungen in unserem Gesundheitssystem. Sie leisten einen wesentlichen Beitrag für die Versorgung kranker und pflegebedürftiger Menschen und sind zudem ein wichtiger Arbeitgeber in Deutschland. Aufgrund der hohen Kosten, die für Krankenhäuser aufgewendet werden, wurden verschiedene Reformen durchgeführt, um Ausgaben zu senken, die vielfach zulasten der dort Beschäftigten gingen und nicht ohne Konsequenzen blieben. So liegt der Krankenstand im Krankenhaus höher als in anderen Branchen, die Fluktuation ist hoch und es mangelt zunehmend an qualifiziertem Personal, was sich auch auf die Qualität der Versorgung niederschlägt.

Obwohl der Bedarf an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Mitarbeiterorientierung in Krankenhäusern entsprechend groß ist, besitzen die Themen Wohlbefinden und Gesundheit des Personals beim Krankenhausmanagement im Kontext anderer betrieblicher Interessen eine eher geringe Priorität bzw. reduzieren sich noch vielfach auf Maßnahmen des gesetzlichen Arbeitsschutzes.

Dennoch gibt es auch einige Krankenhäuser, die sich im Rahmen des von der WHO initiierten Projektes „International Network of Health Promoting Hospitals“ zusammengeschlossen haben, um das Thema Gesundheitsförderung in ihren Einrichtungen gezielt umzusetzen. Vielfach beziehen sich deren Aktivitäten jedoch vorwiegend auf die Zielgruppe der Patienten und weniger auf die Mitarbeiter.

Damit der zunehmende Kostendruck, die Forderung nach einem schlanken und effizienten Management sowie die Diskussion zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern nicht zulasten der Krankenhausmitarbeiter gehen, ist ein gutes Personalmanagement erforderlich, das eine kontinuierliche Gesundheitsförderung der Mitarbeiter beinhaltet. Denn gesunde und motivierte Mitarbeiter sind ihrerseits wichtig, da der Wandel von Krankenhäusern zu einem attraktiven und modernen Dienstleistungsunternehmen nur gemeinsam mit den Mitarbeitern gelingen kann.

Viele Führungskräfte wissen jedoch zu wenig über die Schlüsselfunktion, die sie einnehmen, sei es als Partner bei der Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen, sei es was die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitsbedingungen betrifft. Zudem fehlte ihnen bislang auch das entsprechende Instrument, um gesundheitsförderliche Aspekte bei der Führungstätigkeit zu berücksichtigen. So handelt es sich bei den in Krankenhäusern erfassten Kennzah-

len vorwiegend um „harte“ betriebswirtschaftliche Fakten. Vor dem Hintergrund einer umfassenden Gesundheitsförderung im Sinne der WHO, bedarf es jedoch auch an Informationen über den Gesundheitszustand der Mitarbeiter, Gesundheitspotenziale und psychosoziale Sachverhalte. Erforderlich ist daher der Einsatz innovativer Instrumente im Personalbereich wie das hier vorgestellte und erprobte biopsychosoziale Kennzahleninstrument.

Im Rahmen des Forschungsprojektes „Unternehmensführung mit biopsychosozialen Kennzahlen“ wurde ein Befragungsinstrument entwickelt, welches medizinische und „weiche“ Kennzahlen zu psychischen wie sozialen Aspekten beinhaltet und sowohl Belastungen wie Ressourcen erfasst. Das Kennzahleninstrument ermöglicht der Führung, Problembereiche frühzeitig zu erkennen, gezielte Veränderungsprozesse durchzuführen und den Erfolg der Maßnahme zu messen.

Die Erprobung des Kennzahleninstrumentes war Auftrag der wissenschaftlichen Begleitforschung. Als Vorgehensweise wurde das betriebliche Gesundheitsmanagement gewählt. Dieses sollte beispielhaft in einer dem am Forschungsprojekt beteiligten Krankenhäuser implementiert und die biopsychosozialen Kennzahlen in den vier Kernprozessen angewendet werden. Es galt zu ermitteln, inwieweit die Kennzahlen geeignet sind, Problembereiche in Bezug auf die Mitarbeitergesundheit zu identifizieren, um entsprechende Interventionen für die konkrete weitere Bearbeitung in einem Gesundheitszirkel daraus abzuleiten und Effekte von Interventionsmaßnahmen darzustellen. In dem Zusammenhang sollte auch der Frage nachgegangen werden, wie Führung und Mitarbeiter mit den Kennzahlen umgehen und wie sie ihren Wert einschätzen.

Der Prozess wurde dokumentiert. Die Bewertung der Durchführung des betrieblichen Gesundheitsmanagements und des Einsatzes der Kennzahlen erfolgte mittels Experteninterviews und anhand von Dokumentenanalysen.

Die kennzahlenbasierte Befragung erfolgte in vier verschiedenen Krankenhäusern und bestätigten Defizite in allen Einrichtungen. Trotz des bestehenden Handlungsbedarfs konnte das Krankenhausmanagement aus jeweils unterschiedlichen Gründen nicht von der Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements überzeugt werden.

Die Erprobung der Kennzahlen erfolgte daher in einer Klinik, die sich für die Durchführung beworben hatte. In einem ersten Schritt wurde ein Steuerungsgremium (Arbeitskreis Gesundheit) gebildet, das anhand der biopsychosozialen Kennzahlen die Ausgangssituation analysierte. Die Ergebnisse zeigten, dass die Mitarbeiter einem Komplex an Mehrfachbelastungen aus-

gesetzt sind, die aus der Arbeitsorganisation, der Arbeitstätigkeit sowie den sozialen Beziehungen resultieren. Die Folgen zeigen sich in körperlichen und seelischen Beschwerden, aber auch in einer Unzufriedenheit mit dem Arbeitsplatz, Motivationsverlusten und innerer Kündigung. Damit wies die Interventionsklinik zahlreiche Merkmale einer „ungesunden Organisation“ auf wie z.B. mangelndes „Wir-Gefühl“, ungenügende Partizipationsmöglichkeiten oder ein fehlendes Vertrauen in die Führung. Eine positive Einschätzung fand sich lediglich in Bezug auf die Sinnhaftigkeit der Tätigkeit.

Der Arbeitskreis Gesundheit verständigte sich auf das Thema „verbindliche Informationsvermittlung“, da man sich durch eine Verbesserung in diesem Bereich auch positive Effekte auf andere kritische Themen, insbesondere auch das Betriebsklima erhoffte.

Die weitere Bearbeitung dieses Thema erfolgte durch einen Gesundheitszirkel, dessen Arbeit insgesamt als erfolgreich zu bewerten ist. Es fand hier eine konstruktive und offene Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen, Hierarchieebenen und Stationen/Funktionsbereichen statt. Die Beteiligten benannten eine Vielzahl an Situationen, die eine verbindliche Informationsvermittlung behindern, und benannten die hierfür zugrunde liegenden Ursachen. Es wurden zahlreiche Lösungsvorschläge entwickelt, die anschließend dem Arbeitskreis Gesundheit sowie Mitarbeitern des Krankenhauses 1 präsentiert wurden.

In der Umsetzungsphase sollten die Lösungsvorschläge umgesetzt werden. Es traten jedoch massive Schwierigkeiten auf, was letztlich zum Erliegen des Umsetzungsprozesses führte. Grund hierfür war zum einen ein Defizit im Bereich der Führung, der es nicht gelang, den Mitarbeitern glaubhaft zu vermitteln, dass Veränderungen gewünscht sind. Ebenso waren sich die Mitarbeiter der eigenen Verantwortung in einem solchen Prozess nicht ausreichend bewusst und es mangelte an einer engagierten Basis, um einen solchen Veränderungsprozess gemeinsam zu tragen. Offenbar wurde unterschätzt, dass die vorgeschlagenen Maßnahmen mit teilweise einschneidenden Veränderungen auch für die eigene Person verbunden sind.

2003 erfolgte die zweite kennzahlenbasierte Mitarbeiterbefragung. Eine Interpretation der Daten war nur eingeschränkt möglich, da die Beteiligung diesmal gering ausfiel und zudem zeitgleich Umstrukturierungsmaßnahmen sowie Veränderungen im Personalbereich erfolgten. Die angestrebten Ziele des Arbeitskreises Gesundheit, also eine Verbesserung der Informationstransparenz und damit auch eine Verbesserung anderer Problembereiche, konnten nur in sehr begrenztem Umfang erreicht werden.

Die Anwendung der biopsychosozialen Kennzahlen in der Praxis und deren Einsatz im betrieblichen Gesundheitsmanagement ist insgesamt als positiv zu bewerten. Sie ermöglichten einen schnellen Überblick über die Interventionsklinik und erfassten das physische wie psychische Befinden der Beschäftigten ebenso wie zentrale Einflussgrößen auf Gesundheit und Wohlbefinden. Die Akzeptanz des Instrumentes war hoch und die Fragen wurden ausnahmslos als wichtig und erforderlich erachtet, um die Situation der Klinik zu erfassen und darauf basierend eine geeignete „Therapie“ abzuleiten. Die Darstellung der Kennzahlen in Form von Schulnoten hatte sich bewährt und ermöglichte es auch weniger geübten Personen, die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung zu lesen und für sich einzuordnen. Anhand der Kennzahlen gelang es Führungskräften im Rahmen der Organisationsdiagnostik schnell, Problembereiche bzw. Ressourcen zu identifizieren und Handlungsstrategien abzuleiten. Auch vereinfachten die Kennzahlen die Vermittlung der Informationen an die Mitarbeiter.

Im Rahmen der Evaluation konnten die biopsychosozialen Kennzahlen wichtige Erkenntnisse zur aktuellen Lage in der Einrichtung geben. Obwohl in diesem Fallbeispiel aufgrund der geringen Beteiligung der Mitarbeiter nur eine eingeschränkte Interpretation von Veränderungen zum Vorjahr möglich war, ist davon auszugehen, dass die Kennzahlen auch sehr gut geeignet sind, um die Effektivität einer Intervention abzubilden.

Die Interventionsstudie machte deutlich, dass der Einsatz solcher Kennzahlen jedoch an verschiedene Bedingungen geknüpft ist. So hängt die Akzeptanz des Instrumentes wesentlich davon ab, inwieweit es gelingt, den Aufwand für die Befragung durch spürbare Verbesserungen für die Mitarbeiter zu rechtfertigen. Ebenso bedarf es einer engagierten Führung, die der Thematik Mitarbeitergesundheit und damit auch dem Einsatz von Kennzahlen in einem betrieblichen Gesundheitsmanagement offen gegenübersteht.

Die professionelle Durchführung der Kernprozesse zählt zu den Erfolgsfaktoren bei der Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen. Ebenso ist die Führung gefragt, den Mitarbeitern glaubhaft zu vermitteln, dass dieser Veränderungsprozess gewünscht ist. Zudem bedarf es Führungskompetenzen, um den dadurch angestoßenen Veränderungsprozess zu begleiten und zu unterstützen. Weiterhin werden Mitarbeiter benötigt, die bereit sind, an solchen Prozessen mitzuwirken und einer Vielzahl an Mitarbeitern, diesen gemeinschaftlich zu tragen.

9. Empfehlungen und Ausblick

Im Zuge der Globalisierung sind Führungskräfte mehr denn je gefordert, die Wettbewerbsfähigkeit ihrer Unternehmen zu sichern. Die Beschäftigten stellen in diesem Zusammenhang eine wichtige Ressource dar, insbesondere in Dienstleistungsunternehmen wie Krankenhäusern, in denen die Qualität und Quantität der Produkte sehr eng mit der Leistungsfähigkeit und Motivation der Mitarbeiter verknüpft sind.

Krankenhäuser sind aufgefordert, sich verstärkt mit dem Thema Führung auseinanderzusetzen. Führungskräfte sind Schlüsselpersonen, um den Umwandlungsprozess von verwalteten Pflegeeinrichtungen zu wettbewerbsorientierten Dienstleistungsunternehmen mitarbeiterorientiert zu gestalten.

Das bedeutet zunächst, in die Qualität der Führung zu investieren. Zwar setzt es sich in Stellenausschreibungen immer mehr durch, dass neben fachlichem Können auch soziale Kompetenzen und Führungsqualitäten gefordert werden, allerdings sind entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen nach wie vor dem persönlichen Engagement des Arztes vorbehalten und bilden keine Voraussetzung für eine Führungsposition. Hier bedarf es dringend eines Umdenkens. Vielfach findet sich in Krankenhäusern noch ausgeprägte Hierarchien und ein eher autoritär geprägter Führungsstil (Schrappe 2005), der im Hinblick auf die Mitarbeiter jedoch wenig dazu beiträgt, deren Potenzial auszuschöpfen. Erforderlich ist ein kooperativer, mitarbeiterorientierter Führungsstil, um die Kreativität und Motivation des Krankenhauspersonals zu fördern. Auch wird durch die Ausbildung von Ärzten eher ein Individualismus und Einzelkämpfertum gefördert, das sich insbesondere in Krankenhäusern der Maximalversorgung fortsetzt. Um den Veränderungen in Krankenhäusern begegnen zu können, bedarf es jedoch zunehmend der Teamarbeit und neuer Konzepte.

Überlegenswert ist in diesem Zusammenhang auch ein Vorschlag, der bereits 2003 im Deutschen Ärzteblatt geäußert wurde, nämlich zwei hinsichtlich des Renommees und des Einkommens gleichwertige Berufswege für Ärzte einzurichten. Vorgeschlagen wird, dass sich Ärzte nach der Weiterbildungszeit entscheiden, ob sie eher den Weg als Facharzt gehen oder eine Karriere im Management starten und sich dementsprechend qualifizieren (Hennes/Werr 2003).

Ebenso wichtig ist es, dass sich Führungskräfte auch in Krankenhäusern verstärkt ihrer Verantwortung für ihr Personal bewusst werden und das Thema Mitarbeitergesundheit eine Auf-

wertung erhält. Wie dringend erforderlich es schon jetzt ist, mehr in die Gesundheitsförderung von Mitarbeitern zu investieren, zeigen die überdurchschnittlich hohen Fehlzeiten beim Krankenhauspersonal und der Anstieg psychischer Belastungen.

Obwohl seit Anfang der 1990er Jahre eine Reihe an Studien auf die Vielzahl an Belastungsfaktoren hingewiesen hat und sicherlich auch zahlreiche Maßnahmen insbesondere im Bereich des Arbeitsschutzes zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen führten, zeigte unter anderem auch die Interventionsstudie, dass Krankenhäuser nach wie vor zu den Hochrisikoarbeitsplätzen gehören. Durch die in den vergangenen Jahren durchgeführten Reformen, kam zur Leistungsverdichtung mit Folgen für den Gesundheitszustand der Mitarbeiter, die Arbeitsmotivation und damit auch die Qualität der Leistung. Schon heute weisen Untersuchungen darauf hin, dass die medizinisch-pflegerische Versorgung Qualitätsmängel aufweist, da sich unter anderem die hohe Arbeitsbelastung und Müdigkeit negativ auf die Qualität auswirken (Schrappe 2005). Vor dem Hintergrund, dass Einschätzungen zufolge die Leistungsverdichtung noch weiter zunehmen wird (Glaser/Höge 2005), ist es wichtig, dass das Thema Gesundheitsförderung im Krankenhaus an Bedeutung gewinnt.

Ebenso bedarf es, um die Versorgungsqualität in Krankenhäusern zu sichern verschiedener Maßnahmen, um die Attraktivität dieses Arbeitsplatzes verbessern und Mitarbeiter für dieses Arbeitsfeld zu gewinnen bzw. es (gesund) zu halten. Ferner müssen Führungskräfte stärker als zuvor die Bedürfnisse älterer Arbeitnehmer in den Blick nehmen, deren Anteil in den kommenden Jahren voraussichtlich steigen wird (Hasselhorn/Müller 2004). So ergab eine Befragung von Führungskräften (Isfort/Weidner (2007), dass sie die Pflegetätigkeit als wenig geeignet für ältere Arbeitnehmer erachten, insbesondere hinsichtlich der hohen physischen Belastungen. Dringend erforderlich sind spezifische Arbeitsangebote, um es auch älteren und zudem qualifizierten Mitarbeitern zu ermöglichen, bis zum Renteneintrittsalter im Krankenhaus tätig zu sein. Das Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser, das sich seit langem schon darum bemüht, Krankenhäuser gesundheitsförderlich zu gestalten und Erfahrungen im Bereich Mitarbeiterorientierung hat bieten hier Führungskräften interessante Möglichkeiten.

Studienergebnisse zeigen, dass „weiche Faktoren“ wie das Sozialkapital und immaterielle Arbeitsbedingungen die Gesundheit aber auch die Arbeitsleistung der Mitarbeiter beeinflussen (Rixgens 2008).

Die Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements stellt eine bewährte Strategie dar zur systematischen Verbesserung der Arbeitsbedingungen und damit einhergehend

der Mitarbeitergesundheit und -motivation. Ähnlich wie dies bereits in Industrieunternehmen erfolgt, gilt es Führungskräfte von den Chancen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements zu überzeugen. Neuere Datenmaterial über die Zusammenhänge zwischen Gesundheitsförderung und ökonomischen Effekten zeigt, dass ein betriebliches Gesundheitsmanagement dazu beitragen kann, die Wettbewerbsfähigkeit der Einrichtungen zu verbessern. Durch Verringerung von Fehlzeiten, innerer Kündigung oder Fluktuation können Kosten gesenkt werden. Attraktive Arbeitsplätze wirken sich positiv auf die Arbeitszufriedenheit und Motivation der Mitarbeiter aus, was sich positiv auf die Qualität der Leistung auswirkt. Damit wird der Ruf des Krankenhauses in der Region verbessert und eine nachhaltige Bindung des Patienten an die Einrichtung gefördert. Zudem leistet das betriebliche Gesundheitsmanagement vor dem Hintergrund einer immer älter werdenden Belegschaft, dem zunehmenden Fachkräftemangel und dem prognostizierten „war of talents“, einen wichtigen Beitrag, um qualifizierte Mitarbeiter zu gewinnen bzw. auf Dauer zu halten.

Um dieser Aufgabe gerecht werden zu können, benötigen Führungskräfte entsprechende Instrumente, die ihnen umfassende Informationen über Belastungen und Ressourcen der Mitarbeiter geben.

