

Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades (Dr. PH)
an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften,
Universität Bielefeld

Sozialkapital und die Ko-Produktion von Gesundheit

Die Bedeutung des organisationalen Handelns für die Qualität
in der gesundheitlichen Versorgung
am Beispiel der medizinischen Rehabilitation

vorgelegt von Svenja Kockert, M.Sc.
Bielefeld, im Juli 2014

Tag der Disputation: 08.12.2014

Gutachter/in:

Prof. em. Dr. Bernhard Badura (Universität Bielefeld)
Prof.‘in Dr. Claudia Hornberg (Universität Bielefeld)

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier °° ISO 9706

Danksagung

Diese Dissertation entstand im Kontext des Forschungsprojekts „Leistungssteigerung durch zielgerichtete Organisationsentwicklung von Reha-Einrichtungen“ (LORE), das an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Zentrum für Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaften der Universität Bielefeld durchgeführt und von der GfR NRW e.V. gefördert wurde. Mein besonderer Dank gilt Dr. Thomas Schott, der mich als Projektleiter wissenschaftlich beraten und in der Erstellung dieser Dissertation wesentlich unterstützt hat. Für wertvolle Anregungen und den gewährten Freiraum zur Erstellung dieser Arbeit danke ich ebenso Prof. Dr. Bernhard Badura. Bei Prof. Dr. Claudia Hornberg möchte ich mich für die Bereitschaft zur Begutachtung bedanken.

Mein Dank gilt außerdem allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Rehabilitationseinrichtungen für die Teilnahme an der Befragung sowie das entgegengebrachte Vertrauen und der Rentenversicherung Rheinland sowie der Rentenversicherung Westfalen für die Zurverfügungstellung der Routinedaten; namentlich erwähnen möchte ich in diesem Zusammenhang Georg Lammersen. Im Rahmen der administrativen und organisatorischen Aufgaben der Projektarbeit war außerdem Laura Nölke eine große Hilfe.

Abschließend möchte ich mich auch bei meiner Familie sowie Johanna für alle Korrekturen und fachfremden, aber hilfreichen Rückmeldungen und bei Oliver für Motivation und Ablenkung bedanken.

Gliederung

| | |
|--|-----------|
| <i>Abkürzungsverzeichnis</i> | V |
| <i>Abbildungs- und Tabellenverzeichnis</i> | vi |
| <i>Zusammenfassung der Dissertation</i> | x |
| 1 Einführung in die Arbeit | 1 |
| 1.1 Verortung der Arbeit: Organisationsbezogene Versorgungsforschung und „Organizational Behavior“ | 3 |
| 1.2 Gegenstand der Arbeit | 7 |
| 1.2.1 „Organisation“ – Merkmale und Charakteristika | 8 |
| 1.2.2 Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung als personenbezogene Dienstleistungsorganisationen | 10 |
| 1.2.3 Zusammenfassende Betrachtung des Untersuchungsgegenstandes | 14 |
| 1.3 Ziele und Fragestellungen der Arbeit..... | 15 |
| 2 Problemhintergrund der Arbeit | 18 |
| 2.1 Die medizinische Rehabilitation in Deutschland | 19 |
| 2.1.1 Ökonomisierung in der Rehabilitation | 23 |
| 2.1.2 Steuerungsinstrumente zur Steigerung der Versorgungsqualität | 26 |
| 2.2 Variation von Versorgungssituation und -qualität in der Rehabilitation | 31 |
| 2.3 Interaktion als Kerngeschehen in der Rehabilitation | 36 |
| 2.4 „High performance“ und die Bedeutung des organisationsbezogenen Kontextes | 39 |
| 3 Stand der Forschung und Entwicklung | 44 |
| 3.1 Steuerungs- und Kontrollmechanismen von Organisationen | 45 |
| 3.1.1 Markt als Steuerungs- und Kontrollprinzip | 48 |
| 3.1.2 Hierarchie und Regelkonformität als Steuerungs- und Kontrollprinzip..... | 50 |
| 3.1.3 Clan und Moral als Steuerungs- und Kontrollprinzip | 53 |
| 3.1.4 Clan und Ethik als Steuerungs- und Kontrollprinzip der beruflichen Professionalität..... | 55 |
| 3.1.5 Exkurs zu neurobiologischen Grundlagen (professioneller) Sozialisierung | 59 |
| 3.2 Steuerungs- und Kontrollformen in Gesundheitseinrichtungen | 61 |
| 3.2.1 Gesundheitseinrichtungen als „professionelle Bürokratien“ | 62 |
| 3.2.2 Strukturelle Folgen konfligierender Leistungssteuerungs- und Kontrollmechanismen in „professionellen Bürokratien“ | 64 |
| 3.2.3 Entwicklungstrends in der Implementierung neuer (marktorientierter) Steuerungselemente in Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung..... | 68 |
| 3.2.4 Vertrauen als Grundlage intrinsisch motivierter Kooperation | 71 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 3.3 | Der Sozialkapitalansatz: Entwicklung, Begriffsverständnis und Akzentsetzung | 73 |
| 3.3.1 | Eine disziplinübergreifende Betrachtung zum Sozialkapitalansatz..... | 74 |
| 3.3.2 | Sozialkapital als Erklärungsansatz individueller und kollektiver Phänomene | 79 |
| 3.3.3 | Sozialkapital als organisationsbezogener Kontext | 82 |
| 3.4 | Sozialkapital von Gesundheitseinrichtungen | 85 |
| 3.4.1 | Sozialkapital als Basis von (berufsgruppenübergreifender) Kooperation | 86 |
| 3.4.2 | Sozialkapital und Leistungsbereitschaft von Gesundheitspersonal | 87 |
| 3.4.3 | Sozialkapital und die „Ko-Produktion von Gesundheit“ | 92 |
| 3.5 | Zusammenfassende Betrachtung: Sozialkapital als Voraussetzung kooperativer Aushandlungsprozesse in der medizinischen Rehabilitation | 97 |
| 4 | Methodik | 100 |
| 4.1 | Konzeptualisierung eines Organisationsmodells und Hypothesenbildung | 100 |
| 4.2 | Forschungsdesign: Organisationssurvey | 104 |
| 4.2.1 | Psychometrische Prüfung des Messinstruments | 114 |
| 4.2.2 | Routinedaten | 118 |
| 4.3 | Statistische Analyseverfahren | 122 |
| 4.3.1 | Prüfung auf nicht-adjustierte und adjustierte Einrichtungsunterschiede . | 125 |
| 4.3.2 | Modellierung von Prädiktor-Effekten auf Individualebene | 130 |
| 4.3.3 | Modellierung von Prädiktor-Effekten im Zwei-Ebenen- Regressionsmodell | 132 |
| 4.4 | Stichprobenbeschreibung des Organisationssurveys | 136 |
| 4.4.1 | Stichprobe der Organisationsdiagnostik | 136 |
| 4.4.2 | Stichprobe der Routinedaten | 144 |
| 4.4.3 | Validierung des normativen Reha-Erfolgs „Leistungsfähigkeit im alten Beruf“ | 149 |
| 5 | Ergebnisse der Hypothesentestung..... | 154 |
| 5.1 | „High“ und „low performer“: Organisationsressourcen, mitarbeiterorientierte Leistungsbereitschaft und Versorgungsqualität im Einrichtungsvergleich | 154 |
| 5.1.1 | Organisationsressourcen und immaterielle Arbeitsbedingungen..... | 155 |
| 5.1.2 | Mitarbeiterbezogene Leistungsbereitschaft | 165 |
| 5.1.3 | Rehabilitative Versorgungsqualität | 167 |
| 5.2 | Die Bedeutung des organisationsbezogenen Kontextes für die mitarbeiterbezogene Leistungsbereitschaft und die Versorgungsqualität | 173 |
| 5.3 | Die Bedeutung der organisationsbezogenen Ressourcen für den normativen Reha-Erfolg..... | 179 |
| 5.3.1 | Normativer Reha-Erfolg im (adjustierten) Einrichtungsvergleich | 179 |
| 5.3.2 | Der Einfluss des Netzwerkkapitals auf die „Ko-Produktion von Gesundheit“ – Ein logistisches Zwei-Ebenen Regressionsmodell..... | 186 |
| 5.4 | Sozialkapital in Abhängigkeit von strukturellen Merkmalen der Organisation | 192 |