Das im Rahmen des Forschungsprojektes „Unternehmensführung mit biopsychosozialen Kennzahlen“ entwickelte und erprobte Kennzahleninstrument stellt ein solches Instrument dar. Es gibt Führungskräften einen Überblick über alle wesentlichen Organisationsmerkmale, die Einfluss auf das körperliche, psychische und soziale Befinden der Beschäftigten haben, und liefert ihnen Angaben zum Gesundheitszustand ihrer Mitarbeiter. Die Kennzahlen sind durch die Darstellung der Ergebnisse in Form des traditionellen Notensystems leicht zu lesen und Führungskräfte können bereits frühzeitig Problembereiche erkennen und gezielt Maßnahmen ergreifen sowie die Effektivität der Intervention messen. Das Instrument ermöglicht Führungskräften zudem, einen Benchmark innerhalb des Unternehmens zu ziehen, z.B. durch den Vergleich zwischen verschiedenen Abteilungen oder Berufsgruppen, oder einen Vergleich mit anderen Unternehmen vorzunehmen. Zudem stellen die Kennzahlen eine gute Argumentationshilfe dar, um Führungskräfte wie Mitarbeiter vom Bedarf gesundheitsförderlicher Maßnahmen zu überzeugen bzw. auch auf gesundheitspolitischer Ebene die Öffentlichkeit und Politik für das Thema zu sensibilisieren und einen Bedarf aufzuzeigen.

Die Prüfung der Kennzahlen auf ihre Praktikabilität zeigt, dass sich das Instrument sehr gut auch von nicht geübten Mitarbeitern anwenden lässt. Dennoch empfiehlt sich für die Auswertung der Ergebnisse die Einbeziehung eines Experten, um eine neutrale Interpretation zu gewährleisten.

Ebenso ist zu überlegen, ob eine Festlegung von Grenzwerten hilfreich wäre, um einen Handlungsbedarf besser dazustellen und den Interpretationsspielraum zu verringern.

Da sich der Aufwand für die Befragung als sehr hoch erwiesen hat, wäre zu überlegen, inwieweit sich der Umfang der Fragen reduzieren ließe, wenngleich zentraler Kritikpunkt der Mitarbeiter eher die schlechte Relation zwischen dem Aufwand und dem in diesem Fall geringen Nutzen war.

Die Erfahrungen in der Interventionsklinik zeigten, dass eine gute Information der Mitarbeiter, sei es über das Forschungsprojekt, sei es über die Ergebnisse der kennzahlenbasierten Mitarbeiterbefragung, eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen eines solchen Vorhabens ist. Angesichts des Klinikalltags droht die Informationsvermittlung in den Hintergrund zu rücken, vor allem dann, wenn sie wie im Fall der Kennzahlen sehr umfangreich sind und den Mitarbeitern passiv in Form eines Berichts vorgelegt wird.

Die Experteninterviews verdeutlichten, wie wichtig es ist, solche Kennzahlen in einer einfachen und attraktiven Form darzustellen, wie z.B. durch die von der wissenschaftlichen Begleitforschung angefertigten Plakate. Ebenso sollte darauf geachtet werden, dass Ergebnisse regelmäßig in den Arbeitbereichen kommuniziert werden.

Die Herausforderung für die Zukunft wird vor allem darin bestehen, das neue Kennzahleninstrument in Unternehmen zu verbreiten. Das bedeutet zunächst, vor allem Überzeugungsarbeit zu leisten, um Führungskräfte für die betriebliche Gesundheitsförderung zu gewinnen und darzulegen, dass Gesundheitsförderung Führungsaufgabe ist. Es gilt den Führungskräften nahezubringen, dass zu den Grundlagen eines betriebswirtschaftlichen Erfolgs ganz wesentlich auch Mitarbeiter gehören und Fehlzeiten, Fluktuation, Motivation und Arbeitszufriedenheit Einfluss auf die wirtschaftliche Situation insbesondere von Einrichtungen aus dem Dienstleistungsbereich nehmen. Die Erfahrungen in der Interventionsstudie haben deutlich gemacht, dass zwar niemand die Bedeutung von Gesundheit bestreitet, die Themen Mitarbeitergesundheit und Gesundheitsförderung gegenüber anderen betrieblichen Interessen jedoch keine hohe Priorität besitzen bzw. sich auf den klassischen Arbeits- und Gesundheitsschutz reduzieren. Allgemein gibt es eher wenig Unternehmen, die das Thema Gesundheitsförderung z.B. im

Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagement in ihre betrieblichen Abläufe integriert haben und Gesundheitsförderung tatsächlich leben.

Daher gilt es darzulegen, dass betriebliche Gesundheitsförderung nicht in Konkurrenz mit anderen, insbesondere betriebswirtschaftlichen Interessen steht, sondern beide Bereiche einander sinnvoll ergänzen.

Führungskräfte müssen in entsprechenden Fortbildungsmaßnahmen über Inhalte der Gesundheitsförderung informiert und hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen verschiedenen Arbeitsplatzfaktoren einschließlich ihres eigenen Führungsverhaltens und der psychosozialen Belastungen der Mitarbeiter sensibilisieren werden.

Es gilt, ihre Kompetenzen zur Ausübung eines gesundheitsförderlichen Führungsstils zu verbessern wie z.B. Kommunikationsstrategien, Konfliktmanagement, Personalgespräche oder Teamarbeit sowie das Verständnis von Führenden und Geführten zu überdenken und zu definieren.

Ebenso wichtig ist es, Führungskräften Strategien zu vermitteln, wie sie ihren eigenen Führungsalltag gesundheitsförderlich gestalten können, zum Schutz ihrer eigenen Gesundheit, aber auch um ihrer Vorbildfunktion nachzukommen und einen gesundheitsförderlichen Führungsstil umsetzen zu können, dem starke Belastungen bei der Umsetzung entgegenwirken können.

Gerade im medizinischen Bereich stellt eine hohe fachliche Kompetenz vielfach noch die Grundvoraussetzung für Führungspositionen dar, was angesichts der veränderten Arbeitsanforderungen jedoch nicht mehr ausreichend erscheint. Zunehmend gewinnen organisatorische Fähigkeiten und soziale Kompetenzen an Bedeutung, was für Pflegekräfte in Führungspersonen schon realisiert wurde und inzwischen auch in verschiedenen Qualifizierungsmaßnahmen von Ärzten aufgegriffen wird und weiter unterstützt und gefordert werden sollte.

Zu bedenken ist, dass das Kennzahleninstrument nicht nur Aussagen zum Mitarbeiterbereich trifft, sondern direkt durch Abfrage von Führungsqualitäten und indirekt durch Abfrage verschiedener Organisationsmerkmale auch Defizite im Führungsbereich aufdeckt. Es bedarf daher Führungskräfte, die bereit sind, sich selbstkritisch mit ihrem Führungsverhalten und Führungskompetenzen auseinanderzusetzen.

Wichtig wäre, die Mitarbeitergesundheit als Qualitätsmerkmal von Unternehmen anzuerkennen und ein betriebliches Gesundheitsmanagement als Qualitätsmerkmal anzuerkennen und damit die Bedeutung des Themas aufzuwerten.

10. Literatur

- Aiken L (2001) Nursing Shortage and the Quality of Hospital Care. Online-Zugriff unter: sihp.brandeis.edu/council/pubs/hospstruct/Council-Dec-14-2001-Aiken-presentation.pdf
- Albrecht H, Büchner E, Engelke DR (1982) Arbeitsmarkt und Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals in Berliner KRrankenhäusern. Berlin-Forschung, Bd. 3, Berlin: Juventa
- Aldana S (2001) FinancialImpact of Health Promotion Programs: A Comprehensive Review of the Literature. American Journal of Health Promotion 15 (5), 296 - 320
- Antonovsky A (1987) Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2008) Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008
- Argyris C, Schön DA (1996) Organisational Learning II. Theory, Method and Practice. (Reprinted with corrections August 1996 ed.). Reading, Massachusetts: Addison-Wesley
- Aust B, Ducki A (2004) Comprehensive Health Promotion. Interventions at the workplace: Experiences with Health Circles in Germany. Journal of Occupational Health Psychology, 9 (3): S. 258 - 270
- Badura B (1993) Freud versus Selye. Zur Bedeutung der Gefühlsregulierung für die Stressbewältigung. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Juventa, 1. Jg. Heft 1 S. 47 – 60
- Badura B (2000 a) Qualitätsmanagement im Krankenhaus. In: W v. Eiff, H Fenger, A Gillessen, A Kerres U Mis, A Raem, S Winter (Hrsg.) Der Krankenhausmanager. Berlin u.a.O.: Springer
- Badura B (2000 b) Die Vision der gesunden Organisation Krankenhaus. Dokumentation der 5. Nationalen Konferenz des DNGK. 25.-27. Oktober 2000 in Heidenheim. Hamburg: Verlag für Gesundheitsförderung
- Badura B (2000c) Von der Gesundheitsförderung zur betrieblichen Gesundheitspolitik: Das Bielefelder Modell. In: A Schröer (Hrsg.) Betriebliches Gesundheitsmanagement. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW
- Badura B (2005) Strategie- und Konzeptwechsel in der betrieblichen Gesundheitspolitik. In: W Kirch, B Badura (Hrsg.) Prävention - Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses. Berlin u.a.O.: Springer
- Badura B, Feuerstein G, Schott T (1993) System Krankenhaus. Weinheim und München: Juventa Verlag

- Badura B, Hehlmann T (2003) Betriebliche Gesundheitspolitik – Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin u.a.O.: Springer
- Badura B, Münch E (2000) Krankenhäuser. Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (Hrsg.) Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder. Neuwied: Luchterhand
- Badura B, Ritter W, Scherf M (1999) Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Leitfadens für die Praxis. Düsseldorf: edition enigma
- Badura B, Schellschmidt H, Vetter C (2004) Fehlzeiten-Report 2003. Wettbewerbsfaktor Work-Life-Balance. Berlin u.a.O.: Springer
- Badura B, Schellschmidt H, Vetter C (2008) Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Berlin u.a.O.: Springer
- Baillod J, Schär Moser M (2003) Arbeitszufriedenheit, Belastungen und Qualität in der Pflege – Resultate aus einer Untersuchung im Kanton Bern. In: E Ulich (Hrsg.) Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen. Bern: Hans Huber
- Bandemer S v (2005) Verbesserung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern. In: B Badura, H Schellschmidt, C Vetter (Hrsg.) Fehlzeiten-Report 2004 – Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Berlin u.a.O.: Springer
- Bandemer S v, Born A, Hilbert J (2002) Arbeit im Dienstleistungssektor – Arbeitsorganisation, Mitarbeiterzufriedenheit und Kundenorientierung. In: P Brödner, M Knuth (Hrsg.) Nachhaltige Arbeitsgestaltung: Trendreports zur Entwicklung und Nutzung von Humanressourcen. München: Hampp, S. 379 – 429
- Barth S, Jonitz G (2009) Ärztliche Führungskompetenz. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. Schwerpunkt Ärztliche Führung. 103 (4) S. 193 - 197
- Bartholomeyczik S (1987a) Arbeitsplatz Krankenbett. Krankenpflege (5) S. 158 - 161
- Bartholomeyczik S (1987b) Arbeitsbedingungen und Gesundheitsförderung bei Krankenschwestern. Deutsche Krankenpflegezeitschrift (1) S. 1 - 9
- Becker P (1992) Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung. In: P Paulus (Hrsg.) Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis. Köln: GwG-Verlag
- Behrendorf B, Menke R, Lührig E (1987) Analyse der Ursachen der geringen beruflichen Verweildauer von weiblichen Pflegepersonen – Endbericht. Hannover: Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforchung
- Bellarbarba J, Schnappauf D (Hrsg.) (1996) Organisationsentwicklung im Krankenhaus. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie

- Bemmlotte J (1991) Mitarbeiterführung als Aufgabe des Krankenhaus-Managements. In: F Steinmetz (Hrsg.) Praxis moderner Krankenhausführung. Ein Handbuch für das Klinik-Management. Hamburg: Germa Press S. 89-102
- Bengel J, Schrittmatter R, Willmann H (2001) Was erhält den Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese. Köln: BzGA Bd. 6
- Bertelsmann & Böckler Stiftung (Hrsg.) (2000) Erfolgreich durch Gesundheitsmanagement. Beispiele aus der Arbeitswelt. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung
- Bertelsmann Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.) (2004) Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Ergebnisse der Arbeitsgruppen. Verlag Bertelsmann Stiftung
- Blake RR, Mouton JS (1964) The managerial grid. Houston Tex: gulf
- Blum K, Offermann M, Schilz P (2006) Krankenhaus Barometer. Umfrage 2006. Deutsches Krankenhausinstitut (Hrsg.) Düsseldorf
- Blum K, Offermanns M, Perner P (2009) Ärztemangel im Krankenhaus. Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst fordert zum Handeln auf. Arzt und Krankenhaus. 82. Jg. (2) S. 36 - 39
- Bölt U (2006) Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2004. In: J Klauber, B-P Robra, H Schellschmidt (Hrsg.) Krankenhaus Report. Stuttgart New York: Schattauer, S. 273 – 302
- Bös K, Gröben F (1995) Betriebliche Gesundheitsförderung. Prävention (1) S. 11 – 14
- Bohigian GM, Croughan JL, Sanders K (1994) Substance abuse and dependence in physicians: an overview of the effects of alcohol and drug abuse. Mo Med 91 (5), 233 - 239
- Borg I (2003) Führungsinstrument Mitarbeiterbefragung. Göttingen: Hogrefe
- Borges P, Schmidt R (2002) Die Balanced Scorecard als Steuerungsinstrument im Krankenhaus. Betriebswirtschaftliche Forschung und Praxis, (2) 101 – 117
- Bortz J (2005) Statistik für Human und Sozialwissenschaftler. Springer Medizin Verlag: Heidelberg
- Brandenburg U, Marschall B (1999) „Gesundheitscoaching“ für Führungskräfte. In: B Badura, M Litsch, C Vetter (Hrsg.) Fehlzeitenreport 1999 Psychische Belastungen am Arbeitsplatz. Berlin u.a.O.: Springer
- Braun B, Müller R (2005) Arbeitsbelastungen und Berufsausstieg bei Krankenschwestern. Pflege und Gesellschaft 10. Jg. (3) S. 131 – 141
- Braun B, Müller R, Timm A (2004) Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiographien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung. GEK Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 32. St. Augustin

- Brödner P, Knuth M (Hrsg.) (2002) Nachhaltige Arbeitsgestaltung: Trendreports zur Entwicklung und Nutzung von Humanressourcen. München: Hampp, S. 379 – 429
- Brücker H (2009) Aspekte des Führungsverhaltens und gesundheitlichen Wohlbefindens im sozialen Dienstleistungsbereich – Ergebnisse empirischer Untersuchungen in Krankenhäusern. In: B Badura, M Litsch, C Vetter (Hrsg.) Fehlzeitenreport 2008 Betriebliches Gesundheitsmanagement. Kosten und Nutzen. Springer, Berlin
- Buchegger-Traxler A (2003) Machen Führungskräfte krank? Führungsverhalten und Gesundheit. Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften (Hrsg.). Wirtschafts- und Sozialpolitische Zeitschrift. (26), S. 65 –83
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen (2004) Auf dem Weg zum gesunden Unternehmen. Argumente und Tipps für ein modernes betriebliches Gesundheitsmanagement. Essen
- Bühner R (2000) Mitarbeiter mit Kennzahlen führen: Der Quantensprung zu mehr Leistung. Landsberg: Moderne Industrie
- Büssing A, Glaser J, Höge T (2002) Screening psychischer Belastungen in der stationären Krankenpflege (Belastungsscreening TAA-KH-S) – Handbuch zur Erfassung und Bewertung psychischer Belastungen bei Beschäftigten im Pflegebereich. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW
- Büssing A, Glaser J (2003) Analyse, Bewertung und Gestaltung von Arbeit in der Pflege. In: E Ulich (Hrsg.) Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen. Bern u.a.O.: Hans Huber
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2003) Was ist gute Arbeit? Das erwarten Erwerbstätige von ihrem Arbeitsplatz. Bundesministerium für Arbeit und Soziales
- Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (2008) Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen. Konzept und Praxis in Österreich
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004) Gutachten zum „Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland“. Abschlussbericht Hamburg, November 2004
- Bungard W, Jöns I (1997) Mitarbeiterbefragung. Ein Instrument des Innovations- und Qualitätsmanagements. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union
- Burisch M (1994) Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. 2. Aufl. Berlin: Springer
- Chapman LS (2005) Meta-evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies. 2005 Updates, The Art of Health Promotion, Juli/August 1-11
- Chaudry J, Jain A, McKenzie S, Schwartz RW (2008) Physician Leadership: The Competencies of Change. J Surg Educ 2008; 65, S. 213 - 220

- Conrad H-J (2001) Balanced Scorecard als modernes Management-Instrument im Krankenhaus.. Kulmbach: Baumann
- DAK (2005) Arbeitszufriedenheit bei Pflegekräften sinkt. infoprint. Online-Zugriff am 19.05.2006 unter www.presse.dak.de/ps.nsf/DruckForumSeite?OpenForum&ParentUNID=67E1EC
- DAK-BGW (2000) Krankenpflegereport 2000. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der Bundesrepublik. Online-Zugriff am 15.Oktober 2006 unter www.inqa.de/.../PDF/DAK_20Gesundheitsreport_202000.property=pdf,bereich=inqa,sprache=de,rwb=true.pdf
- DAK-BGW (2005) Gesundheitsreport 2005. Online-Zugriff am 30.November 2006 unter www.dak.de/content/filesopen/KrankenpflegeGesamt_110106.pdf
- Dansereau FJ, Cashman J, Graen G (1973) Instrumentality theory and equity theory as complementary approaches in predicting the relationship of leadership and turnover among managers. *Organizational Behavior and Human Performance*, 10, S. 184 – 200
- Deckard G, Meterko M, Field D (1994) Physician Burnout: An Examination of Personal, Professional and Organizational Relationships. *Med Care* 1994 (32) 745 - 754
- Degenhardt J (1998) Struktur- und Führungswandel im Krankenhaus. Stuttgart u.a.O.: Kohlhammer Krankenhaus
- Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (2009) Drogenproblematik bei Ärzten aktiv angehen. Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin vom 12.05.2009
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (2003) Zahlen, Daten, Fakten 2003. Deutsche Krankenhausgesellschaft
- Deutscher Bundestag (2002) Schlussbericht der Enquete-Kommission „Demografischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik“ (Drucksache 14/8800). Berlin: Deutscher Bundestag
- Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser Ein Netz der WHO Entwicklung, Ziele, Strategien, Struktur, Aufnahmeverfahren. Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser gem. e.V. (Hrsg.). Online-Zugriff am 24.01.2005 unter www.dngfk.de
- Dierendonck D v, Borill C, Haynes C, Stride C (2004) Leadership behavior and subordinate well-being. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9, 2, S. 165 – 175
- Dietscher C, Krajic K, Stidl T, Pelikan JM (2002) Das Gesundheitsfördernde Krankenhaus: Konzepte, Beispiele und Erfahrungen aus dem Internationalen Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser. Bericht im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen Wien November 2002