| | | |
|----------|--|---------------|
| 6 | Diskussion der empirischen Analysen unter Berücksichtigung theoretischer Vorannahmen | 196 |
| 6.1 | Sozialkapital im Einrichtungsvergleich..... | 196 |
| 6.2 | Kooperation in der medizinischen Rehabilitation | 197 |
| 6.3 | „Ko-Produktion von Gesundheit“ und geschlechtsspezifische Unterschiede..... | 200 |
| 6.4 | Abschließende Betrachtung, Einordnung und Limitationen der empirischen Analysen | 202 |
| 7 | Schlussfolgerungen..... | 207 |
| 8 | Literaturverzeichnis | 211 |
| | <i>Anhang 1: Skalen des Fragebogens.....</i> | <i>xii</i> |
| | <i>Anhang 2: Ergebnisse der Hauptkomponentenanalyse und Reliabilitätsprüfung der eingesetzten Skalen.....</i> | <i>xvi</i> |
| | <i>Anhang 3: Hauptkomponentenanalyse zur Überprüfung der Dimensionalität der Skalen Teamorientierung und Wertekapital.....</i> | <i>xxiv</i> |
| | <i>Anhang 4: Statistisches Glossar.....</i> | <i>xxv</i> |
| | <i>Eidesstattliche Versicherung und Erklärung.....</i> | <i>xxviii</i> |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-----------|---|
| AHB | <i>Anschlussheilbehandlung</i> |
| AR | <i>Anschlussrehabilitation</i> |
| AU-Tage | <i>Arbeitsunfähigkeitstage</i> |
| BAR | <i>Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation</i> |
| BGM | <i>Betriebliches Gesundheitsmanagement</i> |
| BIP | <i>Bruttoinlandsprodukt</i> |
| BISI | <i>Bielefelder-Sozialkapital-Index</i> |
| COPSOQ | <i>Copenhagen Psychosocial Questionnaire</i> |
| DNVF | <i>Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung</i> |
| d.f. | <i>Degrees of freedom (Freiheitsgrade)</i> |
| DGQ | <i>Deutsche Gesellschaft für Qualität</i> |
| DIMDI | <i>Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information</i> |
| DRV | <i>Deutsche Rentenversicherung</i> |
| E-Bericht | <i>Entlassungsbericht</i> |
| GKV | <i>Gesetzliche Krankenversicherung</i> |
| GUV | <i>Gesetzliche Unfallversicherung</i> |
| HLM | <i>Hierarchical Linear and Nonlinear Modeling</i> |
| KTL | <i>Klassifikation therapeutischer Leistungen</i> |
| LORE | <i>„Leistungssteigerung durch zielgerichtete Organisationsentwicklung von Reha-Einrichtungen“</i> |
| ICC | <i>Intra-Class-Correlation-Coefficient</i> |
| ICD-10 | <i>International Classification of Diseases (Version 10)</i> |
| ICF | <i>International Classification of Functioning, Disability and Health</i> |
| N | <i>Number (Anzahl Grundgesamtheit)</i> |
| n | <i>Number (Anzahl Stichprobe)</i> |
| NHS | <i>National Health Service</i> |
| OB | <i>Organizational Behavior</i> |
| OR | <i>Odds Ratio</i> |
| <i>p</i> | <i>Probability (Signifikanz)</i> |
| PCA | <i>Principal Component Analysis (Hauptkomponentenanalyse)</i> |
| ProSoB | <i>Produktivität von Sozialkapital in Betrieben</i> |
| QM | <i>Qualitätsmanagement</i> |
| QS | <i>Qualitätssicherung</i> |
| RSD | <i>Reha-Statistik-Datenbasis</i> |
| SALSA | <i>Salutogenetische Subjektive Arbeitsanalyse</i> |
| SCOHS | <i>Social Capital and Occupational Health Standard</i> |

| | |
|---------------------|--|
| S.D. (σ_x) | <i>Standard Deviation (Standardabweichung des arithmetischen Mittel)</i> |
| S.E. | <i>Standard Error (Standardfehler)</i> |
| SGB | <i>Sozialgesetzbuch</i> |
| TDM | <i>Total Design Method</i> |
| VIF | <i>Variance Inflation Factor</i> |
| \bar{x} | <i>Arithmetisches Mittel</i> |

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

| <u>Abbildung</u> | Seite |
|--|--------------|
| Abb. 1 Sozialkapital als Basis für die „Ko-Produktion von Gesundheit“ | 99 |
| Abb. 2 Modell der „high performance“ Organisation in der medizinischen Rehabilitation modelliert nach dem Bielefelder Unternehmensmodell von Badura et al. (2013) | 101 |
| Abb. 3 Umsetzung des Organisationssurveys | 114 |
| Abb. 4 League-Tabelle Sozialkapital (einrichtungsbezogenes arithmetisches Mittel mit 95%-Konfidenzintervall) | 155 |
| Abb. 5 League-Tabelle Netzwerkkapital (einrichtungsbezogenes arithmetisches Mittel mit 95%-Konfidenzintervall) | 156 |
| Abb. 6 League-Tabelle Wertekapital (einrichtungsbezogenes arithmetisches Mittel mit 95%-Konfidenzintervall) | 156 |
| Abb. 7 League-Tabelle Führungskapital (einrichtungsbezogenes arithmetisches Mittel mit 95%-Konfidenzintervall) | 157 |
| Abb. 8 Mittelwertvergleiche für Sozialkapital in Abhängigkeit der Faktorstufen <i>Berufsgruppe</i> und <i>Führungsverantwortung</i> (n=1.573) | 159 |
| Abb. 9 Mittelwertvergleiche für Sozialkapital in Abhängigkeit der Faktorstufen <i>Beschäftigungsdauer</i> und <i>Führungsverantwortung</i> (n=1.586) | 161 |
| Abb. 10 League-Tabelle Sinnhaftigkeit der Arbeit (einrichtungsbezogenes arithmetisches Mittel mit 95%-Konfidenzintervall) | 163 |
| Abb. 11 League-Tabelle Partizipationsmöglichkeiten bei der Arbeit (einrichtungsbezogenes arithmetisches Mittel mit 95%-Konfidenzintervall) | 164 |
| Abb. 12 League-Tabelle Rollenklarheit bei der Arbeit (einrichtungsbezogenes arithmetisches Mittel mit 95%-Konfidenzintervall) | 164 |
| Abb. 13 League-Tabelle Wohlbefinden (einrichtungsbezogenes arithmetisches Mittel mit 95%-Konfidenzintervall) | 166 |
| Abb. 14 League-Tabelle Commitment (einrichtungsbezogenes arithmetisches Mittel mit 95%-Konfidenzintervall) | 167 |

| | | |
|----------------|---|-----|
| Abb. 15 | League-Tabelle Qualität der berufsgruppenübergreifenden Teamorientierung (einrichtungsbezogenes arithmetisches Mittel mit 95%-Konfidenzintervall) | 171 |
| Abb. 16 | Mittelwertvergleiche für die Qualität berufsgruppenübergreifender Teamorientierung in Abhängigkeit der Faktorstufen <i>Berufsgruppe</i> und <i>Führungsverantwortung</i> (n=707) | 172 |
| Abb. 17 | Roher Einrichtungsvergleich für orthopädische AHB-Rehabilitanden (Männer) mit einem positiven Entlassungsurteil (Anteil in %) | 181 |
| Abb. 18 | Adjustierter Einrichtungsvergleich für orthopädische AHB-Rehabilitanden (Männer); einrichtungsbezogene Regressionsresiduen mit 95%-Konfidenzintervall | 181 |
| Abb. 19 | Roher Einrichtungsvergleich für orthopädische AHB-Rehabilitanden (Frauen) mit einem positiven Entlassungsurteil (Anteil in %) | 182 |
| Abb. 20 | Adjustierter Einrichtungsvergleich für orthopädische AHB-Rehabilitanden (Frauen); einrichtungsbezogene Regressionsresiduen mit 95%-Konfidenzintervall | 182 |
| Abb. 21 | Roher Einrichtungsvergleich für AHB-Rehabilitanden mit Herz-Kreislauf-erkrankungen (Männer) mit einem positiven Entlassungsurteil (Anteil in %) | 183 |
| Abb. 22 | Adjustierter Einrichtungsvergleich für AHB-Rehabilitanden mit Herz-Kreislauf-erkrankungen (Männer); einrichtungsbezogene Regressionsresiduen mit 95%-Konfidenzintervall | 183 |
| Abb. 23 | Roher Einrichtungsvergleich für orthopädische Rehabilitanden im allgemeinen Antragsverfahren (Männer) mit einem positiven Entlassungsurteil (Anteil in %) | 184 |
| Abb. 24 | Adjustierter Einrichtungsvergleich für orthopädische Rehabilitanden im allgemeinen Antragsverfahren (Männer); einrichtungsbezogene Regressionsresiduen mit 95%-Konfidenzintervall | 184 |
| Abb. 25 | Roher Einrichtungsvergleich für orthopädische Rehabilitanden im allgemeinen Antragsverfahren (Frauen) mit einem positiven Entlassungsurteil (Anteil in %) | 185 |
| Abb. 26 | Adjustierter Einrichtungsvergleich für orthopädische Rehabilitanden im allgemeinen Antragsverfahren (Frauen); einrichtungsbezogene Regressionsresiduen mit 95%-Konfidenzintervall | 185 |