- Doan-Wiggings L, Zun L, Cooper M a, Meyers DL, Chen EH (1992) Practice satisfaction, occupational stress and attrition of emergency physicians. *Acad Emerg Med* 1995 (2), 556 - 563
- Donabedian, A (1980) The definition of quality and approaches to it's assessment. Michigan: Ann Arbor
- Drucker PF (2007) Mythos Kennzahlen – Transparenz oder Blendwert? Online-Zugriff am 05.02.2007 unter www.4managers.de/index.php?id=476
- Eberle G (2005) Erfolgsfaktor Betriebliches Gesundheitsmanagement – betriebswirtschaftlicher Nutzen aus Unternehmenssicht. In: W Kirch, B Badura Prävention. Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses: Berlin: Springer
- Eiff W v. (2000) Führung und Motivation im Krankenhaus. Perspektiven und Empfehlungen für Personalmanagement und Organisation. Stuttgart Berlin Köln: Kohlhammer
- Eiff W v, Stachel K (2006) Professionelles Personalmanagement. Erkenntnisse und Best-Practice-Empfehlungen für Führungskräfte im Gesundheitswesen. Bd. 4 Wegscheid: Wikom Verlag
- Eisenhauer A (Hrsg.) (2000) Psychologie der Arbeitssicherheit. Beiträge zur Förderung von Sicherheit und Gesundheit in Arbeitssystemen Stuttgart: Schäffer-Poeschel
- Enzmann D, Kleiber D (1989) Helfer-Leiden. Stress und Burnout in sozialen Berufen. Heidelberg: Asanger
- Fiedler F (1967) A Theory of leadership effectiveness. New York: Mc Graw-Hill
- Firth-Cozens J, Greenhalgh J (1997) Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Soc Sci Med*; 44 (7) S. 1017 – 1022
- Flintrop J (2001a) Mobbing im Krankenhaus: Mit Bauchschmerzen zum Dienst. *Deutsches Ärzteblatt* 98, Ausgabe 12, S. A-742/B-607/C-567
- Flintrop J (2001b) Mobbing im Krankenhaus: Stich ins Wespennetz. *Deutsches Ärzteblatt* 98, Ausgabe 18, S. A-1170/B-997/C-934
- Flintrop J, Gerst T (2008) Ärztliche Führung; Medizinische Kompetenz allein genügt nicht. *Dtsch. Ärzteblatt* 2008; 105 (10): A-509 / B-459 / C-447
- Frey D (2004) Implementierung des betrieblichen Gesundheitsmanagements in Klein-, Mittel- und Großunternehmen. Abschlussbericht der AG 4 der Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“ der Bertelmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung: In: Bertelmann Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.) *Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik*. Gütersloh: Verlag Bertelmann Stiftung. S. 16-34
- Frey D, Müller G F (1985) Führungstheorien. In: D Frey, M Irle (Hrsg.) *Theorien der Sozialpsychologie*. Bd. 2, Gruppen- und Lerntheorien. Bern: Hans Huber

- Frieling E (2004) Veränderungen in der Arbeitswelt. Abschlussbericht der AG 1 der Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“ der Bertelmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung: In: Bertelmann Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.) Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Gütersloh: Verlag Bertelmann Stiftung. S. 6 -28
- Gebert D (1987) Führung und Innovation. In: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, 39 (10), S. 941-951
- Gebert D, Rosenstil L v (1996) Organisationspsychologie. Person und Organisation. Stuttgart: Kohlhammer
- Glaser J, Höge T (2005) Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften. BAuA (Hrsg.) Dortmund, Berlin, Dresden
- Glaser J, Höge T, Weigl M (2005) Psychische Belastungen bei Pflegekräften und Ärzten im Krankenhaus. Zeitschrift für Arbeitswissenschaften, (2), S. 143-151
- Goerke K (2001) Balanced Scorecard – ein betriebswirtschaftliches Instrument zur Erlössteuerung – einsetzbar in der Frauenheilkunde? Zentralblatt für Gynäkologie, 8: 432 - 434
- Gordon JR (1996) Organizational behavior. A diagnostic approach. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall
- Greif S, Bamberg E, Semmer N (Hrsg.) (1991) Psychischer Stress am Arbeitsplatz. Göttingen: Hogrefe
- Gröne O (2002) Das internationale Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser. Dokumentation der 7. Nationalen Konferenz des Deutschen Netzes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser gem. e.V. 23. – 25. Oktober 2002, S. 21 – 23
- Grossmann R (1993a) Leitungsfunktion und Organisationsentwicklung im Krankenhaus. In: B Badura, G Feuerstein, T Schott (Hrsg.) System Krankenhaus. Weinheim und München: Juventa Verlag
- Grossmann R (1993b) Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung – Organisationsentwicklung durch Projektmanagement. In: JM Pelikan, H Demmer, K Hurrelmann (1993) Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim: Juventa S. 43 – 60
- Güntert B, Offermanns G (2002) Ärztliche Führung: Eine Frage der ökonomischen Kompetenz? In: KD Hildemann (Hrsg.) Spannungsfeld Führung: neue Konzepte in einem veränderten Sozialstaat. Leipzig: Ev. Verlagsanstalt S. 147 - 160
- Gusy B, Kleiber D (1998) Burnout. In: E Bamberg, A Ducki, A-M Mezt (Hrsg.) Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie

- Ham C (Hrsg.) (2008) Enhancing Engagement in Medical Leadership: A Rapid Survey of International Experience. Health Services Management Centre, University of Birmingham, Academy of Medical Colleges and NHS Institute for Innovation and Improvement 2008.
www.institute.nhs.uk/building_capability/enhancing_engagement/enhancing_engagement_in_medical_leadership.html
- Hasselhorn HM, Müller BH (2004) Arbeitsbelastung und – beanspruchung bei Pflegepersonal in Europa – Ergebnisse der NEXT-Studie. In: B Badura, H Schellschmidt, C Vetter (Hrsg.) Fehlzeitenreport 2004 Berlin Heidelberg: Springer
- Heaney CA, Goetzel RZ (1997) A Review of Health-related Outcomes of Multicomponent Worksite Health Promotion Programs. American Journal of Health Promotion 11 (4), 290 - 307
- Heberer M (1998) Erfolgsfaktoren der Krankenhausführung. Chirurg, 68: 1305 – 1312
- Heberer M, Imark P, Bogdan B, Freiermuth O, Hurlebaus T, Juhasz E, Bodoky A (2002) Welche Kennzahlen braucht die Spitalführung? Konzept und Anwendung der Balanced Scorecard. Schweizerische Ärztezeitung, 83 (9): 425 - 434
- Henke K-D, Reimers L (2006) Zum Einfluss von Demographie und medizinisch-technischem Fortschritt auf die Gesundheitsausgaben. Diskussionspapiere TU Berlin ISSN 0944 –7741
- Herschbach P (1991) Psychische Belastung von Ärzten und Krankenpflegekräften. Weinheim: edition medizin, S. 11
- Hersey P, Blanchard K (1977) Management of Organizational Behavior. Englewood Cliffs
- Hoefert H-W (1997) Führung und Management im Krankenhaus. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie. S. 38 – 62
- Hollederer A (2004) Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland – Ergebnisse des IAB-Betriebspanels 2002 und 2004.
- Holzer C (1993) Arbeitszufriedenheit und Absentismus – eine empirische Studie unter Berücksichtigung der qualitativen Formen der Arbeitszufriedenheit. Diplomarbeit an der Universität Bayreuth
- Hopf C (2000) Qualitative Interviews – ein Überblick. In: U Flick, E von Kardoff, I Steinke (Hrsg.) Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt S. 349-360
- House JS (1981) Work Stress and Social Support. Reading
- Hunziger A, Kesting M (2003) „Work-Life-Balance“ von Führungskräften – Ergebnisse einer internationalen Befragung von Top-Managern 2002/2003. In: B Badura, H Schellschmidt, C Vetter (Hrsg.) Fehlzeiten-Report 2003. Wettbewerbsfaktor Work-Life-Balance. Berlin: Springer
- Initiative Gesundheit und Arbeit (2003) Ausmaß, Stellenwert und betriebliche Relevanz psychischer Belastungen bei der Arbeit – Ergebnisse einer Expertenbefragung

- Isfort M, Weidner F (2007) Pflege-Thermometer 2007. Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Köln. Online-Zugriff am 19.11.2007 unter www.dip.de
- Joiko K, Schmauder M, Wolff G (2002) Psychische Beanspruchung im Berufsleben. Erkennen – Gestalten. Reihe „Gesundheitsschutz“, Broschüre 23. Dortmund, Berlin: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
- Jurkat HB, Reimer C (2001) Arbeitsbelastung und Lebenszufriedenheit bei berufstätigen Ärztinnen im Vergleich zu Ärzten. Schweizerische Ärztezeitung: 82: Nr. 32/33 S. 1739 – 1744
- Kaase M (1999) Qualitätskriterien der Umfrageforschung. Denkschrift. Berlin: Akademie Verlag
- Kaiser C, Pfaff H (2004) Krankenrückkehrgespräche als Führungsaufgabe - der Vorgesetzte im Spannungsfeld zwischen Kümern, Kontrolle und Gesundheitsförderung. Veröffentlichungsreihe der Abteilung Medizinische Soziologie des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Sozialhygiene der Universität zu Köln. Forschungsbericht 1-2004
- Kaluza G, Conrad H-J, Köpf I, Zimmermann H, Basler H-D (1998) Gesundheitsförderung im Krankenhaus: Bedarf und Nachfrage – Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung. Zschft. f. Med. Psychologie (1) S. 60 - 67
- Kaplan RS, Norton DP (1997) Balanced Scorecard. Stuttgart: Schäffer-Pöschel
- Keller M, Bamberg E, Böhmert M (2009) Ergebnisse der Online. Befragung der Klinikärzte im Frühjahr/Sommer 2008. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Hrsg.)
- Kern D (2002) Der Arzt als Führungskraft: Verändern durch Überzeugen. Dtsch. Ärzteblatt 2002; 99 (18): (5)
- Kessler RC, Wortman CB (1989) Social and Psychological Factors in Health and Illness. In: HE Freeman, S Levine (Hrsg.) Handbook of Medical Sociology. Englewood Cliffs, New Jersey S. 69 ff
- Kieser et. al. (1995) Handwörterbuch der Führung. Stuttgart: Schäffer-Poeschel
- Knüppel D (2003) Die DRG-Einführung und ihre Folgen – Lehren aus den USA. Das Krankenhaus (5), S. 387 – 391
- Kopetsch T (2004) Ärztestatistik: Moderater Zugang, Überalterung setzt sich fort. Deutsches Ärzteblatt, 101 (20), A1396-A1398
- Kopetsch T (2005) Studie zur Altersstruktur und Arztzahlentwicklung: Daten, Fakten, Trends. Kassenärztliche Bundesvereinigung und Bundesärztekammer. 3. aktualisierte und

- überarbeitete Auflage. Online-Zugriff am 25. November 2006 unter www.bundesaerztekammer.de
- Kopetsch T (2008) Ärztwanderung: Das Ausland lockt. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 14
- Krajic K, Pelikan J M, Lobnig H (1996) Organisationsentwicklung im Krankenhaus. Göttingen: Hogrefe, S. 56
- Krug P, Böttge M, Coburger S, Reineke T, Zähringer M, v. Smekal U, Winnekendonk G, Harnischmacher U, Lüngem M, Lauterbach KW, Lehmann W, Lackner K (2003) Qualitätskontrolle der ambulanten und bildgebenden Diagnostik in Nordrhein-Westfalen, Teil 1. Fortschr Röntgenstr; 175: 46-57
- Kunstmann W, Flenker I (2005) Suchterkrankung bei Ärzten: Bei Therapie gute Aussicht auf Heilung. Dtsch. Ärzteblatt 2005; 102: A 1941 – 1944 (Heft 27)
- Lehnhardt U, Rosenbrock R (2007) Prävention und Gesundheitsförderung in Betrieben und Behörden. In: K Hurrelmann, T Klotz, J Haisch (Hrsg.) Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern u.a.O.: Verlag Hans Huber
- Leichsenmann C, Petermann O (2001) Die Pflichten des Unternehmers in der Arbeitssicherheit. 6. überarbeitete Auflage. Köln: Berufsgenossenschaft der Feinmechaniker und Elektrotechnik
- Lieb N (2004) Aufgaben, Anforderungen und Auswahl leitender Ärzte. Kulmbach: Baumann Fachverlag
- Lobban RK, Husted J, Farewells VT (1998) A comparison of the effect of job demand, decision latitude, role and supervisory style on self-reported job satisfaction. Work and stress, 12 (4) S. 337 – 350
- Lütticke J, Pühlhofer F, Krankendonk C, Steffen P, Hansen H, Stoll, A, Merkel S, Siewerts D, Badura B, Piekarski C, Richter P, Pfaff H (2003) Ergebnisse der Mitarbeiter- und Patientenbefragung 2002. In: <http://medizin.uni-koeln.de/institute/arbeitsmedizin/befragung2002.htm>
- Maaz A, Winter M H-J., Kuhlmeier A (2006) Der Wandel des Krankheitspanoramas und die Bedeutung chronischer Erkrankungen. In: B Badura, H Schellschmidt, C Vetter (Hrsg.) Fehlzeitenreport 2006 Chronische Krankheiten. Springer Berlin
- Mäulen B, Gottschaldt M, Damm K (1995) Hilfsmöglichkeiten für abhängige Ärzte - Unterstützung durch die Ärztekammern. Dtsch Ärzteblatt 47, C-2083 - 2084
- Malorny C (1996) TQM umsetzen. Der Weg zur Business Excellence. Stuttgart 1996
- Mann FC (1961) Styding and Creating Change in: Bennis, Benne und chin: The Planning of Change. Pp. 605-613. New York
- Maslach C (1982) Burnout : The cost of caring. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall

- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (2005) Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung – Dokumentation 2005. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg.) Essen
- Meierjürgen R, Scherrer K (2004) Wettbewerbsfaktor Gesundheit: Die großen Unternehmen. In: D Kuhn, D Sommer (Hrsg.) Betriebliche Gesundheitsförderung. Ausgangspunkte – Widerstände – Wirkungen. Wiesbaden: Gabler
- Merboth H, Hemmann E, Richter P (1999) Psychische Gesundheit und sicheres Verhalten durch die Gestaltung von Arbeitstätigkeiten. In: B. Badura, M. Litsch, C. Vetter (Hrsg.) Fehlzeitenreport 1999. Psychische Belastungen am Arbeitsplatz. Berlin. Springer
- Meschkat B, Stackelbeck M, Langenhoff G (2002) Der Mobbing-Report – Repräsentativstudie für die Bundesrepublik Deutschland. Dortmund Berlin: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Meuser M, Nagel U (1991) Experteninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodenforschung. In: D Garz, K Kraimer (Hrsg.) Quantitativ-empirische Sozialforschung. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 441 – 468
- Mowday R, Porter L, Steers R (1982). Employee-organization linkages: the psychology of commitment, absenteeism and turnover. New York: Academic Press.
- Müller B, Münch E (1999) Gesundheitsförderndes Krankenhaus – Voraussetzungen und Grenzen der Evaluation komplexer Veränderungsprozesse. In: B Badura, J Siegrist (Hrsg.) Evaluation im Gesundheitswesen. Weinheim München: Juventa
- Müller B, Münch E, Badura B (1997) Gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung im Krankenhaus – Entwicklung und Evaluation von Gesundheitszirkeln als Beteiligungs- und Interventionsmodell. München: Weinheim
- Müller R (2000) Arbeitsbedingungen und Belastungen im Krankenhaus. In: U Teske, B Witte (Hrsg.) Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen. Bd. 1. Hamburg: VSA Verlag
- Münch E, Walter U, Badura B (2003) Führungsaufgabe Gesundheitsmanagement. Berlin: edition sigma
- Neuhaus K, Metz A-M (2005) Reduzierung psychischer Fehlbelastungen bei Pflegekräften durch Gesundheitsförderung. In: B Badura, H Schellschmidt, C Vetter (Hrsg.) Fehlzeiten-Report 2004 – Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Berlin u.a.O.: Springer
- Nickel TM, Kreams JF (1998) Führungsverhalten und Mitarbeiterkreativität – eine empirische Untersuchung zum betrieblichen Vorschlagwesen. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 42 (1) S. 27 – 32
- Nieder P, Harms M (1995) Betriebliche Gesundheitsförderung. Anforderungen, Umsetzung, Erfolgsfaktoren. In: Personalführung, 28 Jg., H.5., S. 416-424

- Nitsch JR (1981) Stress – Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. Bern: Verlag Hans Huber
- Norden G (2008) Ärztemangel ist nicht schicksalhaft. Positionspaper des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschland. *Arzt und Krankenhaus* 81. Jg. (8) S. 227 - 233
- OECD Gesundheitsdaten. Online-Zugriff am 06.07.2009 unter http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=9144&suchstring=&query_id=&sprache=D&fund_typ=TAB&methode=&vt=&verwandte=1&page_ret=0&seite=1&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_lfd_nr=1&p_news=&p_aid=63561710&hlp_nr=1&p_janein=J
- Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser. Wie kann Gesundheitsförderung im Krankenhaus umgesetzt werden? Basisdokumente und 18 Strategien. Online-Zugriff am 05.10.2004 unter www.oengk.net/index.php?id=2_4
- Oppolzer A (1999) Betriebliche Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Die Berufsgenossenschaft, (1), S. 28 – 36
- Pelikan JM, Demmer H, Hurrelmann K (1993) Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim: Juventa
- Pelikan J M, Lobnik H, Nowak P (1995) Wie ein gesundheitsförderndes Krankenhaus entwickelt werden kann. Modelldokument 1 Krankenanstalt der Stadt Wien
- Pelletier KR (2001) A Review and Analysis of the Clinical- and Cost-effectiveness. *Studies of Comprehensive Health Promotion and Disease Management Programs at the Worksite: 1998 – 2000 Update*. *American Journal of Health Promotion* 16 (2), 107 - 116
- Peter S, Ulich E (2003) Analyse der Arbeitssituation von Assistenz- und Oberärztinnen und –ärzten: Erfahrungen aus zwei Projekten. In: E Ulich (Hrsg.) *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen*. Bern: Verlag Hans Huber, S. 75 – 98
- Pfaff H (1989) *Stressbewältigung und soziale Unterstützung*. Weinheim: Juventa
- Pfaff H (1999 a) Organisationsdiagnose im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: B Badura, Ritter, Scherf (Hrsg.) *Betriebliches Gesundheitsmanagement* Sigmar Verlag
- Pfaff H (1999 b) Soziale Determinanten von Gesundheit und Krankheit. In: PG Allhoff, J Leidel, G Ollenschläger, H-P Voigt (Hrsg.) *Präventivmedizin*. Berlin Heidelberg. S. 1 - 16
- Pfaff H (2004) Strategische Krankenhausführung mit Kennzahlen über Kunden und Mitarbeiter: Rahmenkonzepte, Instrumente und Verfahren. In: „Weiche“ Kennzahlen für das strategische Krankenhausmanagement. Bern u.a.O.: Hans Huber Verlag
- Pfaff H, Münch E, Badura B (1999) Belastungen und Ressourcen im Dienstleistungsbereich: am Beispiel der Krankenpflege. In: B Badura, M Litsch, C Vetter (Hrsg.) *Fehlzeitenreport 1999) Psychische Belastungen am Arbeitsplatz*. Berlin u.a..O.: Springer

- Pfaff H, Pühlhofer F (2003) Mitarbeiterbefragung. In: B Badura, T Hehlmann (Hrsg.) Betriebliches Gesundheitsmanagement. Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin u.a.O.: Springer S. 215-225
- Pfaff H, Pühlhofer F, Brinkmann A, Lütticke J, Nitzsche A, Steffen P, Stoll A, Richter P (2004) Der Mitarbeiterkennzahlenbogen (MIKE) Kompendium valider Kennzahlen. Kennzahlenhandbuch. Veröffentlichungsreihe der Abteilung Medizinische Soziologie des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Sozialhygiene der Universität zu Köln ISSN 1618-7067 (Forschungsbericht 4/2004)
- Pfaff H, Neumann M, Kuch C, Hammer A, Janssen C, Brinkmann A, Ommen O (2009) Grundlagen der Führung. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. Schwerpunkt Ärztliche Führung. 103 (4) S. 187 – 192
- Pittner PM, Peter JH, Wehr M (1984) Der Zusammenhang von arbeitsbezogenen Belastungsaspekten mit psychosomatischen Beschwerden, Befindlichkeiten und der Arbeitszufriedenheit bei Assistenzärzten in medizinischen Abteilungen von Universitätskrankenhäusern. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 38 (4), S. 227 – 234
- Porter ME, Teisberg EO (2007) How Physicians Can Change the Future of Health Care. JAMA 2007; 279, S. 1103 - 1111
- Pröll U, Streich W (1984) Arbeitszeit und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz, Forschungsbericht Nr. 386
- Przygodda M, Arentz K-P, Quast H-H, Kleinbeck U (1991) Vorgesetztenverhalten und Fehlzeiten in Organisationen – eine Studie mit Rettungssanitätern im kommunalen Rettungsdienst. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 35, 4, S. 179 – 186
- Przygodda M, Arentz K-P (1994) Führungsverhalten – eine Einflußgröße für betriebliche Fehlzeiten? In: M Kastner (Hrsg.) Personalpflege – Der gesunde Mitarbeiter in einer gesunden Organisation. Berlin München: Quintessenz, S. 179 – 186
- Pühlhofer F, Stoll A (2004) Mitarbeiterkennzahlen als strategisches Führungsinstrument im Krankenhaus. In: H Pfaff, J Lütticke, B Badura, C Piekarski, P Richter (Hrsg.) „Weiche“ Kennzahlen für das strategische Krankenhausmanagement. Bern u.a.O.: Hans Huber Verlag
- Quaas W, Kubitscheck S, Thiele L (1997) Betriebliche Gesundheitsförderung durch Arbeitsgestaltung und Unternehmenskultur. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften. 5. Jg (3) S. 208 – 238
- Raehm A M, Schlieper P (1996) Der Arzt als Manager. München Wien Baltimore: Urban & Schwarzenberg
- Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM (1996) Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. Lancet 1996 347, 774 - 778

- Regnet E (2001) Die Führungskraft als Konfliktmanager. In: L v Rosenstil, E Regnet, M E Domsch (Hrsg.) Führung von Mitarbeitern. Handbuch für erfolgreiches Personalmanagement. Stuttgart: Schäffer Poeschel
- Reichmann T, Lachnit L (1976) Planung, Steuerung und Kontrolle mit Hilfe von Kennzahlen. ZfbF, 28. Jg., S. 705-723
- Resch M, Hagge M (2003) Ärztegesundheit – ein lang vernachlässigtes Thema. In: E Ulich (Hrsg.) Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen. Bern: Verlag Hans Huber, S. 37 – 57
- Retter E (1996) Manager im Kommunikationskraftfeld: Die Wechselwirkung zwischen Kommunikation und Kultur im Unternehmen unter Berücksichtigung psychologischer und kommunikativer Persönlichkeitsmerkmale. Frankfurt a M: Lang
- Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (2007) Krankenhaus Rating Report 2007. Executive Summary. Essen. RWI-Materialien 32
- Richardson AM, Burke RJ (1991) Occupational stress and job satisfaction among physicians: sex differences. Social Science and Medicine, 33, S 1179-1187
- Richter (2000)
- Richter P, Hacker W (1998) Belastung und Beanspruchung. Stress, Ermüdung und Burnout im Arbeitsleben. Heidelberg: Asanger
- Rieser S (2005) Arbeitsbedingungen schrecken viele ab. Deutsches. Ärzteblatt, Jg. 102, (12) C 629
- Rixgens P (2008) Betriebliches Sozialkapital, Arbeitsqualität und Gesundheit der Beschäftigten – Variiert das Bielefelder Sozialkapital-Modell nach beruflicher Position, Alter und Geschlecht? In: B Badura, H Schröder, C Vetter (Hrsg.) Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen. Berlin u.a.O.: Springer S. 33 - 42
- Robert-Bosch Stiftung (2007) Zukunft für das Krankenhaus. Szenarien zur mittelfristigen Entwicklung der Krankenhausorganisation. HWP Planungsgesellschaft mbH Stuttgart
- Rogelberg SG, Church AH, Waclawski J, Stanton JM (2002) Organizational survey research: overview the internet/intranet and present practices of concern. In: SG Rogelberg (Hrsg.) Handbook of research methods in industrial and organizational psychology. London: Blackwell, S. 141-160
- Rolland S (1998) Mobbing: Idealer Nährboden für altes Übel. Deutsches Ärzteblatt 95, Ausgabe 49 Seite A-3120/B-2647/C-2453
- Rosenstil L v. (1999) Grundlagen der Führung. In: L v Rosenstil, E Regnet, M E Domsch (Hrsg.) Führung von Mitarbeitern. Handbuch für erfolgreiches Personalmanagement. Stuttgart: Schäffer Poeschel
- Rottenfuß R (1999) Viele Krankenhausärzte fühle sich ausgebrannt. Dtsch Ärzteblatt (10):C, 434 - 436

- Ruppert F, Gerstberger C (1997) Indikatoren der Sicherheits- und Gesundheitskultur als Bestandteile eines ganzheitlichen Managements des Arbeits- und Gesundheitsschutzes (GAMAGS) München: Katholische Stiftungsfachhochschule München (unveröffentlicht)
- Rustler C, Gill W (2002) Das Deutsche Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser e.V. Prävention (3) 25 Jg., S. 92
- Salfeld R, Wettke J (2001) Die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens. Perspektiven und Konzepte. Berlin u.a.: Springer
- Sandt J (2004) Management mit Kennzahlen und Kennzahlensystemen. Bestandsaufnahme, Determinanten und Erfolgsauswirkungen. Deutscher Universitätsverlag. Wiesbaden
- Schlichtermann J (1996) Integration des Arztes in das Krankenhausmanagement. In: AM Raem, P Schlieper (Hrsg.) Der Arzt als Manager. München u.a.O.: Urban & Schwarzenberg
- Schmidt C, Gabbert T, Engeler F, Mohr A, Möller J (2004) Krankenhauslandschaft in Deutschland – Ein Markt im Umbruch. Dtsch. Med. Wochenschrift 129: 1209 - 1214
- Schmidt C, Möller J (2006) Katalysatoren des Wandels. In: J Klauber, B-P Robra, H Schellschmidt (Hrsg.) Krankenhaus Report. Stuttgart New York: Schattauer, S. 3 – 19
- Schmidt K-H (1996) Wahrgenommenes Vorgesetztenverhalten, Fehlzeiten und Fluktuation. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie. 40. Jg. (N.F.14) Göttingen: Hogrefe, S. 54 – 62
- Schrapppe M (2005) Zum Zusammenhang zwischen Führung, Arbeitsbedingungen und Qualität. In: B Badura, H Schellschmidt, C Vetter (Hrsg.) Fehlzeiten-Report 2004 – Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Berlin u.a.O.: Springer
- Schwing C (2003) Neue Führungskräfte braucht das Hospital – Anforderungen an die Führungskräfte im Krankenhaus der Zukunft. Aktuel Urol 2003; 34: 27 - 30
- Seibel HD, Lührig H (1984) Arbeit und psychische Gesundheit. Göttingen: Hogrefe
- Siegel W (2001) Belastungen und Beanspruchungen des Pflegepersonals. Vortrag auf der 28. Sicherheitsfachtagung am 21.09.2001 in Berlin. Online-Zugriff am 06.03.2007 unter http://wolfgang-siegel.de/downloads/Belastungen_des_Pflegepersonals.pdf
- Siegrist J (1996) Soziale Krisen und Gesundheit. In: W Kohne, P Netter, L Schmidt, R Schwarzer (Hrsg.) Gesundheitspsychologie. Göttingen: Hogrefe
- Siegrist J (2004) Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren: Die Bedeutung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse für die betriebliche Gesundheitsförderung. Abschlussbericht der AG 2 der Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“ der Bertelmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung: In: Bertelmann Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.) Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung. S. 6 -28

- Simon M, Tackenberg P, Hasselhorn H-M, Kümmerling A, Büscher A, Müller BH (2005) Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Bergische Universität Wuppertal, Private Universität Wittern/Herdecke gGmbH. Erhältlich online unter: <http://www.next.uni-wuppertal.de/index.php?artikel-und-berichte-1>
- Sochert R (2000) Gesundheitszirkel: Evaluation eines integrierten Konzepts betrieblicher Gesundheitsförderung. In: A Schröer (Hrsg.) Betriebliches Gesundheitsmanagement Strategische Investitionen in die Gesundheit des Unternehmens und der Mitarbeiter. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW
- Sokoll I, Kramer I, Bödeker W (2008) Wirksamkeit und Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention, Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz. IGA-Report 3
- Stadler P, Strobel G (2000) Der Einfluss von Führungsverhalten auf die psychische Belastungssituation von Mitarbeitern. Die Berufsgenossenschaft S. 396-401
- Stadler P, Spieß E (2003) Psychosoziale Gefährdung am Arbeitsplatz. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW
- Statistisches Bundesamt (2007) Ad-hoc-Tabelle: Gesundheitsausgaben in Deutschland als Anteil am BIP und in Mio. Online-Zugriff am 01.08.2007 unter www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC
- Statistisches Bundesamt (2008) Krankenhauslandschaft im Umbruch. Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 10. Dezember 2008 in Berlin.
- Statistisches Bundesamt (2009)
- Steers RM, Mowday RT (1981) Employee turnover and post-decision accommodation processes. Research in Organizational Behavior, 3, S. 235-281
- Steiger T (1999) Das Rollenkonzept der Führung. In: T Steiger, E Lippmann E (Hrsg.) Handbuch angewandte Psychologie für Führungskräfte. Bd. 1 Berlin: Springer
- Steiger T, Lippmann E (1999) Handbuch angewandte Psychologie für Führungskräfte. Bd. 1 Berlin: Springer
- Stern K (1996) Ende eines Traumberufs? Lebensqualität und Belastungen bei Ärztinnen und Ärzten. Münster New York: Waxmann Verlag
- Strobel G, Wittmann M (1996) Entwicklung branchenspezifischer Leitfäden zur Motivation und Förderung des bestimmungsgemäßen Einsatzes von persönlichen Schutzausrüstungen (PS). Abschlussbericht Köln St. Augustin. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften
- Trojan A, Nickel S, Werner S (2002) Mitarbeiter(innen) orientierung und – gesundheit im Krankenhaus. Zeitschrift Das Gesundheitswesen, (64) S. 207 – 213

- Udris I, Kraft U, Mussmann C, Rimann M (1992) Arbeiten, gesund sein und gesund bleiben: theoretische Überlegungen zu einem Ressourcenkonzept. In: I Udris (Hrsg.) Arbeit und Gesundheit. Psychosozial Bd. 52, S. 9 – 22
- Udris I, Frese M (1999) Belastung und Beanspruchung. In: C Graf Hoyos, D Frey (Hrsg.) Arbeits- und Organisationspsychologie. Ein Lehrbuch. Weinheim: Psychologie Verlags Union, S. 429 – 445
- Udris I, Frese M (1988) Belastung, Streß, Beanspruchung und ihre Folgen. In: S Greif, C Graf, Hoyos & D Stahlberg (Hrsg.) Angewandte Psychologie (s. 427-447) München: Psychologie Verlags Union
- Ulich E (2005) Arbeitspsychologie. Stuttgart: Schäffer Poeschel
- Vetter C (2004) Krankheitsbedingte Fehlzeiten in deutschen Krankenhäusern. In: B Badura, H Schellschmidt, C Vetter (Hrsg.) Fehlzeiten-Report 2004 Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Berlin u.a.O.: Springer
- Visser MR, Smets EM, Oort FJ, de Haes HC (2003) Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. Canadian Medical Association Journal, 168, S. 271-275
- Vogt U (2003 a) Gesundheitszirkel. In: B Badura, H Hehlmann Betriebliche Gesundheitspolitik - Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin u.a.O.: Springer
- Vogt U (2003 b) Experteninterview. In: B Badura, T Hehlmann (Hrsg.) Betriebliche Gesundheitspolitik - Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin u.a.O.: Springer
- Wahren H-K E (1996) Das lernende Unternehmen. Theorie und Praxis des organisationalen Lernens. Berlin New York: Walter de Gruyter
- Walenta C, Kirchler E (2005) Führung. In: E Kirchler (Hrsg.) Arbeits- und Organisationspsychologie. Wien: WUV
- Waller H (1995) Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in die Praxis. Stuttgart: Kohlhammer
- Walter M, Kanning UP (2003) Wahrgenommene soziale Kompetenzen von Vorgesetzten und Mitarbeiterzufriedenheit. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie. 47. S. 152 – 157
- Walter U (2003) Vorgehensweisen und Erfolgsfaktoren. In: B Badura, H Hehlmann (Hrsg.) Betriebliche Gesundheitspolitik – Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin u.a.O.: Springer
- Weber J (1999) Einführung in das Controlling. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag
- Weber J (2000) Balanced Scorecard – Management-Innovation oder alter Wein in neuen Schläuchen? Krp, 44 Jg., Sonderheft 2, S. 5-15
- Weinert AB (1998) Organisationspsychologie. Weinheim: Psychologie Verlags Union

- Weinert AB (2004) Lehrbuch Organisations- und Personalpsychologie. 5. überarbeitete Aufl. Weinheim Basel: Beltz PVU, S. 452 – 541
- Wenche K-Th (2001) Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz. Teil 1: Orientierungshilfe. Bochum: Verlag Technik und Information
- Westerhoff U (2000) Führungskräfteentwicklung als wichtiger Baustein der Betrieblichen Gesundheitsförderung. In: W Eichendorf, CA Huf, H Karsten (Hrsg.) Arbeit und Gesundheit Wiesbaden: Universum Verlagsanstalt
- Westermayer G (2002) Klare Führung ist gesund. Discussion Paper der BGF-Berlin. Online-Zugriff am 23.05.2006 unter <http://bgf-berlin.de>
- WHO (1986) Ottawa-Charta for Health Promoting. WHO/HPR/HEO/95.1.WHO, Genf
- WHO (2007) World Health Organization Regional office for Europe. Online-Zugriff am 02.11.2007 unter www.euro.who.int/healthpromohosp
- Wieland R (1999) Analyse, Bewertung und Gestaltung psychischer Belastung und Beanspruchung. In: B Badura, M Litsch, C Vetter (Hrsg.) Fehlzeitenreport 1999. Psychische Belastungen am Arbeitsplatz. Berlin: Springer
- Wilkesmann U (1999) Lernen in Organisationen: Die Inszenierung von kollektiven Lernprozessen. Frankfurt am Main, New York: Campus Vol. 782
- Wolff G, Goeschel G (1987) Führung 2000. Höhere Leistung durch Kooperation. Frankfurt Wiesbaden: Gabler
- Wolff G, Goeschel G (1988) Fehlzeiten im Betrieb – Ein Thema für Führungskräfte. In: Humane Produktion, Humane Arbeitsplätze, 6, S. 20 – 24
- Zapf D (1998) Psychische Belastungen in der Arbeitswelt. In: U Nickel, R Reiter-Mollenhauer (Hrsg.) Psychische Belastungen in der Arbeitswelt. Dokumentation der Fachtagung am 11.11.1998 in Wiesbaden)
- Zapf D (2004) Gesundheitsförderung als Konsequenz eines funktionierenden Human Resource Managements. BKK News 2-3/04
- Zapf D, Seifert C, Mertini H, Voigt C, Holz M, Vondran E, Isic A, Schmutte B (2000) Emotionsarbeit in Organisationen und psychische Gesundheit. In: H-P Musahl, T Eisenhauer (Hrsg.) Psychologie der Arbeitssicherheit. Beiträge zur Förderung von Sicherheit und Gesundheit in Arbeitssystemen Stuttgart: Schäffer-Poeschel
- Zimber A (2006) BGW-Projekt: Führung und Gesundheit – Literaturanalyse. Online-Zugriff am 20.01.2007 unter www.bgw-online.de/internet/generator/Inhalt/OnlineInhalt/Medientypen/Fachartikel/BGW-Projekt_20F_C3_BChrung_20und_20Gesundheit.html

Anhang 1

Übersicht über die Kennzahlen und deren Bedeutung

Kennzahl	Erläuterung
Einschätzung: Organisation	
Abläufe	als Maß für ...
Ablauforganisation	die Effektivität der Ablauforganisation
Informations- und Planungsdefizite	die Güte der Informationsvermittlung und Ablaufplanung
interne Schnittstellen	die Güte der Zusammenarbeit auf Station, zwischen den Stationen, Abteilungen, Funktionsbereichen
externe Schnittstellen	die Güte der integrierten Versorgung
institutionelle Risikokontrolle	die Beherrschbarkeit von Behandlungsrisiken im eigenen Haus
Kultur	
Betriebsklima/ Vertrauensorganisation	das vertrauensbasierte Betriebsklima
Innovationsklima	die Offenheit der Organisation für neue Ideen
Kostenbewusstsein	den kostenbewussten Umgang mit Ressourcen
Qualitätsbewusstsein	die Bedeutung der Qualität im Haus
Fort- und Weiterbildung	das Fort- und Weiterbildungsangebot sowie das Interesse der Mitarbeiter
unethische Kostenentscheidung	ob klinische Entscheidungen vorrangig nach ethischen oder finanziellen Aspekten getroffen werden
Krankenhausruf (Image)	das wahrgenommene Image des Krankenhauses