| <u>Tabelle</u> | | Seite |
|-----------------------|--|--------------|
| Tab. 1 | Beschreibung der Stichprobe der 21 stationären Reha-Einrichtungen (Erhebungsjahr 2013) | 109 |
| Tab. 2 | Einrichtungsspezifische Rücklaufquoten | 113 |
| Tab. 3 | Ausgewählte Skalen und Items des Messinstrumentes | 116 |
| Tab. 4 | Prototypisches Item der eingesetzten Skalen | 118 |
| Tab. 5 | Stichprobe der Organisationsdiagnostik nach Berufsgruppe | 136 |

| | | |
|----------------|--|-------|
| Tab. 6 | Personenbezogene Merkmale der Stichprobe der Organisationsdiagnostik | 138 |
| Tab. 7 | Stichprobe der Organisationsdiagnostik: Berufsgruppe nach Geschlecht | 139 |
| Tab. 8 | Stichprobe der Organisationsdiagnostik: Führungsverantwortung nach Geschlecht | 139 |
| Tab. 9 | Verteilung ausgewählter Variablen (Histogramm mit Normalverteilungskurve) | 142f. |
| Tab. 10 | Stichprobe der männlichen Rehabilitanden mit muskuloskeletalen Erkrankungen und Krankheiten des Bindegewebes | 145 |
| Tab. 11 | Stichprobe der weiblichen Rehabilitanden mit muskuloskeletalen Erkrankungen und Krankheiten des Bindegewebes | 146 |
| Tab. 12 | Stichprobe der AHB-Rehabilitanden mit Herz-Kreislaufkrankungen (Männer und Frauen) | 148 |
| Tab. 13 | Zusammenhangsanalyse zur Validierung des normativen Reha-Erfolgs; Männer mit AHB-Maßnahme in 12 Reha-Einrichtungen (Orthopädie) | 149 |
| Tab. 14 | Zusammenhangsanalyse zur Validierung des normativen Reha-Erfolgs; Männer im allgemeinen Antragsverfahren in 14 Reha-Einrichtungen (Orthopädie) | 150 |
| Tab. 15 | Zusammenhangsanalyse zur Validierung des normativen Reha-Erfolgs; Frauen mit AHB-Maßnahme in 12 Reha-Einrichtungen (Orthopädie) | 151 |
| Tab. 16 | Zusammenhangsanalyse zur Validierung des normativen Reha-Erfolgs; Frauen im allgemeinen Antragsverfahren in 14 Reha-Einrichtungen (Orthopädie) | 151 |
| Tab. 17 | Zusammenhangsanalyse zur Validierung des normativen Reha-Erfolgs; Männer mit AHB-Maßnahme in 5 Reha-Einrichtungen (Herz-Kreislaufkrankungen) | 152 |
| Tab. 18 | Einrichtungsbezogener Jahresvergleich des normativen Reha-Erfolgs (% an Rehabilitanden mit positiver Erwerbsfähigkeitsprognose) | 153 |
| Tab. 19 | Einfaktorielle Varianzanalyse mit der abhängigen Variable Sozialkapital (Gruppierungsvariable: Berufsgruppe) | 158 |
| Tab. 20 | Zweifaktorielle Varianzanalyse für die Variable Sozialkapital in Abhängigkeit der Faktorstufen <i>Berufsgruppe</i> und <i>Führungsverantwortung</i> | 160 |
| Tab. 21 | Einfaktorielle Varianzanalyse mit der abhängigen Variable Sozialkapital (Gruppierungsvariable: Beschäftigungsdauer) | 161 |
| Tab. 22 | Zweifaktorielle Varianzanalyse für die Variable Sozialkapital in Abhängigkeit der Faktorstufen <i>Führungsverantwortung</i> und <i>Beschäftigungsdauer</i> | 162 |
| Tab. 23 | Beurteilung der interdisziplinären Zusammenarbeit in Reha-Einrichtungen | 169 |
| Tab. 24 | Beurteilung der Transparenz im Umgang mit Problemen im Team (Problemkultur) | 170 |

| | | |
|----------------|---|-----|
| Tab. 25 | Einfaktorielle Varianzanalyse mit der abhängigen Variablen berufsgruppenübergreifende Teamorientierung (Gruppierungsvariable: Beschäftigungsdauer) | 171 |
| Tab. 26 | Multivariates, lineares Regressionsmodell zur Vorhersage des subjektiven Wohlbefindens der Mitarbeiter | 174 |
| Tab. 27 | Multivariates, lineares Regressionsmodell zur Vorhersage des Commitments der Mitarbeiter | 175 |
| Tab. 28 | Korrelation (ρ) zwischen Sozialkapital und erlebter Interdisziplinarität | 176 |
| Tab. 29 | Multivariates, lineares Regressionsmodell zur Vorhersage der Qualität berufsgruppenübergreifender Teamorientierung | 177 |
| Tab. 30 | Multivariates, logistisches Regressionsmodell zur Vorhersage des Vorhandenseins einer transparenten Problemlkultur | 178 |
| Tab. 31 | Logistisches Zwei-Ebenen Random-Intercept-Model zur Vorhersage des Entlassungsurteils „Leistungsfähigkeit im alten Beruf“ bei AHB-Rehabilitanden in der Orthopädie (Modelle sind unabhängig voneinander modelliert worden) | 187 |
| Tab. 32 | Logistisches Zwei-Ebenen Random-Intercept-Model zur Vorhersage des Entlassungsurteils „Leistungsfähigkeit im alten Beruf“ bei AHB-Rehabilitanden mit Herzkreislaufkrankungen | 189 |
| Tab. 33 | Logistisches Zwei-Ebenen Random-Intercept-Model zur Vorhersage des Entlassungsurteils „Leistungsfähigkeit im alten Beruf“ bei Rehabilitanden der Orthopädie im allg. Antragsverfahren (Modelle sind unabhängig voneinander modelliert worden) | 191 |
| Tab. 34 | Random-Intercept-Model zur Vorhersage des Vorrats an Sozialkapital (z-standardisiert) in Abhängigkeit von der Auslastungsquote (in %) | 192 |
| Tab. 35 | Random-Intercept-Model zur Vorhersage des Vorrats an Sozialkapital (z-standardisiert) in Abhängigkeit von der Einrichtungsgröße (gemessen an der Bettenanzahl) | 193 |
| Tab. 36 | Random-Intercept-Model zur Vorhersage des Vorrats an Sozialkapital (z-standardisiert) in Abhängigkeit von dem Vorhandensein eines BGM-Systems | 194 |
| Tab. 37 | Korrelation (ρ) zwischen den Subkomponenten von Sozialkapital und Beurteilung von QM-Maßnahmen sowie Qualitätszirkeln | 195 |

Zusammenfassung der Dissertation

Hintergrund: Seit vielen Jahren zeigen wissenschaftliche Untersuchungen, dass die Versorgungssituation und patientenseitige Chancen auf einen optimalen Behandlungserfolg zwischen Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung auf unbegründete Weise variieren. Um damit einhergehende Qualitätsunterschiede frühzeitig aufzudecken und ihnen systematisch entgegenwirken zu können, implementieren Entscheidungsträger vielfach Maßnahmen und Instrumente, mithilfe derer die Versorgung standardisiert und formalisiert werden soll. Unzureichend berücksichtigt bleibt in diesem Zusammenhang, dass eine hohe Versorgungsqualität und (Behandlungs-) Erfolge entscheidend davon abhängen, inwieweit eine Kooperation zwischen allen Personen gelingt, die an einem Behandlungsprozess beteiligt sind (*Ko-Produzententhesen*). Diese Einsicht begründet die Annahme, dass die Qualität der Behandlung nicht nur eine Frage standardisierter Rahmenbedingungen und klinischer Parameter sein kann, sondern immer auch eine Frage des „Vertrauens“ ist. Schließlich ist Vertrauen als Voraussetzung dafür aufzufassen, dass Menschen zu gemeinsamen Handlungen fähig sind und definierte Ziele (z.B. Behandlungserfolge) erreichen können. Mit Blick auf die Variation in der gesundheitlichen Versorgung ist die These aufzustellen, dass Vertrauen, verstanden als Merkmal der Einrichtung, in Abhängigkeit des Vorrats an organisationsbezogenem sozialem Kapital variiert. Dabei dient der Sozialkapitalansatz als Theorie mittlerer Reichweite einer weiterführenden Erklärung leistungsfähiger Organisationen der gesundheitlichen Versorgung.

Fragestellung und Zielsetzung: Im Zentrum der vorliegenden Arbeit steht die Frage nach der Bedeutung des *organisationalen Handelns* für das Versorgungsgeschehen. Am Beispiel der medizinischen Rehabilitation wird dieses sowohl aus theoretischer als auch empirischer Perspektive beleuchtet; hierzu bedient sich die Arbeit an Konzepten und Erkenntnissen aus den Gesundheits- und Sozialwissenschaften, der Mikrosoziologie, der Sozialpsychologie und der Neurobiologie. Damit wird eine bewusste Abgrenzung sowohl von einer einseitig medizinorientierten als auch einer betriebswirtschaftlich ausgerichteten Betrachtung auf die Versorgungsqualität vorgenommen. Das wissenschaftliche Erkenntnisinteresse liegt in einer anwendungsorientierten Grundlagenforschung, die die „Leistungsfähigkeit von Organisationen der gesundheitlichen Versorgung“ zum Gegenstand hat. Leistungsfähigkeit wird dabei an dem Gelingen kooperativer Handlungen zugunsten von definierten Organisationszielen gemessen. Generierte Ergebnisse dienen zur Entwicklung einer Argumentationsgrundlage, um Entscheidungsträger dafür zu sensibilisieren, dass Qualität in erster Linie durch die Professionellen und Semi-Professionellen gestaltet wird. Eine Investition in (gesundheits-) förderliche Arbeitsbedingungen verspricht deshalb immer auch eine Investition in die Chancen der Rehabilitanden auf einen optimalen Behandlungserfolg.

Forschungsdesign: Das Studiendesign stellt ein quantitativer Organisationssurvey mit 18 stationären Reha-Einrichtungen der Indikationsschwerpunkte Orthopädie und/ oder Kardiologie dar. Das organisationale Handeln wurde mittels standardisierter schriftlicher Organisationsdiagnostik erhoben; in die Auswertung eingeschlossen wurden 1.654 Mitarbeiterurteile. Die Operationalisierung eines normativen Reha-Erfolgs auf Seiten der Rehabilitanden basierte auf Routinedaten zweier großer Rentenversicherungsträger. 31.215 ärztliche Entlassungsberichte wurden hinsichtlich der Prognose zur Erwerbsfähigkeit unter Berücksichtigung des sechs-Monats-Verlaufs der Rentenantragsstatistik ausgewertet.

Statistische Analyseverfahren: Neben bivariaten und multivariaten Analyseverfahren mit SPSS (Version 20), wurden Zwei-Ebenen logistische Regressionsanalysen in HLM modelliert, im Rahmen derer die Datensätze der Organisationsdiagnostik mit den patientenseitigen Routedaten zueinander in Bezug gestellt wurden.

Ergebnisse: Random-Intercept-Only-Modelle zeigen, dass sowohl das organisationsbezogene Sozialkapital als auch immaterielle Arbeitsbedingungen zwischen den Reha-Einrichtungen der Untersuchungsstichprobe überzufällig variieren. Differenzierte Analysen der einrichtungsinternen Varianz lassen dabei den Schluss zu, dass das soziale Kapital gemäß theoretischen Vorannahmen als kollektive Ressource der Organisation zu interpretieren ist; zu differenzieren ist dabei zwischen den drei Komponenten Netzwerk-, Werte- und Führungskapital des Bielefelder Unternehmensmodells. In der Gesamtschau zeigen die empirischen Ergebnisse, dass ein ausgewogenes Verhältnis der Komponenten sozialen Kapitals als entscheidende Ressource zur Gewährleistung einer hohen Leistungsbereitschaft der Mitarbeiter, berufsgruppenübergreifender Austausch- und Abstimmungsprozesse sowie patientenseitiger Erfolge zu verstehen ist. Damit kann der theoretisch herzuleitende Einfluss der drei Subkomponenten auch empirisch bestätigt werden: Während das Werte- und Führungskapital in erster Linie ein Potenzial für das Funktionieren des innerbetrieblichen Geschehens verspricht, ist dem Netzwerkkapital ein Einfluss auf patientenseitige Outcomes zuzuschreiben. Für letztgenannten Zusammenhang, der kontrolliert für personenbezogene Merkmale auf Seiten der Rehabilitanden mittels Random-Intercept-Modellen analysiert wurde, ist ein geschlechtsspezifischer Effekt nicht auszuschließen; diesbezüglich besteht weiterer Forschungsbedarf. Außerdem herauszustellen bleibt die empirische Beobachtung, dass Ärzte Kriterien einer hohen rehabilitativen Versorgungsqualität im Vergleich zu allen übrigen Berufsgruppen positiver beurteilen. Eine Erklärung hierfür findet sich in der historisch gewachsenen professionellen Dominanz. Für die Qualität der Versorgung bleibt deshalb nach wie vor zu betonen, dass die Rolle der Ärzte im interdisziplinären Team besondere Beachtung erfahren muss.

Schlussfolgerungen: Die empirischen Analysen verdeutlichen insgesamt, dass erfolgreiche Organisationen der gesundheitlichen Versorgung das interne Handeln auf der Basis von Vertrauen selbst organisieren. Das organisationale Geschehen fußt dabei im Wesentlichen auf einem gemeinsam geteilten Wertesystem. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass von extern auferlegte Steuerungsversuche an Grenzen stoßen können, wenn sie diesem Selbstverständnis entgegenstehen. Für die medizinische Rehabilitation bleibt insgesamt zu schlussfolgern, dass unter den aktuellen Gegebenheiten eine hohe Versorgungs- und Behandlungsqualität gewährleistet wird und die Einrichtungen demnach ihrem sozialen Auftrag gerecht werden können; wenngleich eine einrichtungsbezogene Variation bereits heute besteht. Abzuwarten bleiben jedoch die Folgen der im Gesundheitswesen zu beobachtenden Entwicklung zunehmender Ökonomisierungstrends. Eine grundsätzliche Diskussion über die Bemühungen mittels Rationierung und Rationalisierung einen zielgerichteten Einsatz der solidarisch getragenen Mittel zu gewährleisten, kann diese Arbeit nicht leisten. Dennoch ist kritisch darauf zu verweisen, dass es fraglich ist, inwieweit eine zunehmende betriebswirtschaftlich ausgerichtete Orientierung in der Versorgung dazu beiträgt, dass soziales Kapital als entscheidende Ressource der „Ko-Produktion von Gesundheit“ langfristig erodiert.