Einschätzung: Tätigkeit	
Ressourcen	
Tätigkeitsspielraum	Die Vielfältigkeit der eigenen Tätigkeit und Kontrolle darüber
Partizipationsmöglichkeit	Die Möglichkeit, an Entscheidungen mitzuwirken
Belohnung	die Angemessenheit von Anerkennung in Form von Geld, Unterstützung und Karriereaussichten
Arbeitsmittel	die Arbeitsmittel, die ausreichend für die Verrichtung zur Verfügung stehen
Belastungen	
Arbeitsintensität	Die Arbeitsüberlastung
Belastung durch Patienten	Die Belastung durch Patienten
Verausgabung	Die Verausgabung aufgrund von Zeitdruck, Unterbrechungen etc.
persönliche Gesundheitsgefährdung	die mögliche Beeinträchtigung durch chemische, radioaktive oder infektiöse Stoffe

Einschätzung: Beziehung	
Ressourcen	
soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten	das Gefühl, sich auf Führungskräfte verlassen zu können und unterstützt zu werden
soziale Unterstützung durch die Kollegen	das Gefühl, sich auf Kollegen verlassen zu können und unterstützt zu werden
Gruppenkohäsion	den Zusammenhalt in der eigenen Arbeitsgruppe
Führungsverhalten	das Führungsverhalten aus Sicht der Mitarbeiter
offene Kommunikation	Die Kultur, Probleme offen und konstruktiv anzusprechen
Belastungen	
Spannungen	das Auftreten von Spannungen mit anderen Mitarbeitern
Mobbing	das Gefühl, von anderen Mitarbeitern ungerecht behandelt zu werden

Einschätzungen: Person	
Gesundheit	
körperliche Beschwerden	die Häufigkeit von psychovegetativen Beschwerden und Beschwerden des Bewegungsapparates
Wohlbefinden	das aktuelle allgemeine Wohlbefinden
Burnout	das Gefühl, durch die Arbeit „ausgebrannt“ zu sein
Einstellungen	
Arbeitszufriedenheit	Die Arbeitszufriedenheit
berufliche Verausgabungsneigung	das Bedürfnis nach Kontrolle, Erfolg und Anerkennung in beruflichen Anforderungssituationen
Selbstwirksamkeit	das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten
Motivation	
innere Kündigung	Die Arbeitsmotivation
Eigeninitiative	Die Bereitschaft, die Initiative zu ergreifen
affektives Commitment	Die emotionale Bindung an das Unternehmen

Anhang 2

Ergebnisse der 1. Mitarbeiterbefragung 2002 - Klinikvergleich

		Interventionsklinik	andere Abteilungen in KH 1	selbe Fachrichtung in anderen KH
Einschätzung: Organisation				
Abläufe	Ablauforganisation	4,2	4,1	3,3
	Informations- und Planungsdefizite	4,0	3,7	3,1
	interne Schnittstellen	3,6	3,4	2,9
	institutionelle Risikokontrolle	2,6	2,9	2,6
Kultur	Betriebsklima (Vertrauensorganisation)	4,2	4,0	4,1
	Innovationsklima	3,6	3,6	3,7
	Kostenbewusstsein	2,7	3,4	2,8
	Qualitätsbewusstsein	3,0	3,2	2,9
	Krankenhausruf (Image)	3,4	3,0	2,9
	unethische Kostenentscheidungen	3,6	2,9	3,1
Einschätzung: Tätigkeit				
Ressourcen	Tätigkeitsspielraum	2,7	2,5	2,4
	Arbeitsmittel	3,1	3,3	2,5
	Belohnung	3,7	3,3	3,1
Belastungen	Persönliche Gesundheitsgefährdung	2,8	2,5	2,2
	Arbeitsintensität	4,4	4,2	4,6
	Alltagsanforderungen	4,3	4,2	4,3
Einschätzung: Beziehungen				
Ressourcen	soziale Unterstützung d. Vorgesetzten	3,1	2,9	3,4
	soziale Unterstützung d. Kollegen	3,0	2,5	2,0
	Gruppenkohäsion	3,3	2,9	2,4
	Führungsverhalten	3,5	3,4	3,7
	offene Kommunikation	3,5	3,1	2,9
Belastungen	Mobbing	1,9	1,6	1,7
	Spannungen	4,0	4,1	2,8
Einschätzung: eigene Person				
Gesundheit	körperliche Beschwerden	2,7	2,4	2,7
	Wohlbefinden	2,8	2,8	2,8
	Burnout	2,3	2,1	1,8
Einstellungen	Arbeitszufriedenheit	3,5	3,2	2,7
	berufliche Verausgabungsneigung	3,8	3,2	3,6
	Selbstwirksamkeit	2,5	2,6	2,6
Motivation	innere Kündigung	2,7	2,5	2,0
	Bindung an die Organisation	3,6	3,7	3,1

Ergebnisse der 1. Mitarbeiterbefragung 2002 - Berufsgruppenvergleich

		Ärzte	Pflegepersonal	Sonstige
Einschätzung: Organisation				
Abläufe	Ablauforganisation	4,0	4,3	3,6
	Informations- und Planungsdefizite	4,0	4,1	3,7
	interne Schnittstellen	3,9	3,6	3,4
	institutionelle Risikokontrolle	2,7	2,6	/
Kultur	Betriebsklima (Vertrauensorganisation)	4,9	4,0	4,0
	Innovationsklima	4,0	3,5	3,5
	Kostenbewusstsein	2,9	2,6	/
	Qualitätsbewusstsein	3,3	2,9	3,1
	Krankenhausruf (Image)	3,4	3,0	2,9
	unethische Kostenentscheidungen	3,8	3,5	/
Einschätzung: Tätigkeit				
Ressourcen	Tätigkeitsspielraum	2,7	2,8	2,7
	Arbeitsmittel	3,6	3,1	2,9
	Belohnung	3,7	3,6	3,9
Belastungen	persönliche Gesundheitsgefährdung	2,5	3,1	1,9
	Arbeitsintensität	4,8	4,4	4,1
	Alltagsanforderungen	4,3	4,3	/
Einschätzung: Beziehungen				
Ressourcen	soziale Unterstützung d. Vorgesetzten	3,7	3,0	3,2
	soziale Unterstützung d. Kollegen	3,7	2,8	2,9
	Gruppenkohäsion	3,8	3,2	3,4
	Führungsverhalten	3,3	3,5	3,4
	Offene Kommunikation	3,8	3,4	3,5
Belastungen	Mobbing	2,0	1,9	2,1
	Spannungen	3,8	4,0	4,4
Einschätzung: eigene Person				
Gesundheit	körperliche Beschwerden	2,6	2,9	2,3
	Wohlbefinden	2,9	2,8	2,7
	Burnout	2,6	2,2	2,0
Einstellungen	Arbeitszufriedenheit	4,1	3,4	3,1
	berufliche Verausgabungsneigung	4,0	3,5	3,3
	Selbstwirksamkeit	2,6	2,6	2,5
Motivation	innere Kündigung	3,2	2,6	2,7
	Bindung an die Organisation	4,4	3,7	3,6

Deskriptiver Teil: Abteilungsvergleich 2002**Einschätzung: Organisation**

Ablauforganisation*			
	Intervention sklinik (KH 1)	andere Abteilungen in KH 1	selbe Fachrichtun g in anderen KH
Bei Patientenaufnahmen kommt es zu organisatorischen Problemen.	61,54	50,48	23,53
Hier im Krankenhaus weiß manchmal die rechte Hand nicht, was die linke tut.	69,57	71,21	50,00
Bei Untersuchungen bzw. Eingriffen gibt es häufig Wartezeiten.	88,76	90,54	45,45
Bei Untersuchungen bzw. Eingriffen gibt es häufig Terminverschiebungen.	69,66	76,68	21,21
Zwischen der Station und den Funktionsdiensten gibt es Schwierigkeiten bei der Absprache.	62,22	62,22	18,18
Zwischen Ärzten und Pflegepersonal gibt es Schwierigkeiten bei der Absprache.	61,54	59,74	50,00

* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu

Informations- und Planungsdefizite*			
	Intervention sklinik (KH 1)	andere Abteilungen in KH 1	selbe Fachrichtun g in anderen KH
Bei meiner Arbeit ...			
muss ich mit Planungsmängeln anderer Bereiche fertig werden.	85,19	76,82	40,63
fehlen mir, um sie gut zu machen, ausreichende Informationen.	45,45	35,60	15,15
werde ich durch unklare Zuständigkeiten behindert.	58,18	47,47	39,39

* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu

interne Schnittstellen*			
	Intervention sklinik (KH 1)	andere Abteilungen in KH 1	selbe Fachrichtun g in anderen KH
Die Zusammenarbeit ...			
innerhalb des eigenen Arbeitsbereichs (Station, Kostenstelle usw.) ist gut.	75,27	88,39	90,32
zwischen den Arbeitsbereichen ist gut.	47,19	57,68	75,86
zwischen den Organisationsbereichen (Kliniken, Hauptabteilung usw.) ist gut.	25,61	31,45	67,86
zwischen den diagnostischen Abteilungen und bettenführenden Abteilungen funktioniert reibungslos.	28,40	36,94	67,86

* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu

institutionelle Risikokontrolle*			
	Intervention sklinik (KH 1)	andere Abteilungen in KH 1	selbe Fachrichtun g in anderen KH
Hier im Krankenhaus wird nach klinischen Vorfällen alles getan, um die Ursachen zu erforschen.	85,39	74,00	84,38
Nach Beinaheunfällen werden stets Konsequenzen gezogen.	70,11	59,46	87,10
Jede Nosokomialinfektion wird bei uns gemeldet.	82,72	72,18	82,14
Wir arbeiten jeden Tag daran, die Sicherheit unserer Patienten zu verbessern.	77,53	69,36	76,67
Die Qualität unserer Dienstleistung ist sehr gut.	82,42	84,21	81,25
Behandlungszwischenfälle haben wir im Griff.	93,18	89,60	90,32
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu			

Betriebsklima - Vertrauensorganisation*			
	Interventio nsklinik (KH 1)	andere Abteilungen in KH 1	selbe Fachrichtun g in anderen KH
In unserem Haus ...			
herrscht Einigkeit und Einverständnis vor.	20,56	23,83	18,75
haben wir Vertrauen zueinander.	31,73	34,96	31,25
gibt es ein „Wir-Gefühl“.	34,62	33,85	27,27
ist das Betriebsklima gut.	44,34	45,35	33,33
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu			

Innovationsklima*			
	Intervention sklinik (KH 1)	andere Abteilungen in KH 1	selbe Fachrichtun g in anderen KH
In unserem Krankenhaus ...			
werden wir dazu motiviert, neue Ideen einzubringen.	50,93	44,64	44,12
werden die Ideen der Mitarbeiter aufgegriffen.	46,73	45,05	51,61
werden Verbesserungsvorschläge umgesetzt.	43,93	41,04	38,71
verlaufen Bemühungen für bessere Arbeitsabläufe im Sand.	57,41	51,36	67,74
kann man sich generell die Mühe sparen, Verbesserungsvorschläge zu machen.	45,28	32,51	42,86
finden Forderungen nach besseren Arbeitsbedingungen Beachtung.	42,99	40,54	45,16
ist man offen gegenüber innovativen Ideen (Abläufe, Methoden, Technik usw.).	52,34	51,01	46,88
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu			

Kostenbewusstsein*			
Auf unserer Station ...	Intervention sklinik (KH 1)	andere Abteilungen in KH 1	selbe Fachrichtun g in anderen KH
wird mit dem Verbrauchsmaterial verschwenderisch umgegangen.	8,70	27,30	12,12
wird kostenbewusst gearbeitet.	80,65	61,61	72,73
wird konsequent gespart.	70,65	31,31	54,55
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu			

Qualitätsbewusstsein*			
In unserem Krankenhaus ...	Intervention sklinik (KH 1)	andere Abteilungen in KH 1	selbe Fachrichtun g in anderen KH
halten wir uns stets an Standards und Leitlinien.	74,77	73,08	85,29
Verbessern wir ständig die Qualität unserer Leistungen.	69,16	62,92	64,71
ist ein ausreichendes Qualitätsbewusstsein vorhanden.	67,92	60,81	75,76
dreht sich unser Denken um den Patienten.	63,89	61,63	73,53
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu			

Krankenhausruf - Image*			
	Intervention sklinik (KH 1)	andere Abteilungen in KH 1	selbe Fachrichtun g in anderen KH
In diesem Krankenhaus ist man als Patient gut aufgehoben.	78,85	72,40	81,25
Ich würde dieses Krankenhaus meinem besten Freund empfehlen.	70,48	68,18	63,64
Dieses Krankenhaus genießt einen sehr guten Ruf.	53,40	58,06	30,30
Dieses Krankenhaus ist besser als andere Krankenhäuser in der Umgebung.	66,34	59,16	40,00
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu			

Einschätzung: unethische Kostenentscheidungen*			
Auf unserer Station ...	Intervention sklinik (KH 1)	andere Abteilungen in KH 1	selbe Fachrichtun g in anderen KH
steht der finanzielle Aspekt im Vordergrund.	63,33	22,08	36,36
werden finanzielle Folgen bei klinischen Entscheidungen mitbedacht.	70,11	39,80	53,13
werden Patienten zu früh entlassen.	19,77	12,46	12,12
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu			

Einschätzung: Tätigkeit

Tätigkeitsspielraum*			
	Intervention sklinik (KH 1)	andere Abteilungen in KH 1	selbe Fachrichtun g in anderen KH
Meine Arbeit erfordert von mir vielfältige Fähigkeiten und Fertigkeiten.	93,64	95,19	96,97
In meiner Arbeit ist es nötig, immer wieder Neues dazuzulernen.	94,55	91,92	96,97
An meinem Arbeitsplatz habe ich die Möglichkeit, an der Erarbeitung neuer Lösungen teilzunehmen.	57,41	62,58	42,42
Das, was ich in meiner beruflichen Ausbildung gelernt habe, kann ich voll in meiner Arbeit anwenden.	66,36	64,04	96,97
Ich kann meine Arbeit selbständig planen und einteilen (Arbeitsvorbereitung und -organisation).	50,46	70,52	72,73
An Entscheidungen meiner Führungskraft kann ich mitwirken.	39,45	54,89	39,39
Ich muss bei meiner Arbeit viele selbständige Entscheidungen treffen.	73,64	78,77	72,73
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: trifft ziemlich zu, trifft zu			

Arbeitsmittel*			
	Intervention sklinik (KH 1)	andere Abteilungen in KH 1	selbe Fachrichtun g in anderen KH
Ich habe genügend Arbeitsmittel zur Hand, um meine Arbeitsaufgabe gut bewältigen zu können.	78,70	73,19	90,91
Das betriebsinterne Dokumentations- und Informationssystem ist gut.	54,21	41,37	70,97
Die eingesetzte Technik erleichtert meine Arbeit.	61,11	62,00	75,76
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu			

Belohnung (Gratifikation*)			
	Intervention sklinik (KH 1)	andere Abteilungen in KH 1	selbe Fachrichtung in anderen KH
Aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens besteht häufig großer Zeitdruck.	66,28	43,71	60,00
Bei meiner Arbeit werde ich häufig unterbrochen und gestört.	60,98	45,53	53,33
Bei meiner Arbeit habe ich viel Verantwortung zu tragen.	31,91	15,54	18,52
Ich bin häufig gezwungen Überstunden zu machen.	50,00	45,12	17,65
Meine Arbeit ist körperlich anstrengend.	38,10	39,13	19,05
Im Laufe der letzten Jahre ist meine Arbeit immer mehr geworden.	57,14	41,79	40,00
Ich werde bei meiner Arbeit ungerecht behandelt.	61,54	55,22	40,00
Die Aufstiegschancen in meinem Bereich sind schlecht.	47,76	37,42	7,69
Ich erfahre - oder erwarte - eine Verschlechterung meiner Arbeitssituation.	71,19	65,15	56,25
Mein eigener Arbeitsplatz ist gefährdet.	62,50	64,29	80,00

Belohnung (Gratifikation*) - Fortsetzung			
	Intervention sklinik (KH 1)	andere Abteilungen in KH 1	selbe Fachrichtung in anderen KH
Ich erhalte von meinem Vorgesetzten die Anerkennung, die ich verdiene.	35,85	41,34	14,29
Ich erhalte von meinem Kollegen die Anerkennung, die ich verdiene.	23,33	23,58	0,00
Ich erhalte in schwierigen Situationen angemessene Unterstützung.	65,91	52,50	75,00
Wenn ich an meine Ausbildung denke, halte ich meine berufliche Stellung für angemessen.	58,33	44,68	0,00
Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich die erfahrene Anerkennung für angemessen.	48,39	39,08	25,00
Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich meine persönlichen Chancen des beruflichen Fortkommens für angemessen.	54,24	42,68	11,11
Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich mein Gehalt/meinen Lohn für angemessen.	67,82	57,60	31,58
* % Zustimmung = Zusammenfassung der Antwortkategorie: ja			

persönliche Gesundheitsgefährdung*			
durch ...	Intervention sklinik (KH 1)	andere Abteilungen in KH 1	selbe Fachrichtun g in anderen KH
allergene Stoffe.	45,37	28,86	20,59
kanzerogene Stoffe.	25,93	18,12	6,45
gen- und fruchtschädigende Substanzen.	20,37	16,85	15,63
den Kontakt mit infektiösem Material.	69,44	44,84	32,35
Rauchende Kollegen/Vorgesetzte.	19,44	19,59	3,03
Rauchende Patienten.	5,61	10,57	3,03
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: eher hoch, sehr hoch			

Arbeitsintensität*			
	Intervention sklinik (KH 1)	andere Abteilungen in KH 1	selbe Fachrichtun g in anderen KH
Das von mir verlangte Arbeitstempo ist sehr hoch.	83,64	79,65	96,97
Oft sind die zu lösenden Aufgaben sehr schwierig.	50,91	56,70	48,48
Es ist häufig sehr viel, was von mir an Arbeit geschafft werden muss.	88,89	84,90	100,00
In der Regel ist die Zeit zu kurz, sodass ich bei der Arbeit oft unter Zeitdruck stehe.	78,18	73,03	96,97
Meine Arbeit erfordert große körperliche Anstrengungen.	63,64	45,41	69,70
Bei dieser Arbeit muss man zu viele Dinge auf einmal erledigen.	77,98	69,37	90,91
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: trifft ziemlich zu, trifft zu			

Alltagsbelastung*			
	Intervention sklinik (KH 1)	andere Abteilungen in KH 1	selbe Fachrichtun g in anderen KH
Es gibt Patienten, bei denen die sprachliche Verständigung schwierig ist.	86,02	86,86	84,38
Ich muss mit Patienten zurechtkommen, die aggressiv sind.	63,74	78,06	50,00
Es gibt Patienten, die alles überprüfen möchten, was ich tue.	65,22	65,63	71,88
Es kommt vor, dass unsere Arbeit durch zu häufige Besuche von Angehörigen gestört wird.	47,25	35,06	71,88
Ich verbringe viel Zeit mit Schreibtischarbeiten.	68,89	70,65	87,50
Ich habe wenig Zeit, auf die persönlichen Probleme einzelner Patienten einzugehen.	75,82	63,11	78,13
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu			