1 Einführung in die Arbeit¹

Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung sind hochkomplexe Organisationen, die unter Nutzung professioneller Hilfsmittel medizinische, therapeutische oder pflegerische Leistungen anbieten; zu nennen sind hier beispielsweise Krankenhäuser, Arztpraxen oder Rehabilitationseinrichtungen². Möchte man die Frage danach beantworten, ob eine solche Einrichtung Leistungen gemäß einem hohen Qualitätsniveau erbringt, so ist vorerst zu klären, aus welcher Perspektive man das Versorgungsgeschehen betrachten möchte. Dieses ist deshalb notwendig, da bislang eine einheitliche Definition von *Versorgungsqualität* fehlt. Für die Kostenträger geht es bei dieser Frage in erster Linie darum, ob die von ihnen eingesetzten Ressourcen auch effizient genutzt werden. Die Patienten³ haben hingegen das Ziel vor Augen, dass mit einer Behandlung ein gewünschtes Ergebnis erreicht wird (z.B. Lebensqualitätssteigerung). Für die Einrichtungen bemisst sich die Qualität im Wesentlichen daran, ob die Leistungen dem allgemein anerkannten Wissenstand (Evidenzbasierung) genügen (Geraedts 2014). Die hier vorliegende Arbeit folgt einer Definition, die der Europarat im Jahre 1998 zugrunde legte:

„Versorgungsqualität ist der Grad, in dem die Behandlung die Chancen des Patienten erhöht, das gewünschte Ergebnis zu erzielen, und die Chancen unerwünschter Ereignisse nach dem aktuellen Wissensstand vermindert.“ (Europarat 1998, Kapitel 2.2).

Das damit charakterisierte Begriffsverständnis von Qualität schließt sowohl die Perspektive der Patienten als auch die der Einrichtungen ein. Dabei ist bereits an dieser Stelle darauf zu verweisen, dass sich die Leistungsfähigkeit von Organisationen im Rahmen der Arbeit stets an normativen Zielsetzungen bemisst; im Fokus steht der Patient, an dem sich alles Handeln ausrichtet.

Genau wie in anderen Branchen ist auch für das Gesundheitswesen anzunehmen, dass „leistungsfähige“ und „weniger leistungsfähige Einrichtungen“ zugleich existieren.

¹ Die vorliegende Dissertation wurde im Rahmen des Forschungsprojekts LORE angefertigt und greift auf die hier erhobene Datengrundlage zurück. Das LORE-Projekt ist in der Zeit von Mai 2012 bis April 2014 unter der Leitung von Herrn Dr. Thomas Schott, M.A. an der Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Zentrum für Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaften durchgeführt worden. Die Autorin der hier vorliegenden Dissertation war maßgeblich an dem Projektantrag beteiligt und für die Projektdurchführung zuständig.

² Davon abzugrenzen sind Nicht-Versorgungseinrichtungen, die selber keine Gesundheitsleistungen anbieten, aber mittels Steuerung und Planung Versorgungseinrichtungen in ihren Tätigkeiten unterstützen und überprüfen (Pfaff et al. 2009). Der besseren Lesbarkeit halber werden die Ausdrücke „Einrichtung der gesundheitlichen Versorgung“ und „Gesundheitseinrichtung“ in dieser Arbeit synonym für die Versorgungseinrichtung genutzt.

³ Der besseren Lesbarkeit halber wird in dieser Arbeit ausschließlich die männliche Form verwendet. Gemeint sind jedoch stets die männliche und weibliche Form.

Betrachtet man beispielsweise unterschiedliche Drogeriemärkte und führt sich die erst kürzlich in den Medien zu verfolgende Insolvenz einer der großen Ketten vor Augen, so liegt der Schluss nahe, dass es nicht nur das Sortiment sein kann, das eine Organisation erfolgreich und damit leistungsfähig macht. Vielmehr bedarf es immer auch eines Blickes auf die Ausgestaltung der Arbeitsorganisation, die Prozessabläufe oder das zwischenmenschliche Miteinander bzw. die vorherrschende Kultur. Insbesondere in Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung sollte solchen Rahmenbedingungen neben dem klinischen Behandlungsprogramm zunehmend Aufmerksamkeit gewidmet werden. Schließlich muss davon ausgegangen werden, dass derlei Rahmenbedingungen nicht nur einen Einfluss auf die Beschäftigten ausüben, sondern immer auch auf die Patienten und deren Bereitschaft, aktiv an einer Behandlung zu partizipieren. Um einen Beitrag zur Sicherstellung hoher Versorgungsqualität und leistungsfähiger Organisationen zu ermöglichen, bedarf es einer systematischen Qualitätsforschung, die neben den medizin-technischen Leistungen auch das *organisationale Handeln* betrachtet, das sich komplexen System-Umwelt-Beziehungen unterordnen muss (Badura et al. 1993).

Organisationsforschung sollte neben klinischer Forschung nicht nur in Wissenschaft und Politik, sondern auch in der Praxis größere Aufmerksamkeit erfahren. Anzunehmen ist, dass das Thema insbesondere in Anbetracht der zu beobachtenden Veränderungen im Gesundheitswesen künftig an Brisanz gewinnen wird. So müssen Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung ökonomischen Engpässen, einem gesellschaftlichen und demografischen Wandel, politischen Reformen und dem technischen Fortschritt zugleich gerecht werden, ohne dabei das alltägliche Versorgungsgeschehen zu vernachlässigen. Damit die Organisationen, die an sie gestellten Erwartungen langfristig erfüllen können, finden in der Praxis zunehmend Maßnahmen Einzug, die eine hohe Leistungsfähigkeit der Einrichtungen unterstützen sollen; zu nennen sind hier beispielsweise Instrumente der Qualitätsentwicklung oder ergebnisorientierte Vergütungssysteme. Inwieweit derlei Maßnahmen normativ gesetzte Leistungsziele, wie eine hohe Versorgungsqualität, begünstigen können, ist in der wissenschaftliche Debatte nicht abschließend zu beantworten. Konzepte und Verfahren der Qualitätsverbesserung stehen nach wie vor unter kritischer Beobachtung: Zum einen gewinnen sie zunehmend an Komplexität und tragen damit zu Intransparenz und Unsicherheit bei (Iseringhausen 2014). Zum anderen werden die Organisationen oftmals unreflektiert als Wirtschaftsunternehmen betrachtet (z.B. Klatetzki 2010). Die besonderen Gegebenheiten, unter denen die gesundheitliche Versorgung in den Organisationen erbracht wird, finden hingegen ungenügend Berücksichtigung.

Die hier vorliegende Dissertation nimmt sich der skizzierten Kritik an und verfolgt das Ziel, ein grundlegendes Verständnis von Möglichkeiten und Grenzen der Leistungssteuerung zugunsten hoher Versorgungsqualität in Organisationen darzulegen; hierzu bedarf es sowohl theoretischer als auch empirischer Erkenntnisse. Damit wird der Blick bewusst auf die Organisation und nicht auf den Patienten gelegt; wobei zu betonen ist, dass der Patient stets als Teil des sozialen Systems mitgedacht wird. Richtungsweisend für die Arbeit ist das folgende Statement von Ramanujam und Rousseau aus dem Jahre 2006: „*The challenges are organisational not just clinical.*“ (S. 811). Um dem Leser die Relevanz eines damit implizierten Perspektivwechsels auf das Versorgungsgeschehen näher zu bringen, beginnt dieses erste Kapitel mit einigen einleitenden Worten zur Verortung der Arbeit, zum Forschungsgegenstand sowie zur Akzent- und Zielsetzung der Dissertation.

1.1 Verortung der Arbeit: Organisationsbezogene Versorgungsforschung und „Organizational Behavior“

Die Dissertation ist in den Gesundheitswissenschaften/ Public Health angefertigt worden. Diese im deutschsprachigen Raum oftmals synonym verwendeten Begriffe umschreiben ein interdisziplinäres Arbeitsgebiet der Gesundheitsforschung. Unter letzterem werden neben der Public-Health-Forschung außerdem die klinische und die biomedizinische Forschung subsummiert (Schwartz 1998). Die DGPH definiert das Fachgebiet Public Health wie folgt:

„Public Health ist – in Anlehnung an international verbreitete Definitionen (Winslow, Acheson, WHO) – die Wissenschaft und Praxis zur Vermeidung von Krankheiten, zur Verlängerung des Lebens und zur Förderung von psychischer und physischer Gesundheit unter Berücksichtigung einer gerechten Verteilung und einer effizienten Nutzung der vorhandenen Maßnahmen. [...] Public Health konzentriert sich auf die Bevölkerung und erweitert dadurch die Perspektive der klinischen Medizin, die sich in erster Linie auf Individuen und Krankheiten richtet.“ (DGPH 2012, S.1).