Einschätzung: Beziehungen

Soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten*			
	Intervention sklinik (KH 1)	andere Abteilungen in KH 1	selbe Fachrichtun g in anderen KH
Wie sehr ist Ihre Führungskraft bereit, Ihre Probleme in Zusammenhang mit Ihrer Arbeit anzuhören?	63,55	69,45	53,13
Wie werden Sie von Ihrer Führungskraft unterstützt, sodass Sie es in Ihrer Arbeit leichter haben?	59,63	63,27	58,06
Wie können Sie sich auf Ihre Führungskraft verlassen, wenn es in Ihrer Arbeit schwierig wird?	58,33	67,84	65,63
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: ziemlich, völlig			

Soziale Unterstützung durch die Kollegen*			
	Intervention sklinik (KH 1)	andere Abteilungen in KH 1	selbe Fachrichtun g in anderen KH
Wie sehr sind Ihre Kollegen bereit, Ihre Probleme in Zusammenhang mit Ihrer Arbeit anzuhören?	71,56	85,71	90,63
Wie werden Sie von Ihren Kollegen unterstützt, sodass Sie es in Ihrer Arbeit leichter haben?	63,30	78,76	93,55
Wie können Sie sich auf Ihre Kollegen verlassen, wenn es in Ihrer Arbeit schwierig wird?	70,00	82,78	93,75
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: ziemlich, völlig			

Gruppenkohäsion*			
	Intervention sklinik (KH 1)	andere Abteilungen in KH 1	selbe Fachrichtun g in anderen KH
Wir halten alle ganz gut zusammen.	68,52	78,34	85,29
Bei uns steht keiner außerhalb.	57,80	64,55	82,35
Wenn ich könnte, würde ich den Arbeitsplatz wechseln, um mit angenehmeren Leuten zusammenarbeiten zu können.	23,85	12,91	8,82
Ich würde manchen Leuten, mit denen ich zusammenarbeiten muss, lieber aus dem Weg gehen.	47,71	33,55	11,76
Wir gehen zusammen durch dick und dünn.	37,74	49,78	76,47
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu			

Führungsstil/Führungsverhalten*			
	Intervention sklinik (KH 1)	andere Abteilungen in KH 1	selbe Fachrichtun g in anderen KH
Inwieweit werden Sie von ihr über Einzelheiten Ihres Arbeitsbereichs informiert?	54,72	33,78	47,06
Inwieweit werden Sie von ihr über betriebliche Gegebenheiten informiert?	46,15	29,16	41,18
In welchem Ausmaß werden Sie von ihr in allen Einzelheiten des Arbeitsbereichs instruiert?	42,57	26,21	38,24
Inwieweit wird Ihre Leistung von ihr geplant? (dazu gehören Pausen, Einsatzzeiten, Arbeitsmittel, Material, Verfahren, Mengen, Qualitätsziele)	35,24	20,05	38,71
Inwieweit werden die bei Ihrer Arbeit erforderlichen Entscheidungen von ihr getroffen?	30,77	19,32	21,21
In welchem Ausmaß kontrolliert sie ihre Leistungen?	24,30	13,44	18,18
Inwieweit motiviert sie Sie durch Anerkennung?	23,08	18,64	14,71
Inwieweit motiviert sie Sie durch Kritik?	20,19	8,64	9,09
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: oft, immer			

offene Kommunikation*			
	Intervention sklinik (KH 1)	andere Abteilungen in KH 1	selbe Fachrichtun g in anderen KH
In unserer Abteilung/Station ...			
werden Probleme offen angesprochen.	55,05	68,05	79,41
ist konstruktive Kritik willkommen.	59,26	71,77	73,53
können wir in Besprechungen Sachliches von Persönlichem trennen.	54,13	70,46	82,35
werden die Mitarbeiter bei wichtigen Entscheidungen einbezogen.	50,46	61,49	73,53
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu			

Mobbing*			
	Intervention sklinik (KH 1)	andere Abteilungen in KH 1	selbe Fachrichtun g in anderen KH
Ich werde von den Arbeitskollegen/innen wie „Luft“ behandelt.	4,59	3,28	5,88
Hinter meinem Rücken wird schlecht über mich gesprochen.	18,52	7,71	6,06
Meine Arbeitskollegen/innen spielen mir übel mit.	9,26	4,17	5,88
Ich bin an meinem Arbeitsplatz regelrechtem Psychoterror ausgesetzt.	8,26	4,60	5,88
Mein Vorgesetzter spielt mir übel mit.	13,89	7,91	8,82

* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu

Einschätzung: eigene Person

körperliche Beschwerden*			
Wie oft ...	Intervention sklinik (KH 1)	andere Abteilungen in KH 1	selbe Fachrichtun g in anderen KH
haben Sie Kopfschmerzen?	7,41	8,13	5,88
erspüren Sie bei geringsten Anstrengungen Herzklopfen?	13,21	6,00	8,82
reagiert Ihr Magen empfindlich (Durchfall, Verdauungsbeschwerden ...)	12,15	5,30	11,76
erspüren Sie Schwindelgefühle?	9,26	4,64	5,88
haben Sie Rückenschmerzen?	38,32	30,99	47,06
fühlen Sie sich schnell müde?	37,96	23,23	17,65
haben Sie Schmerzen in der Herzgegend?	10,19	2,87	8,82
haben Sie Nackenschmerzen?	31,48	24,40	47,06
haben Sie Schulterschmerzen?	29,91	21,41	55,88
haben Sie Konzentrationsstörungen?	11,11	9,31	2,94
haben Sie Schlafstörungen? (beim Ein- oder Durchschlafen)	30,84	20,44	41,18
wird Ihnen übel?	4,67	1,32	2,94
fühlen Sie sich den ganzen Tag müde und zerschlagen?	18,69	11,87	14,71

* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: etwa 3x die Woche, fast täglich

Wohlbefinden*			
	Intervention sklinik (KH 1)	andere Abteilungen in KH 1	selbe Fachrichtun g in anderen KH
Ich bin unbeschwert und gut aufgelegt.	72,48	80,00	85,29
Ich fühle mich anderen Menschen unterlegen.	3,64	4,63	2,94
Ich bin ein ruhiger, ausgeglichener Mensch.	74,55	75,16	79,41
Ich blicke voller Zuversicht in die Zukunft.	78,90	74,07	70,59
Ich bin stolz auf meinen Körper.	54,63	53,45	42,42
Ich fühle mich voller Energie und Tatkraft.	69,09	70,61	73,53

* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: oft, immer

Burnout – emotionale Erschöpfung*			
	Intervention sklinik (KH 1)	andere Abteilungen in KH 1	selbe Fachrichtun g in anderen KH
Ich fühle mich emotional leer in meiner Arbeit.	16,33	11,58	6,25
Ich fühle mich am Ende des Arbeitstages verbraucht.	54,41	47,28	69,57
Ich fühle mich müde, wenn ich morgens aufstehe und an meine Arbeit denke.	26,51	26,10	3,33
Jeden Tag zu arbeiten, ist wirklich eine Belastung für mich.	20,73	20,34	10,00
Ich fühle mich durch meine Arbeit ausgebrannt.	24,39	18,50	20,00

Burnout – personelle Effizienz*			
	Intervention sklinik (KH 1)	andere Abteilungen in KH 1	selbe Fachrichtun g in anderen KH
Ich kann die Probleme effektiv lösen, die in meiner Arbeit entstehen.	45,16	64,79	50,00
Ich glaube, dass ich einen wirkungsvollen Beitrag für dieses Unternehmen leiste.	69,57	65,55	50,00
Ich leiste meiner Meinung nach gute Arbeit.	75,00	86,67	?
Ich fühle mich gut, wenn ich Arbeitsaufgaben vollendet habe.	87,50	88,89	?
Ich habe viele nützliche Sachen in dieser Arbeit vollendet.	76,47	78,05	60,00
Bei meiner Arbeit bin ich sicher, dass ich die Dinge effektiv erledige.	60,00	83,33	75,00

Burnout – Zynismus*			
	Intervention sklinik (KH 1)	andere Abteilungen in KH 1	selbe Fachrichtun g in anderen KH
Seit ich in diesem Unternehmen arbeite, habe ich weniger Interesse an meiner Arbeit.	9,28	9,22	3,13
Ich habe die Begeisterung an meiner Arbeit verloren.	15,56	11,88	2,94
Ich möchte nur meine Arbeit erledigen und ansonsten in Ruhe gelassen werden.	26,03	20,73	11,11
Ich bin ziemlich zynisch darüber geworden, ob meine Arbeit zu irgendetwas nützt.	8,42	12,41	0,00?
Ich bezweifle die Bedeutung meiner Arbeit.	3,06	9,40	3,13
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: einmal in der Woche“, „mehrmals in der Woche“ und „fast täglich“			

Arbeitszufriedenheit*			
Wie zufrieden sind Sie ...	Interventio nsklinik (KH 1)	andere Abteilungen in KH 1	selbe Fachrichtun g in anderen KH
mit Ihren Kollegen?	62,73	77,24	88,24
mit Ihren Vorgesetzten?	48,18	59,21	51,52
mit Ihrer Tätigkeit?	75,45	79,91	97,06
mit den Arbeitsbedingungen?	40,00	46,61	76,47
mit der Organisation und Leitung des Hauses?	21,50	23,58	21,88
mit Ihrer Bezahlung?	12,84	18,78	38,24
mit der Arbeitszeitregelung?	48,18	56,99	61,76
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: eher zufrieden, zufrieden			

Berufliche Verausgabungsneigung (Overcommitment)*			
	Interventio nsklinik (KH 1)	andere Abteilungen in KH 1	selbe Fachrichtun g in anderen KH
Beim Arbeiten komme ich leicht in Zeitdruck.	72,22	55,90	66,67
Es passiert mir oft, dass ich schon beim Aufwachen an Arbeitsprobleme denke.	44,04	31,87	33,33
Wenn ich nach Hause komme, fällt mir das Abschalten von der Arbeit sehr leicht.	38,18	48,13	48,48
Diejenigen, die mir am nächsten stehen, sagen, ich opfere mich zu sehr für meinen Beruf auf.	64,22	46,78	59,38
Die Arbeit lässt mich selten los, das geht mit abends noch im Kopf rum.	54,55	39,17	57,58
Wenn ich etwas verschiebe, was ich eigentlich heute tun müsste, kann ich nachts nicht schlafen.	40,37	28,13	54,55
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: stimmt eher, stimmt voll und ganz			

Selbstwirksamkeit*			
	Interventio nsklinik (KH 1)	andere Abteilungen in KH 1	selbe Fachrichtun g in anderen KH
Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	87,74	88,16	87,88
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	96,23	93,16	94,12
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	81,13	77,41	82,35
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	86,79	81,32	91,18
Auch bei überraschende Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurecht kommen kann.	95,33	89,91	94,12
Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	91,51	81,24	85,29
Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	90,65	90,51	91,18

Selbstwirksamkeit* - Fortsetzung			
	Interventio nsklinik (KH 1)	andere Abteilungen in KH 1	selbe Fachrichtun g in anderen KH
Für jedes Problem, kann ich eine Lösung finden.	83,18	84,99	91,18
Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	92,52	89,01	91,18
Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	91,59	92,07	94,12
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: stimmt eher, stimmt voll und ganz			

innere Kündigung*			
	Interventio nsklinik (KH 1)	andere Abteilungen in KH 1	selbe Fachrichtun g in anderen KH
Wenn ich woanders Arbeit bekäme, würde ich wechseln.	27,52	22,86	11,76
Wenn ich woanders mehr Geld bekäme, würde ich wechseln.	45,37	49,78	29,41
Ich denke oft daran zu kündigen.	29,36	15,16	5,88
Ich habe in letzter Zeit meine Arbeit mit Freude gemacht.	61,47	75,88	85,29
Ich sehe einen Sinn in meiner Arbeit.	90,74	89,93	96,97
Ich bin stolz auf die Ergebnisse meiner Arbeit.	85,19	86,84	91,18
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu			

Bindung an die Organisation (Commitment)*			
	Interventio nsklinik (KH 1)	andere Abteilungen in KH 1	selbe Fachrichtun g in anderen KH
Es würde mich sehr froh stimmen, wenn ich den Rest meines Arbeitslebens in diesem Krankenhaus verbringen könnte.	48,60	45,15	82,35
Ich mag es, mit Bekannten über das Krankenhaus zu reden, in dem ich arbeite.	44,04	47,68	50,00
Wenn ich an die Probleme denke, die dieses Krankenhaus hat, dann kommt es mir vor, als ob dies meine eigenen Probleme wären.	30,28	16,96	54,55
Wenn ich in einem anderen Krankenhaus arbeiten würde, so würde ich mich in diesem anderen Krankenhaus wahrscheinlich genauso dazugehörig fühlen.	76,92	77,60	64,52
Im Krankenhaus fühle ich mich als Teil einer Familie.	37,61	29,36	42,42
Ich fühle mich emotional nicht zugehörig zu diesem Krankenhaus.	28,70	35,25	9,38
Dieses Krankenhaus hat große persönliche Bedeutung für mich.	50,00	41,02	69,70
Es kommt mir so vor, als gehöre ich nicht richtig zu diesem Krankenhaus dazu.	24,30	24,50	2,94
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: stimmt eher, stimmt voll und ganz			

Deskriptiver Teil: Berufsgruppenvergleich 2002

Einschätzung: Organisation

Ablauforganisation*			
	Ärzte	Pflege	sonstige
Bei Patientenaufnahmen kommt es zu organisatorischen Problemen.	66,67	60,87	50,00
Hier im Krankenhaus weiß manchmal die rechte Hand nicht, was die linke tut.	61,11	72,46	60,00
Bei Untersuchungen bzw. Eingriffen gibt es häufig Wartezeiten.	94,44	87,88	80,00
Bei Untersuchungen bzw. Eingriffen gibt es häufig Terminverschiebungen.	61,11	71,21	80,00
Zwischen der Station und den Funktionsdiensten gibt es Schwierigkeiten bei der Absprache.	50,00	64,71	75,00
Zwischen Ärzten und Pflegepersonal gibt es Schwierigkeiten bei der Absprache.	50,00	65,22	50,00

* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu

Informations- und Planungsdefizite*			
	Ärzte	Pflege	sonstige
Bei meiner Arbeit ...			
muss ich mit Planungsmängeln anderer Bereiche fertig werden.	89,47	85,92	77,78
fehlen mir, um sie gut zu machen, ausreichende Informationen.	21,05	52,78	42,11
werde ich durch unklare Zuständigkeiten behindert.	78,95	56,94	42,11

* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu

interne Schnittstellen*			
	Ärzte	Pflege	sonstige
Die Zusammenarbeit ...			
innerhalb des eigenen Arbeitsbereichs (Station, Kostenstelle usw.) ist gut.	78,95	75,81	66,67
zwischen den Arbeitsbereichen ist gut.	27,78	49,15	66,67
zwischen den Organisationsbereichen (Kliniken, Hauptabteilung usw.) ist gut.	12,50	27,27	36,36
zwischen den diagnostischen Abteilungen und bettenführenden Abteilungen funktioniert reibungslos.	29,41	26,32	42,86

* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu

institutionelle Risikokontrolle*			
	Ärzte	Pflege	sonstige
Hier im Krankenhaus wird nach klinischen Vorfällen alles getan, um die Ursachen zu erforschen.	83,33	85,07	100,00
Nach Beinaheunfällen werden stets Konsequenzen gezogen.	72,22	69,23	75,00
Jede Nosokomialinfektion wird bei uns gemeldet.	94,44	77,97	100,00
Wir arbeiten jeden Tag daran, die Sicherheit unserer Patienten zu verbessern.	61,11	82,09	75,00
Die Qualität unserer Dienstleistung ist sehr gut.	77,78	82,35	100,00
Behandlungszwischenfälle haben wir im Griff.	94,44	92,42	100,00

* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu

Betriebsklima - Vertrauensorganisation*			
In unserem Haus ...	Ärzte	Pflege	sonstige
herrscht Einigkeit und Einverständnis vor.	5,26	22,54	29,41
haben wir Vertrauen zueinander.	21,05	33,82	35,29
gibt es ein „Wir-Gefühl“ unter den Beschäftigten.	10,53	41,18	35,29
ist das Betriebsklima gut.	26,32	48,57	47,06
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu			

Innovationsklima*			
In unserem Krankenhaus ...	Ärzte	Pflege	sonstige
werden wir dazu motiviert, neue Ideen einzubringen.	42,11	56,34	38,89
werden die Ideen der Mitarbeiter aufgegriffen.	31,58	50,00	50,00
werden Verbesserungsvorschläge umgesetzt.	26,32	47,14	50,00
verlaufen Bemühungen für bessere Arbeitsabläufe im Sand.	73,68	54,93	50,00
kann man sich generell die Mühe sparen, Verbesserungsvorschläge zu machen.	68,42	37,68	50,00
finden Forderungen nach besseren Arbeitsbedingungen Beachtung.	21,05	43,66	64,71
ist man offen gegenüber innovativen Ideen (Abläufe, Methoden, Technik usw.).	42,11	52,11	64,71
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu			

Kostenbewusstsein*			
Auf unserer Station ...	Ärzte	Pflege	sonstige
wird mit dem Verbrauchsmaterial verschwenderisch umgegangen.	16,67	7,14	0,00
wird kostenbewusst gearbeitet.	66,67	82,86	100,00
wird konsequent gespart.	55,56	73,91	80,00
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu			

Qualitätsbewusstsein*			
In unserem Krankenhaus ...	Ärzte	Pflege	sonstige
halten wir uns stets an Standards und Leitlinien.	73,68	76,06	70,59
Verbessern wir ständig die Qualität unserer Leistungen.	57,89	71,83	70,59
ist ein ausreichendes Qualitätsbewusstsein vorhanden.	63,16	70,00	64,71
dreht sich unser Denken um den Patienten.	36,84	75,00	47,06
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu			

Krankenhausruf - Image*			
	Ärzte	Pflege	sonstige
In diesem Krankenhaus ist man als Patient gut aufgehoben.	61,11	84,29	75,00
Ich würde dieses Krankenhaus meinem besten Freund empfehlen.	61,11	74,29	64,71
Dieses Krankenhaus genießt einen sehr guten Ruf.	50,00	52,17	62,50
Dieses Krankenhaus ist besser als andere Krankenhäuser in der Umgebung.	66,67	67,16	62,50
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu			