Public Health beschäftigt sich demzufolge sowohl mit Determinanten von Gesundheit und Krankheit als auch mit Fragen zur Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit, Qualität und (Bedarfs-) Gerechtigkeit gesundheitlicher Versorgung; anders als die kurative Medizin wird eine präventive und gesundheitsförderliche Ausrichtung verfolgt. In Deutschland wurde die Public-Health-Forschung erst vor ca. 20 Jahren wieder aufgenommen und

intensiviert⁴, wenngleich darauf zu verweisen ist, dass Vorsorge für Gesundheit und Verhütung von Krankheit bereits in der Antike aus gesellschaftlicher Perspektive thematisiert wurden und Deutschland bis zum ersten Drittel des 20. Jahrhunderts auf nennenswerte Erfolge in der öffentlichen Gesundheit zurückblicken kann (Schott & Hornberg 2011). Die Bandbreite der Themen und Forschungsgebiete von Public Health ist mittlerweile vielfältig. Als international anschlussfähig gelten die Epidemiologie, die Präventionsforschung, die life-course-Forschung, die Partizipationsforschung, die Gesundheitssystemforschung sowie die Versorgungsforschung (DGPH 2012).

Diese Arbeit ist in der Versorgungsforschung und hier wiederum in der *organisationsbezogenen Versorgungsforschung* zu verorten. Im Speziellen fokussiert sich die Untersuchung auf das organisationale Handeln in Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung. Im anglo-amerikanischen Raum hat sich ein eigenes Fachgebiet entwickelt, das organisationales Handeln systematisch untersucht und unter dem Begriff *organizational Behavior* zusammengefasst ist; dabei findet keine Beschränkung auf Gesundheitseinrichtungen statt. Auch in Deutschland werden Themen, die diesem Fachgebiet zuzuordnen sind, seit längerer Zeit bearbeitet, eine eigene Disziplin hat sich bislang nicht herausgebildet. Nachfolgend sind deshalb sowohl die „organisationsbezogene Versorgungsforschung“ als auch „Organizational Behavior“ zu charakterisieren und zueinander in Bezug zu setzen.

Organisationsbezogene Versorgungsforschung

Inhalt dieser Teildisziplin der Versorgungsforschung⁵ ist der organisationsbezogene Kontext (Prozesse, Strukturen, Kultur) und dessen Bedeutung für die Leistungsfähigkeit einer Gesundheitseinrichtung. Damit werden nicht nur das organisationale Handeln, sondern auch formale Strukturen und Prozesse betrachtet. „Leistungsfähigkeit“ bemisst sich dabei nicht in erster Linie an betriebswirtschaftlichen Kennzahlen, sondern vielmehr in einem normativen Sinne an patientenseitigen Outcomes (z.B. Behandlungsergebnis, Patientenzufriedenheit) (Pfaff et al. 2009).

⁴ Ein entscheidender Grund für die verzögerte Anschlussfähigkeit der deutschen Public-Health-Forschung liegt darin, dass das Themenfeld „Sozialhygiene“ im dritten Reich missbräuchlich betrieben wurde. Ein Anknüpfen an die erfolgreiche Tradition der öffentlichen Gesundheit vor dem zweiten Weltkrieg war dadurch moralisch lange Zeit nicht möglich. Dieses ist auch der Anlass dafür, dass bis heute auf eine deutsche Übersetzung von „Public Health“ als „Öffentliche Gesundheit“ verzichtet wird (Schwartz et al. 1999; von Troschke 2002).

⁵ Weitere Teilgebiete sind die Bedarfsforschung, die Inanspruchnahmeforschung, Health Technologie Assessment, Versorgungsökonomie und Versorgungsepidemiologie (Pfaff 2003).

Die DGPH beschreibt die Versorgungsforschung als eine Teildisziplin der Public-Health-Forschung (DGPH 2012). Andere Fachgesellschaften sind der Meinung, dass die Betrachtungsperspektive auf Kranke und Gesundheitsgefährdete eindeutig als Abgrenzungsmerkmal von Public Health aufgefasst werden muss. Damit wird für die Anerkennung der Versorgungsforschung als eigenständige Interdisziplin plädiert (Raspe et al. 2008). Anlass vieler Untersuchungen der Versorgungsforschung sind aktuelle Versorgungsprobleme, bei denen Entscheidungsträger im Gesundheitssystem auf die Generierung wissenschaftlicher Erkenntnisse angewiesen sind (ebd.). Pfaff (2003) bezeichnet den Analyseblick der Versorgungsforschung deshalb auch als „letzte Meile des Gesundheitssystems“ (S. 13). Schmacke (2007) betont, dass man der Versorgungsforschung allerdings nicht gerecht wird, wenn man sie ausschließlich als „versorgungsnaher Anwendungsforschung“ versteht. Vielmehr handelt es sich bei einer Reihe an Untersuchungen auch um reine oder aber anwendungsorientierte Grundlagenforschung (ebd.).

Die generelle Bedeutung der Versorgungsforschung kann darin gesehen werden, dass „Fortschrittsbarrieren“ zielgerichtet mithilfe wissenschaftlicher Untersuchungen offengelegt werden. Alltagspraktische Rahmenbedingungen der Versorgung können die Integration und Akzeptanz von (medizinischen) Fortschritten erschweren, was erhöhte Kosten oder aber eine ethisch nicht vertretbare Variation der Versorgungssituationen nach sich ziehen kann. Neben der Identifizierung von versorgungsrelevanten Problemen geht es in der Versorgungsforschung immer auch um die Frage, inwieweit Schwachstellen beeinflussbar sind (Schmacke 2004). Vertreter der Interdisziplin sehen sich vor diesem Hintergrund dazu verpflichtet, einen Informationstransfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Politik zu leisten („*Science-Practice-and-Policy-Impact*“) (BÄK 2006).

Organizational Behavior

Das Forschungsfeld der *organisationsbezogenen Versorgungsforschung* zeigt mit spezifischer Schwerpunktsetzung Parallelen zu *Organizational Behavior* (OB). In Anglo-Amerika handelt es sich um ein fest etabliertes eigenes Fachgebiet. Seit dem Jahre 1980 wurde der Bedeutung des Forschungsfelds dadurch Ausdruck verliehen, dass erstmals eine gleichnamige Fachzeitschrift⁶ erschien. Gegenstand von OB ist das Handeln von Personen, Gruppen bzw. Organisationseinheiten sowie ganzen Organisationen des Erwerbslebens; je nach Analyseebene kann auch das Zusammenspiel von Umwelt und Organisation Inhalt der Forschung sein. Grundannahme von OB-Analysen

⁶ Bis zum Jahre 1988 wurde die Zeitschrift unter dem Titel *Journal of Occupational Behavior* geführt.

ist eine Wechselwirkung zwischen Individuen und Organisation, die sich im Handeln sowie der Kommunikation und Kooperation unterschiedlicher Akteure niederschlägt (Mark & Dopson 2002; Griffin & Moorhead 2011). Mittels wissenschaftlicher Analysen sollen Antworten auf die Frage gegeben werden, inwieweit das organisationale Handeln mit der Leistungsfähigkeit bzw. der Performanz des gesamten Systems zusammenhängen. Damit ist herauszustellen, dass OB zielgerichtet arbeitet und anwendungsorientiert ist. An dieser Stelle ist anzumerken, dass „Behavior“ wörtlich mit „Verhalten“ zu übersetzen ist. Dieses wird im Behaviorismus als Reiz-Reaktion-Mechanismus verstanden (Miebach 2006; Margraf & Schneider 2009). In dieser Arbeit wird der Begriff „Handeln“ dem „Verhalten“ jedoch vorgezogen, um zum Ausdruck zu bringen, dass das Agieren der Personen im Erwerbsleben vorwiegend bewusst und motiviert ist.

Die empirische Organisationsforschung umfasst neben der Fachrichtung *Organizational Behavior* ebenfalls die Arbeitsschwerpunkte *Organizational Analysis* (OA) und *Organizational Development* (OD)⁷. Ersteres dient zur Beschreibung und Erklärung von Strukturen und damit einhergehenden Zielsetzungen einer Organisation. *Organizational Development* führt die Fachrichtungen OB und OA zusammen, indem gewonnene Erkenntnisse in der Praxis angewandt und kritisch hinterfragt werden (Mark & Dopson 2002). *Organizational Behavior* selbst ist somit keine Business-Funktion zuzuschreiben. Vielmehr ist es als anwendungsorientierte Verhaltenswissenschaft zu verstehen, die sich in der Grundlagenforschung anderer Disziplinen wie der Psychologie, der Sozialpsychologie, der Soziologie und der Anthropologie bedient (Robbins et al. 2010).

Ziel des Fachgebiets OB ist es, Modelle und Methoden zu entwickeln, die das organisationale Handeln abbilden und erklären. Kernthemen sind z.B. Führungsverhalten, interpersonelle Kommunikation, Gruppenprozesse, arbeitsplatzbezogener Stress oder Arbeitsmotivation (Robbins et al. 2010). Hierbei handelt es sich um Phänomene, die erst durch das Zusammenwirken von Individuen und Organisation entstehen. Dabei geht es im Sinne eines „*Positive Organizational Behavior*“ weniger um die Identifizierung von Defiziten, als vielmehr um einen ressourcenorientierten Ansatz, der Anknüpfungspunkte für eine zielgerichtete Leistungssteigerung sozialer Systeme liefert (Luthans 2002). Aussagen zum organisationalen Handeln und ihren Folgen basieren in einem empirischen Untersuchungsdesign auf der kollektiven Bewertung von Phänomenen; Auskunft geben jeweils die einzelnen Individuen. Kausalitäten und Gesetzmä-

⁷ Die *Organisationsentwicklung* ist eine Methode der Organisationsberatung, die stark durch psychologische Theorien geprägt ist. Die Methode ist abzugrenzen von der *Expertenberatung* und der *systemischen Organisationsberatung*.

Bigkeiten können im Zuge dieser Forschung kaum generiert werden, da Zusammenhänge oftmals komplex und multikausal bedingt sind. Ergebnisse sind deshalb zumeist doppeldeutig und ausschließlich in dem jeweiligen Kontext zu interpretieren (Johnson & Olden 2009). Dieses bedeutet allerdings nicht, dass Aussagen, die im Rahmen der OB-Forschung generiert werden, eine geringere Wertigkeit besitzen. Hinzuweisen ist lediglich darauf, dass es sich um eine Arbeitsweise handelt, die sich von den Naturwissenschaften – auch verstanden als „hard science“ – unterscheidet. Theoretische Herleitungen sind in OB-Untersuchungen, die komplexe, soziale Phänomene analysieren, deshalb unabdingbar. Vielfach können darzustellende Zusammenhänge in ihrer Aussagekraft erst dadurch gestützt werden.

An dieser Stelle ist zusammenfassend festzuhalten, dass die in der organisationsbezogenen Versorgungsforschung zu verortende Arbeit einen Fokus auf ein leistungssteigerndes organisationales Handeln („*positive organizational Behavior*“) legt. Hierzu bedient sich die Arbeit insbesondere an Theorien und Erklärungsansätzen der Gesundheitswissenschaften, der Mikrosoziologie⁸, der Sozialpsychologie und der Neurobiologie. Im Zentrum steht eine anwendungsorientierte Grundlagenforschung, deren Ergebnisse im Rahmen einer zielgerichteten Organisationsentwicklung (*Organizational Development*) von Entscheidungsträgern genutzt werden können.

1.2 Gegenstand der Arbeit

Anknüpfend an die dargelegte Analyseperspektive ist nachfolgend der Gegenstand der Arbeit „Einrichtung der gesundheitlichen Versorgung“ als *Organisation* herauszuarbeiten. Das zugrundeliegende Begriffsverständnis basiert dabei im Wesentlichen auf mikrosoziologischen Erklärungsansätzen. Zu beginnen ist mit der Frage, warum die Gesundheitseinrichtung in dieser Arbeit als „Organisation“ und nicht, wie in heutiger Zeit vielfach üblich, als „Unternehmen“ bezeichnet wird. Nach einer traditionellen Begriffsdefinition von Erich Gutenberg zeichnet sich ein Unternehmen durch drei Merkmale aus: Sie sind erwerbswirtschaftlich orientiert – das heißt, sie streben nach Gewinn – und sie unterliegen darüber hinaus dem Prinzip des Privateigentums sowie dem Autonomieprinzip (Domschke & Scholl 2008). Für Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung können diese Merkmale nur unter Einschränkung Geltung beanspruchen.

⁸ Die Mikrosoziologie wird von der Makrosoziologie unterschieden, um zu betonen, dass das soziale Handeln/ zwischenmenschliche Verhalten von Individuen in definierten Einheiten und nicht die Gesellschaft als solche Forschungsgegenstand ist. Dabei wird jedoch kritisch darauf verwiesen, dass eine Zuordnung zu einem der beiden Teildisziplinen schwer fällt, da mikrosoziologisches Geschehen häufig durch gesellschaftliche Ereignisse beeinflusst ist (Schüle 1983). Der Begriff wird an dieser Stelle dennoch verwendet, um hervorzuheben, dass ausschließlich soziales Handeln in Organisationen betrachtet wird.

Während das Autonomieprinzip, das heißt das Anbieten von Leistungen losgelöst von staatlichen Eingriffen, für Gesundheitseinrichtungen nicht bestätigt werden kann, ist der Grad an Gewinnorientierung nach Trägerschaft differenzierter zu betrachten. Insbesondere im Gesundheitswesen gibt es eine Reihe an Einrichtungen, deren Gewinnbestrebung sich ausschließlich auf die Deckung anfallender Fix-Kosten beschränkt. Diese Unternehmen, die keine Gewinnorientierung anstreben, werden als „Non-Profit-Organisationen“ bezeichnet (Vahs & Schäfer-Kunz 2007). Um folglich Einrichtungen unabhängig von ihrer Trägerschaft betrachten zu können, wird eine bewusste Abgrenzung von dem klassischen Unternehmensbegriff vorgenommen und stattdessen von der *Organisation* gesprochen, was definitorisch alle Einrichtungen einschließt.

1.2.1 „Organisation“ – Merkmale und Charakteristika

Der Begriff der *Organisation* kann in unterschiedlichen Kontexten jeweils eine eigene Bedeutung haben. In dem hier betrachteten Zusammenhang ist stets ein statischer Organisationsbegriff gemeint. Das heißt, es geht um die hergestellte Ordnung bzw. Struktur eines Systems. Der Begriff „statisch“ wird verwendet, um eine eindeutige Abgrenzung vom „dynamischen Organisationsbegriff“ vorzunehmen; letzteres meint den Prozess des Organisierens, nicht aber Prozesse des sozialen Systems (Abraham & Büschges 2009). „Statisch“ charakterisiert ganz allgemein den Zustand eines Systems. Zu betonen ist allerdings, dass damit nicht unterstellt wird, dass sich ein solches System nicht weiterentwickeln könnte. Vielmehr ist davon auszugehen, dass Organisationen Gestaltungs- und Entwicklungsmöglichkeiten haben. In der Wissenschaft wird dieses mit dem Begriff der „lernenden Organisation“ oder dem „organisationalen Lernen“ umschrieben (Kluge & Schilling 2000); wenngleich anzumerken ist, dass damit langfristige Entwicklungen charakterisiert werden. Synonym zum „statischen Organisationsbegriff“ wird auch der „institutionelle Organisationsbegriff“ verwendet. Schreyögg (1996) stellt drei zentrale Charakteristika heraus, die Ausdruck einer institutionellen Organisation sind:

- Jede Organisation hat eine spezifische Zweckorientierung. Dabei kann es nicht nur einen Zweck geben sondern durchaus unterschiedliche. Mitglieder können zudem andere individuelle Zwecke verfolgen als die Organisation.
- Die Organisation besteht aus unterschiedlichen Personen, die arbeitsteilig handeln. Die Arbeitsteilung ist dabei so gestaltet, dass sich das Handeln des einzelnen an übergeordneten Organisationszielen ausrichtet. Ein Regelwerk sorgt dafür, dass die an die Organisationsmitglieder gestellten Erwartungen zugunsten der Ziele bzw. des Zwecks erfüllt werden.
- Eine Organisation weist beständige Grenzen auf, die bewusst gesetzt sind. Durch diese Grenzziehung gelingt es einer Organisation eine Mitgliedschaft festzulegen. Mitgliedschaft

zeichnet sich dadurch aus, dass die Personen bereit sind, die an sie gestellten Erwartungen zu erfüllen, um die Ziele der Organisation voranzutreiben (Schreyögg 1996, S. 9f.).