Einschätzung: unethische Kostenentscheidungen*			
Auf unserer Station ...	Ärzte	Pflege	sonstige
steht der finanzielle Aspekt im Vordergrund.	72,22	61,19	60,00
werden finanzielle Folgen bei klinischen Entscheidungen mitbedacht.	77,78	67,69	75,00
werden Patienten zu früh entlassen.	33,33	15,63	25,00
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu			

Einschätzung: Tätigkeit

Tätigkeitsspielraum*			
	Ärzte	Pflege	sonstige
Meine Arbeit erfordert von mir vielfältige Fähigkeiten und Fertigkeiten.	84,21	94,44	100,00
In meiner Arbeit ist es nötig, immer wieder Neues dazulernen.	94,74	93,06	100,00
An meinem Arbeitsplatz habe ich die Möglichkeit, an der Erarbeitung neuer Lösungen teilzunehmen.	73,68	54,93	50,00
Das, was ich in meiner beruflichen Ausbildung gelernt habe, kann ich voll in meiner Arbeit anwenden.	63,16	66,67	68,42
Ich kann meine Arbeit selbständig planen und einteilen (Arbeitsvorbereitung und -organisation).	47,37	46,48	68,42
An Entscheidungen meiner Führungskraft kann ich mitwirken.	31,58	43,66	31,58
Ich muss bei meiner Arbeit viele selbständige Entscheidungen treffen.	78,95	73,61	68,42
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: trifft ziemlich zu, trifft zu			

Arbeitsmittel*			
	Ärzte	Pflege	sonstige
Ich habe genügend Arbeitsmittel zur Hand, um meine Arbeitsaufgabe gut bewältigen zu können.	57,89	82,86	84,21
Das betriebsinterne Dokumentations- und Informationssystem ist gut.	21,05	57,97	73,68
Die eingesetzte Technik erleichtert meine Arbeit.	47,37	64,29	63,16
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu			

Belohnung (Gratifikation)*			
	Ärzte	Pflege	sonstige
Aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens besteht häufig großer Zeitdruck.	68,75	66,67	62,50
Bei meiner Arbeit werde ich häufig unterbrochen und gestört.	68,75	59,26	58,33
Bei meiner Arbeit habe ich viel Verantwortung zu tragen.	29,41	34,92	21,43
Ich bin häufig gezwungen, Überstunden zu machen.	68,75	47,62	33,33
Meine Arbeit ist körperlich anstrengend.	16,67	40,43	75,00
Im Laufe der letzten Jahre ist meine Arbeit immer mehr geworden.	64,29	50,00	75,00
Ich werde bei meiner Arbeit ungerecht behandelt.	57,14	50,00	100,00
Die Aufstiegschancen in meinem Bereich sind schlecht.	66,67	40,48	56,25
Ich erfahre - oder erwarte - eine Verschlechterung meiner Arbeitssituation.	58,33	73,68	77,78
Mein eigener Arbeitsplatz ist gefährdet.	33,33	62,50	80,00

Belohnung (Gratifikation)* - Fortsetzung			
	Ärzte	Pflege	sonstige
Ich erhalte von meinem Vorgesetzten die Anerkennung, die ich verdiene.	35,71	33,33	50,00
Ich erhalte von meinem Kollegen die Anerkennung, die ich verdiene.	14,29	25,00	33,33
Ich erhalte in schwierigen Situationen angemessene Unterstützung.	50,00	62,96	100,00
Wenn ich an meine Ausbildung denke, halte ich meine berufliche Stellung für angemessen.	75,00	52,38	57,14
Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich die erfahrene Anerkennung für angemessen.	50,00	43,24	63,64
Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich meine persönlichen Chancen des beruflichen Fortkommens für angemessen.	73,33	34,38	83,33
Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich mein Gehalt/meinen Lohn für angemessen.	46,67	71,93	73,33
* % Zustimmung = Zusammenfassung der Antwortkategorie: ja			

persönliche Gesundheitsgefährdung*			
durch ...	Ärzte	Pflege	sonstige
allergene Stoffe.	44,44	53,52	15,79
kanzerogene Stoffe.	22,22	32,39	5,26
gen- und fruchtschädigende Substanzen.	11,11	28,17	0,00
den Kontakt mit infektiösem Material.	72,22	80,28	26,32
rauchende Kollegen/Vorgesetzte.	11,11	25,35	5,26
rauchende Patienten.	0,00	7,14	5,26
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: eher hoch, sehr hoch			

Arbeitsintensität*			
	Ärzte	Pflege	sonstige
Das von mir verlangte Arbeitstempo ist sehr hoch.	84,21	83,33	84,21
Oft sind die zu lösenden Aufgaben sehr schwierig.	68,42	43,06	63,16
Es ist häufig sehr viel, was von mir an Arbeit geschafft werden muss.	89,47	90,00	84,21
In der Regel ist die Zeit zu kurz, so dass ich bei der Arbeit oft unter Zeitdruck stehe.	84,21	75,00	84,21
Meine Arbeit erfordert große körperliche Anstrengungen.	63,16	75,00	21,05
Bei dieser Arbeit muss man zu viele Dinge auf einmal erledigen.	89,47	81,69	52,63
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: trifft ziemlich zu, trifft zu			

Alltagsbelastung*			
	Ärzte	Pflege	sonstige
Es gibt Patienten, bei denen die sprachliche Verständigung schwierig ist.	83,33	85,51	100,00
Ich muss mit Patienten zurechtkommen, die aggressiv sind.	55,56	66,18	60,00
Es gibt Patienten, die alles überprüfen möchten, was ich tue.	66,67	65,22	60,00
Es kommt vor, dass unsere Arbeit durch zu häufige Besuche von Angehörigen gestört wird.	38,89	50,00	40,00
Ich verbringe viel Zeit mit Schreibtischarbeiten.	88,89	64,18	60,00
Ich habe wenig Zeit, auf die persönlichen Probleme einzelner Patienten einzugehen.	94,44	72,06	60,00
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu			

Einschätzung: Beziehungen

soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten*			
	Ärzte	Pflege	sonstige
Wie sehr ist Ihre Führungskraft bereit, ihre Probleme in Zusammenhang mit Ihrer Arbeit anzuhören?	52,63	68,12	57,89
Wie werden Sie von Ihrer Führungskraft unterstützt, so dass Sie es in Ihrer Arbeit leichter haben?	47,37	64,79	52,63
Wie können Sie sich auf Ihre Führungskraft verlassen, wenn es in Ihrer Arbeit schwierig wird?	52,63	60,00	57,89
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: ziemlich, völlig			

soziale Unterstützung durch die Kollegen*			
	Ärzte	Pflege	sonstige
Wie sehr sind Ihre Kollegen bereit, ihre Probleme in Zusammenhang mit Ihrer Arbeit anzuhören?	52,63	77,46	68,42
Wie werden Sie von Ihren Kollegen unterstützt, so dass Sie es in Ihrer Arbeit leichter haben?	31,58	70,42	68,42
Wie können Sie sich auf Ihre Kollegen verlassen, wenn es in Ihrer Arbeit schwierig wird?	47,37	76,39	68,42
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: ziemlich, völlig			

Gruppenkohäsion*			
	Ärzte	Pflege	sonstige
Wir halten alle ganz gut zusammen.	63,16	71,83	61,11
Bei uns steht keiner außerhalb.	47,37	61,11	55,56
Wenn ich könnte, würde ich den Arbeitsplatz wechseln, um mit angenehmeren Leuten zusammenarbeiten zu können.	31,58	20,83	27,78
Ich würde manchen Leuten, mit denen ich zusammenarbeiten muss, lieber aus dem Weg gehen.	57,89	44,44	50,00
Wir gehen zusammen durch dick und dünn.	26,32	42,03	33,33
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu			

Führungsstil/Führungsverhalten*			
	Ärzte	Pflege	sonstige
Inwieweit werden Sie von ihr über Einzelheiten Ihres Arbeitsbereichs informiert?	57,89	56,52	44,44
Inwieweit werden Sie von ihr über betriebliche Gegebenheiten informiert?	36,84	50,75	38,89
In welchem Ausmaß werden Sie von ihr in allen Einzelheiten des Arbeitsbereichs instruiert?	36,84	45,31	38,89
Inwieweit wird Ihre Leistung von ihr geplant? (dazu gehören Pausen, Einsatzzeiten, Arbeitsmittel, Material, Verfahren, Mengen, Qualitätsziele)	15,79	39,71	38,89
Inwieweit werden die bei Ihrer Arbeit erforderlichen Entscheidungen von ihr getroffen?	31,58	25,37	50,00
In welchem Ausmaß kontrolliert sie ihre Leistungen?	36,84	17,14	38,89
Inwieweit motiviert sie Sie durch Anerkennung?	15,79	20,59	41,18
Inwieweit motiviert sie Sie durch Kritik?	36,84	14,49	25,00
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: oft, immer			

offene Kommunikation*			
	Ärzte	Pflege	sonstige
In unserer Abteilung/Station ...			
werden Probleme offen angesprochen.	57,89	55,56	50,00
ist konstruktive Kritik willkommen.	42,11	61,97	66,67
können wir in Besprechungen Sachliches von Persönlichem trennen	36,84	61,11	44,44
werden die Mitarbeiter bei wichtigen Entscheidungen einbezogen.	26,32	56,94	50,00
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu			

Mobbing*			
	Ärzte	Pflege	sonstige
Ich werden von den Arbeitskollegen/innen wie „Luft“ behandelt.	5,26	5,56	0,00
Hinter meinem Rücken wird schlecht über mich gesprochen.	15,79	20,83	11,76
Meine Arbeitskollegen/innen spielen mir übel mit.	10,53	11,27	0,00
Ich bin an meinem Arbeitsplatz regelrechtem Psychoterror ausgesetzt.	10,53	8,33	5,56
Mein Vorgesetzter spielt mir übel mit.	21,05	9,86	22,22
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu			

Einschätzung: eigene Person

körperliche Beschwerden*			
	Ärzte	Pflege	sonstige
Wie oft ...			
haben Sie Kopfschmerzen?	0,00	8,45	10,53
Verspüren Sie bei geringsten Anstrengungen Herzklopfen?	5,56	18,57	0,00
reagiert Ihr Magen empfindlich (Durchfall, Verdauungsbeschwerden ...)	11,11	12,86	10,53
Verspüren Sie Schwindelgefühle?	0,00	14,08	0,00
haben Sie Rückenschmerzen?	16,67	45,71	31,58
fühlen Sie sich schnell müde?	38,89	40,85	26,32
haben Sie Schmerzen in der Herzgegend?	5,56	11,27	10,53
haben Sie Nackenschmerzen?	16,67	35,21	31,58
haben Sie Schulterschmerzen?	11,11	35,21	27,78
haben Sie Konzentrationsstörungen?	11,11	12,68	5,26
haben Sie Schlafstörungen? (beim Ein- oder Durchschlafen)	44,44	32,86	10,53
wird Ihnen übel?	11,11	4,29	0,00
fühlen Sie sich den ganzen Tag müde und zerschlagen?	27,78	20,00	5,26
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: etwa 3x die Woche, fast täglich			

Wohlbefinden*			
	Ärzte	Pflege	sonstige
Ich bin unbeschwert und gut aufgelegt.	63,16	71,83	84,21
Ich fühle mich anderen Menschen unterlegen.	0,00	5,56	0,00
Ich bin ein ruhiger, ausgeglichener Mensch.	68,42	73,61	84,21
Ich blicke voller Zuversicht in die Zukunft.	73,68	78,87	84,21
Ich bin stolz auf meinen Körper.	47,37	58,57	47,37
Ich fühle mich voller Energie und Tatkraft.	57,89	68,06	84,21
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: oft, immer			

Burnout – emotionale Erschöpfung*			
	Ärzte	Pflege	sonstige
Ich fühle mich emotional leer in meiner Arbeit.	35,29	15,38	0,00
Ich fühle mich am Ende des Arbeitstages verbraucht.	75,00	54,17	41,67
Ich fühle mich müde, wenn ich morgens aufstehe und an meine Arbeit denke.	33,33	25,45	25,00
Jeden Tag zu arbeiten, ist wirklich eine Belastung für mich.	14,29	23,08	18,75
Ich fühle mich durch meine Arbeit ausgebrannt.	20,00	26,79	18,75
Burnout – personelle Effizienz*			
Ich kann die Probleme effektiv lösen, die in meiner Arbeit entstehen.	75,00	41,67	33,33
Ich glaube, dass ich einen wirkungsvollen Beitrag für dieses Unternehmen leiste.	66,67	62,50	100,00
Ich leiste meiner Meinung nach gute Arbeit.	100,00	80,00	50,00
Ich fühle mich gut, wenn ich Arbeitsaufgaben vollendet habe.	100,00	80,00	100,00
Ich habe viele nützliche Sachen in dieser Arbeit vollendet.	100,00	63,64	100,00
Bei meiner Arbeit bin ich sicher, dass ich die Dinge effektiv erledige.	33,33	66,67	100,00
Burnout – Zynismus*			
Seit ich in diesem Unternehmen arbeite, habe ich weniger Interesse an meiner Arbeit.	13,33	7,69	11,76
Ich habe die Begeisterung an meiner Arbeit verloren.	30,77	14,52	6,67
Ich möchte nur meine Arbeit erledigen und ansonsten in Ruhe gelassen werden.	38,46	21,28	30,77
Ich bin ziemlich zynisch darüber geworden, ob meine Arbeit zu irgend etwas nützt.	12,50	9,52	0,00
Ich bezweifle die Bedeutung meiner Arbeit.	11,76	1,56	0,00
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: einmal in der Woche“, „mehrmals in der Woche“ und „fast täglich“			

Arbeitszufriedenheit*			
	Ärzte	Pflege	sonstige
Wie zufrieden sind Sie ...			
mit Ihren Kollegen?	52,63	66,67	57,89
mit Ihren Vorgesetzten?	31,58	51,39	52,63
mit Ihrer Tätigkeit?	52,63	77,78	89,47
mit den Arbeitsbedingungen?	21,05	37,50	68,42
mit der Organisation und Leitung des Hauses?	5,26	22,86	33,33
mit Ihrer Bezahlung?	15,79	8,45	26,32
mit der Arbeitszeitregelung?	15,79	50,00	73,68
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: eher zufrieden, zufrieden			

Berufliche Verausgabungsneigung (Overcommitment)*			
	Ärzte	Pflege	sonstige
Beim Arbeiten komme ich leicht in Zeitdruck.	78,95	71,83	66,67
Es passiert mir oft, dass ich schon beim Aufwachen an Arbeitsprobleme denke.	68,42	38,89	38,89
Wenn ich nach Hause komme, fällt mir das Abschalten von der Arbeit sehr leicht.	21,05	43,06	36,84
Diejenigen, die mir am nächsten stehen, sagen, ich opfere mich zu sehr für meinen Beruf auf.	73,68	62,50	61,11
Die Arbeit lässt mich selten los, das geht mit abends noch im Kopf rum.	84,21	47,22	52,63
Wenn ich etwas verschiebe, was ich eigentlich heute tun müsste, kann ich nachts nicht schlafen.	63,16	38,89	22,22
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: stimmt eher, stimmt voll und ganz			

Selbstwirksamkeit*			
	Ärzte	Pflege	sonstige
Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	83,33	86,96	94,74
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	94,44	95,65	100,00
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	66,67	81,16	94,74
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	88,89	85,51	89,47
Auch bei überraschende Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurecht kommen kann.	100,00	94,29	94,74
Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	100,00	88,41	94,74
Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	100,00	87,14	94,74
Für jedes Problem, kann ich eine Lösung finden.	88,89	81,43	84,21
Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	100,00	90,00	94,74
Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	94,44	91,43	89,47
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: stimmt eher, stimmt voll und ganz			

innere Kündigung*			
	Ärzte	Pflege	sonstige
Wenn ich woanders Arbeit bekäme, würde ich wechseln.	57,89	19,44	27,78
Wenn ich woanders mehr Geld bekäme, würde ich wechseln.	47,37	45,07	44,44
Ich denke oft daran, zu kündigen.	42,11	23,61	38,89
Ich habe in letzter Zeit meine Arbeit mit Freude gemacht.	52,63	63,89	61,11
Ich sehe einen Sinn in meiner Arbeit.	89,47	90,14	94,44
Ich bin stolz auf die Ergebnisse meiner Arbeit.	68,42	88,73	88,89
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: stimme eher zu, stimme voll und ganz zu			

Bindung an die Organisation (Commitment)*			
	Ärzte	Pflege	sonstige
Es würde mich sehr froh stimmen, wenn ich den Rest meines Arbeitslebens in diesem Krankenhaus verbringen könnte.	10,53	55,71	61,11
Ich mag es, mit Bekannten über das Krankenhaus zu reden, in dem ich arbeite.	31,58	44,44	55,56
Wenn ich an die Probleme denke, die dieses Krankenhaus hat, dann kommt es mir vor, als ob dies meine eigenen Probleme wären.	21,05	29,17	44,44
Wenn ich in einem anderen Krankenhaus arbeiten würde, so würde ich mich in diesem anderen Krankenhaus wahrscheinlich genauso dazugehörig fühlen.	84,21	76,47	70,59
Im Krankenhaus fühle ich mich als Teil einer Familie.	10,53	41,67	50,00
Ich fühle mich emotional nicht zugehörig zu diesem Krankenhaus.	36,84	23,94	38,89
Dieses Krankenhaus hat große persönliche Bedeutung für mich.	63,16	45,83	52,94
Es kommt mir so vor, als gehöre ich nicht richtig zu diesem Krankenhaus dazu.	31,58	18,57	38,89
* % Zustimmung = Zusammenfassung von den Antwortkategorien: stimmt eher, stimmt voll und ganz			

Ergebnisse der 2. Mitarbeiterbefragung 2003**Veränderungen in den Kliniken im Beobachtungszeitraum 2002/2003**

		Interventionsklinik 2002	Interventionsklinik 2003	Vergleichskliniken 2003	
Einschätzung: Organisation					
Abläufe	Ablauforganisation	4,2	4,5	3,6	
	Informations- und Planungsdefizite	4,0	4,1	3,4	
	interne Schnittstellen	3,6	3,7	3,1	
	institutionelle Risikokontrolle	2,6	3,0	2,7	
Kultur	Betriebsklima (Vertrauensorganisation)	4,2	4,3	3,5	
	Innovationsklima	3,6	4,1	3,5	
	Kostenbewusstsein	2,7	2,7	2,7	
	Qualitätsbewusstsein	3,0	3,3	2,8	
	Krankenhausruf (Image)	3,1	3,4	2,9	
	unethische Kostenentscheidungen	3,6	2,6	2,9	
Einschätzung: Tätigkeit					
Ressourcen	Tätigkeitsspielraum	2,7	2,6	2,4	
	Arbeitsmittel	3,1	3,4	2,8	
	Belohnung	3,7	2,8	2,1	
Belastungen	Persönliche Gesundheitsgefährdung	2,8	3,0	2,6	
	Arbeitsintensität	4,4	4,6	4,4	
	Alltagsanforderungen	4,3	4,1	4,4	
Einschätzung: Beziehungen					
Ressourcen	soziale Unterstützung d. Vorgesetzten	3,1	3,6	2,7	
	soziale Unterstützung d. Kollegen	3,0	2,7	2,3	
	Gruppenkohäsion	3,3	3,5	2,6	
	Führungsverhalten	3,5	3,8	3,4	
	offene Kommunikation	3,5	3,5	3,0	
Belastungen	Mobbing	1,9	1,8	1,5	
	Spannungen	4,0			
Einschätzung: eigene Person					
Gesundheit	körperliche Beschwerden	2,7	3,2	2,6	
	Wohlbefinden	2,8	3,1	2,9	
	Burnout	emot. Erschöpfung	3,0	3,4	2,7
		Prof. Effizienz	1,7	1,9	1,7
		Zynismus	2,2	2,6	1,9
Einstellungen	Arbeitszufriedenheit	3,5	3,6	2,9	
	berufliche Verausgabungsneigung	3,8	3,9	3,3	
	Selbstwirksamkeit	2,5	2,7	2,7	
Motivation	innere Kündigung	2,7	2,9	2,3	
	Bindung an die Organisation	3,6	3,8	3,2	

Ergebnisse der 2. Mitarbeiterbefragung 2003**Veränderungen bei Ärzten und Pflege im Beobachtungszeitraum 2002/2003**

		Ärzte 2002	Ärzte 2003	Pflege 2002	Pflege 2003
Einschätzung: Organisation					
Abläufe	Ablauforganisation	4,0	4,8	4,3	4,4
	Informations- und Planungsdefizite	4,0	4,3	4,1	4,0
	interne Schnittstellen	3,9	4,1	3,6	3,7
	institutionelle Risikokontrolle	2,7	2,4	2,6	3,0
Kultur	Betriebsklima	4,9	4,5	4,0	4,2
	Innovationsklima	4,0	4,2	3,5	4,0
	Fort- und Weiterbildung	/	1,5	/	2,7
	Kostenbewusstsein	2,9	4,1	2,6	2,6
	Qualitätsbewusstsein	3,3	2,3	2,9	3,3
	Krankenhausruf (Image)	3,4	2,7	3,0	3,4
	unethische Kostenentscheidungen	3,8	4,3	3,5	3,5
Einschätzung: Tätigkeit					
Ressource	Tätigkeitsspielraum	2,7	1,8	2,8	2,5
	Arbeitsmittel	3,6	3,2	3,1	3,5
	Partizipation	/	4,3	/	4,5
	Belohnung	3,7	2,5	3,6	2,9
Belastung	persönliche Gesundheitsgefährdung	2,5	2,5	3,1	3,1
	Arbeitsintensität	4,8	5,7	4,4	4,8
	Alltagsanforderungen	4,3	/	4,3	/
Einschätzung: Beziehungen					
Ressource	soziale Unterstützung d.	3,7	3,8	3,0	3,4
	soziale Unterstützung d. Kollegen	3,7	3,5	2,8	2,5
	Gruppenkohäsion	3,8	3,5	3,2	3,4
	Führungsverhalten	3,3	4,4	3,5	3,7
	offene Kommunikation	3,8	3,5	3,4	3,4
Belastung	Mobbing	2,2	2,2	1,9	1,7
	Spannungen	3,8	/	4,0	/
Einschätzung: eigene Person					
Gesundheit	körperliche Beschwerden	2,6	3,3	2,9	3,2
	Wohlbefinden	2,9	2,9	2,8	3,2
	Burnout	2,6		2,2	
Einstellungen	Arbeitszufriedenheit	4,1		3,4	
	berufliche Verausgabungsneigung	4,4	5,0	3,7	3,8
	Selbstwirksamkeit	2,6	2,4	2,6	2,6
Motivation	innere Kündigung	3,2	3,1	2,6	2,9
	Commitment	4,2	4,2	3,5	3,8

Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung (MAB) in der „Interventionsklinik“

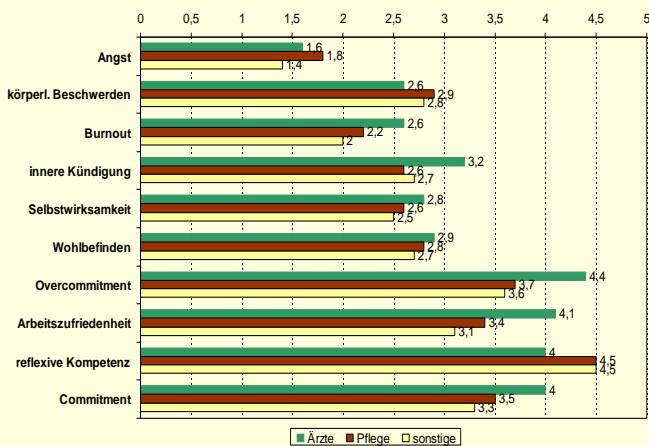
An der Studie waren vier Krankenhäuser beteiligt:

	Interventionsklinik	KH 2	KH 3	KH 4
Bundesland	West	West	Ost	Ost
Versorgungsstufe	Maximalversorgung	Grundversorgung	Maximalversorgung	Grundversorgung
Mitarbeiterzahl	955	257	1134	299

Insgesamt wurden in der Interventionsklinik 171 MitarbeiterInnen angeschrieben, von denen 110 geantwortet haben (Rücklaufquote = 64,3 %). Darunter waren 19 ÄrztInnen, 72 Pflegekräfte und 19 MitarbeiterInnen aus sonstigen Berufen (med.-techn. Dienst, Technik, Wirtschaftsdienst, Verwaltung).

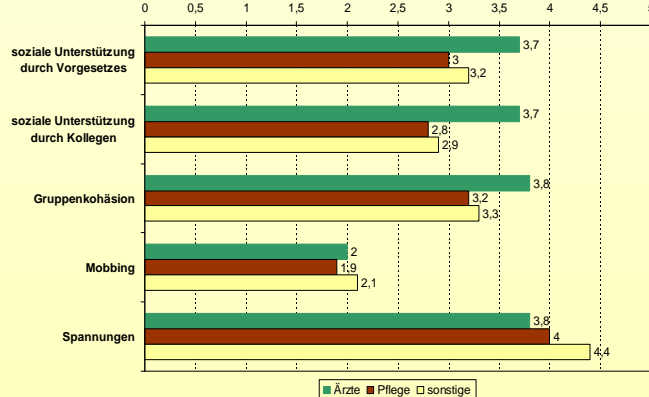
Die hier gezeigten Abbildungen beziehen sich auf den Vergleich zwischen den Berufsgruppen.

Einschätzung eigene Person



Der Faktor Angst (= Maß für aktuelle psychogene Belastungen) fällt eher niedrig aus. Höhere Werte finden sich bei der reflexiven Kompetenz (= Maß für die selbstkritische Wahrnehmung eigener Belastungsgrenzen).

Einschätzung Beziehung

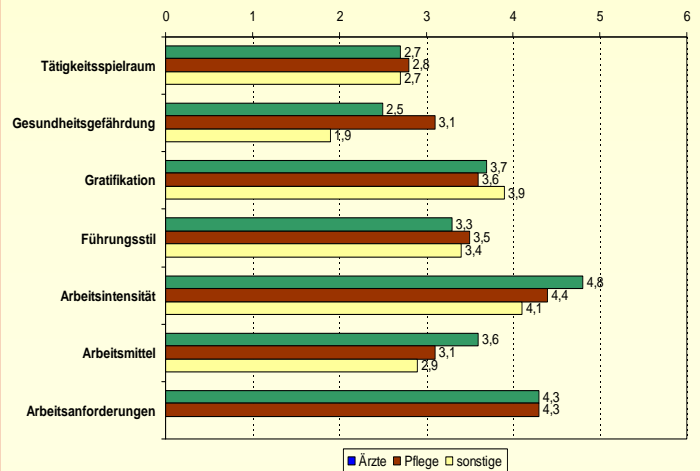


Belastungen durch Mobbing (= Maß für das Gefühl, von anderen MitarbeiterInnen ungerecht behandelt zu werden) werden als eher gering eingeschätzt. Belastungen durch Spannungen (= Maß für Häufigkeit von Spannungen im eigenen Arbeitsbereich) werden höher eingeschätzt.

Zur besseren Lesbarkeit der Kennzahlen wurden alle Ergebnisse in Form von Schulnoten dargestellt. Der Wert „1“ stellt somit ein positives und der Wert „6“ ein negatives Ergebnis dar.

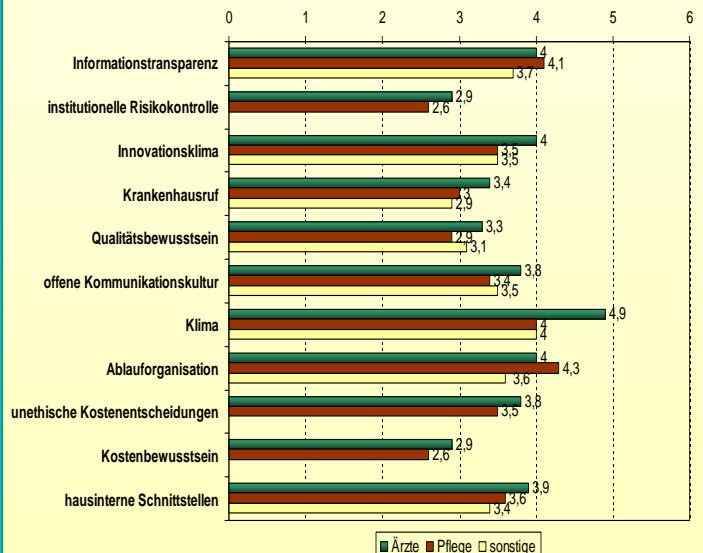
Was unter den einzelnen Begrifflichkeiten in den Abbildungen zu verstehen ist (z.B. Tätigkeitsspielraum, Gratifikation, Commitment etc.) wird im Ergebnisbericht (S. 4/5) erläutert. Ebenso welche konkreten Fragen aus dem Mitarbeiterfragebogen diesen Begriffen zugeordnet werden können. Alle weiteren Ergebnisse (z.B. zur Patientenbefragung) befinden sich ebenfalls im Ergebnisbericht, der in den ausgelegten Gesundheitszirkelordnern abgeholt ist.

Einschätzung Tätigkeit



Eher positiv bewertet wird der Tätigkeitsspielraum (= Maß für Vielfältigkeit von und Kontrolle über die eigene Tätigkeit). Eher negativ wird die Arbeitsintensität (= Maß für Arbeitbelastung) bewertet.

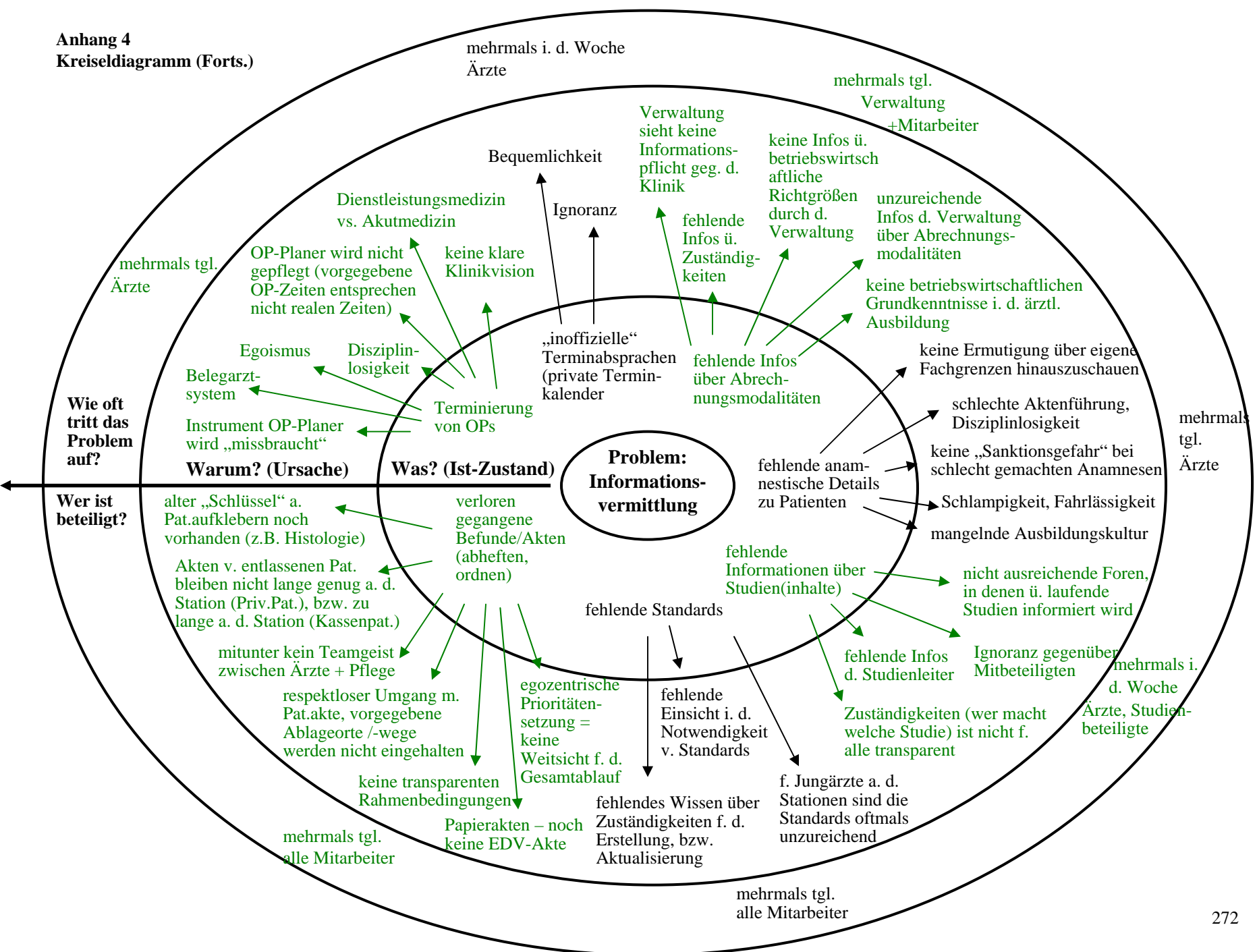
Einschätzung Organisation

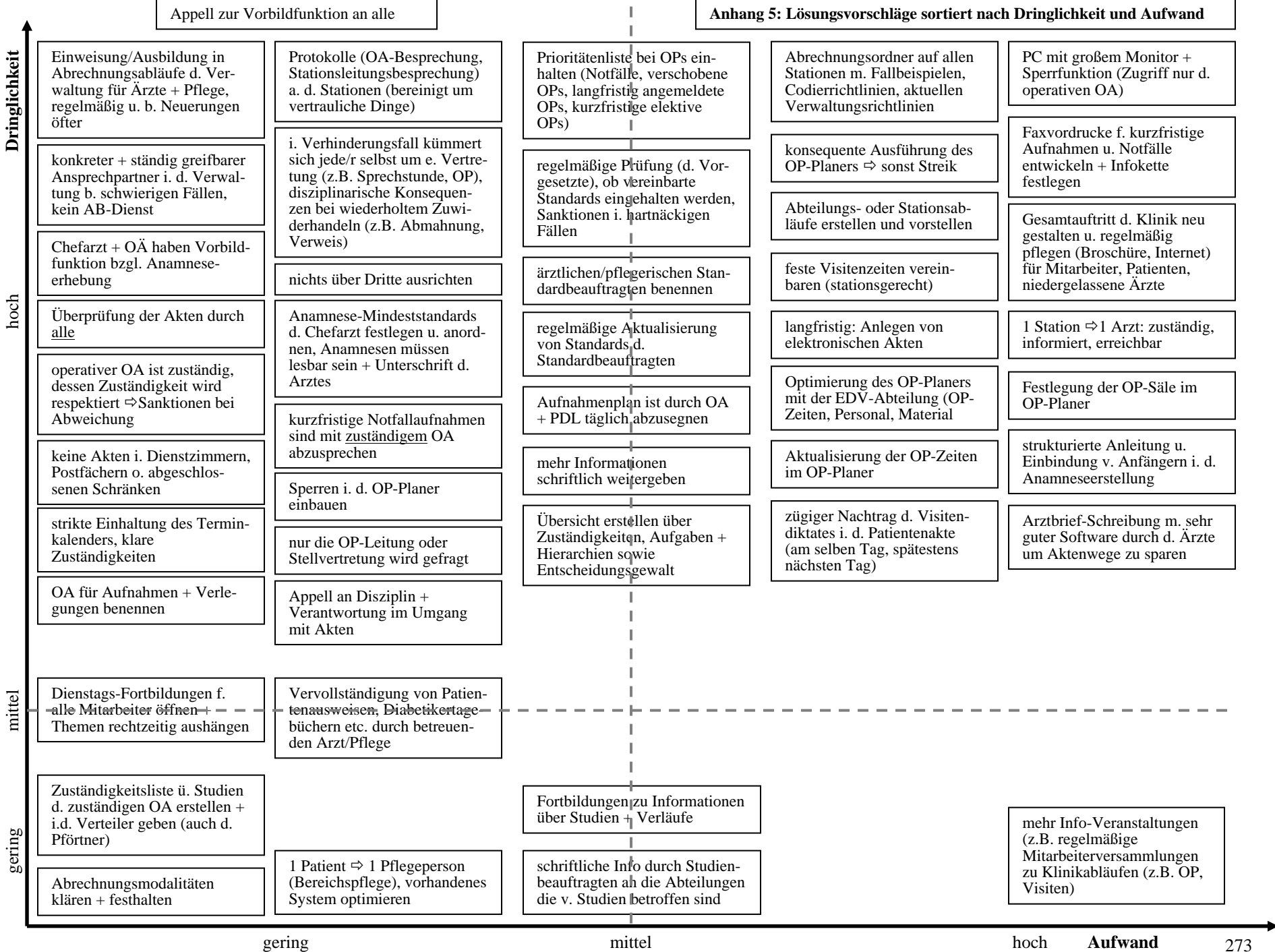


Als positiv wird die institutionelle Risikokontrolle (= Maß für die Beherrschbarkeit von Behandlungsrisiken im eigenen Haus) beurteilt. Eher negativ wird das Klima (= Betriebsklima) bewertet.



Anhang 4
Kreiseldiagramm (Forts.)





Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken wurden als solche kenntlich gemacht.

Diese Arbeit wurde bisher weder in gleicher noch in ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Ort und Datum: *Berlin, den 21. Januar 2010*

Name *Dajmar Sievers*