Abraham & Büschges (2009) legen eine Definition der Organisation zugrunde, die die Merkmale nach Schreyögg (1996) im Wesentlichen beinhaltet, zum Teil aber noch spezifiziert. Hier heißt es:

„Von bestimmten Personen gegründetes, zur Verwirklichung spezifischer Zwecke planmäßig geschaffenes, hierarchisch verfasstes, mit Ressourcen ausgestattetes, relativ dauerhaftes und strukturiertes Aggregat (Kollektiv) arbeitsteilig interagierender Personen, das über wenigstens ein Entscheidungs- und Kontrollzentrum verfügt, welches die für die Erreichung des Organisationszweckes notwendige Kooperation zwischen den Akteuren steuert, und dem als Aggregat Aktivitäten oder wenigstens deren Resultate zugerechnet werden können.“ (Abraham & Büschges 2009, S. 58f.).

Für die Leistungsfähigkeit bzw. das Funktionieren moderner Organisationen ist es entscheidend, dass die einzelnen Arbeitsprozesse nicht unabhängig voneinander ausgeführt werden. Vielmehr ist es zwingend erforderlich, dass die Organisationsmitglieder und Organisationseinheiten interagieren; was die beiden dargelegten Definitionen gleichermaßen hervorheben. Organisationen werden vor diesem Hintergrund auch als ein „soziales System“ arbeitsteilig interagierender Personen verstanden (Klatetzki 2010).

Aus organisationssoziologischer Perspektive ist das soziale System in Organisationsteile zu untergliedern. Neben dem Entscheidungs- und Kontrollzentrum, auch verstanden als strategische Spitze, sind der betriebliche Kern, die Mittellinie, die Technostruktur und der Hilfsstab zu nennen. Im betrieblichen Kern findet das eigentliche Geschehen einer Organisation statt. Hier erfolgt je nach Organisationszweck die Produktion von Gütern oder die Bereitstellung von Dienstleistungen. Die Mittellinie stellt das Bindeglied zwischen der strategischen Spitze und dem betrieblichen Kern dar; gemeint ist die mittlere Führungsebene. Die Technostruktur ist insbesondere in komplexen Organisationen vorhanden und wirkt mit Instrumenten der Standardisierung in das Geschehen des betrieblichen Kerns ein (z.B. Qualitätsmanagement). Der Hilfsstab nimmt wiederum Aufgaben wahr, die außerhalb der eigentlichen Arbeitsabläufe liegen, aber den Fortbestand der Organisation dennoch unterstützen (z.B. Presseabteilung) (Mintzberg 1992). Organisationen in modernen Gesellschaften werden jedoch nicht ausschließlich von innen gesteuert. Vielmehr ist jede Organisation immer auch „rechtlich konstituiert“ (Klatetzki 2010). Das bedeutet, dass die Organisationen geltendem Recht unterliegen und sowohl mit Handlungsrechten als auch Handlungspflichten ausgestattet sind. Da-

bei können Organisationen verschiedene Rechtsformen haben, die jeweils spezifische Rechte und Pflichten bedingen.

Die zusammengetragenen Merkmale und Charakteristika beanspruchen auch für Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung Geltung. Diese Organisationen wurden für den übergeordneten Zweck geschaffen, die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen; das Leitziel lässt sich je nach Sektor weiter spezifizieren. Der damit einhergehende gesellschaftliche Auftrag ist – in einem normativen Sinn – zugleich Ziel allen Handelns. Ein definiertes Regelwerk sorgt dafür, dass die einzelnen Organisationsmitglieder zugunsten des übergeordneten Organisationszwecks bzw. -ziels handeln; wenngleich nicht ausgeschlossen ist, dass innerhalb der Organisation auch Zielkonflikte bestehen. Die eigentliche Leistungserbringung – das heißt, die gesundheitliche Versorgung – findet im betrieblichen Kern statt. Alle weiteren Organisationsteile, das meint die strategische Spitze, die Technostruktur und der Hilfsstab leisten zur Aufrechterhaltung des gesamten sozialen Systems und im Besonderen des betrieblichen Kerngeschehens einen Beitrag.

1.2.2 Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung als personenbezogene Dienstleistungsorganisationen

Neben den allgemeinen Charakteristika eines institutionalisierten Organisationsbegriffs lassen sich Organisationen in Typen weiter untergliedern. Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung sind als „soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisationen“ zu spezifizieren (Klatetzki 2010). Der Begriff „sozial“ bezieht sich darauf, dass nicht der Leistungsempfänger, sondern in der Regel dritte Instanzen (z.B. Staat, Sozialversicherung) für anfallende Kosten einer Behandlung/ Maßnahme aufkommen. Dieses Merkmal gilt nicht generell für Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung, sondern lediglich für Organisationen eines Sozial- bzw. Wohlfahrtsstaates⁹. „Personenbezogen“ meint, dass „die Arbeitshandlung der Organisationen auf jeweils einzelne Individuen und deren Bedarfsdeckung bezogen sind“ (ebd., S.8). „Dienstleistung“ charakterisiert nach Klatetzki (ebd.) Tätigkeiten einer Organisation, die darauf abzielen, den Zustand oder das Wohlbefinden von Personen (Klienten/ Kunden) zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Dabei ist darauf zu verweisen, dass der Begriff der Dienstleis-

⁹ Die Begriffe Sozial- und Wohlfahrtsstaat werden in der Wissenschaftsdebatte häufig synonym verwendet, wenngleich darauf zu verweisen ist, dass der Versuch einer begrifflichen Abgrenzung ebenso unternommen wurde. Während für die Mehrzahl der Länder von einem Wohlfahrtsstaat gesprochen wird, beschreibt der Sozialstaat üblicherweise die konkrete Ausgestaltung und Reichweite der deutschen Sozialpolitik. Seit den 1990er Jahren werden in der vergleichenden Wohlfahrtsstaatsforschung liberale, konservative und sozialdemokratische Modelle voneinander unterschieden, die sich in der Finanzierungsart der Sozialleistungen, der Leistungsdichte und der Inanspruchnahmevoraussetzungen unterscheiden (Oschmianski & Kühl 2010).

tung in der Wissenschaft nicht einheitlich definiert ist. Vielmehr handelt es sich um eine künstliche Wortschöpfung, die erst spät in die ökonomische Wissenschaftsdebatte Eingang fand. Anlass für diese Entwicklung gab die Entmaterialisierung des Güterbegriffs (Gross & Badura 1977; Gross 1983). Bis heute existiert keine einheitliche Theorie der Dienstleistung (Dunkel & Wehrich 2010; Böhle 2006). Zwar sind Bestrebungen zu beobachten, aus denen ersichtlich wird, dass das Thema zunehmend Beachtung erfährt, insgesamt weist das Forschungsfeld aber immer noch einen starken Nachholbedarf auf (z.B. Dunkel & Wehrich 2012). Letzterer wird damit begründet, dass das Fachgebiet der Arbeits- und Industriesoziologie das Thema „Interaktion“ als Kernprozess der Dienstleistung lange Zeit vollständig ausblendete. Interaktionistische Ansätze der klassischen Soziologie untersuchten Aushandlungsprozesse hingegen nicht im Kontext von Betrieben. Eine Zusammenführung beider Ansätze ist notwendig, um theoretische Grundlagen des Forschungsgegenstands erarbeiten zu können (Dunkel & Wehrich 2010).

Trotz der Tatsache, dass es an einer Theorie der Dienstleistung mangelt, können aus der Literatur Merkmale zusammengetragen werden, die die „soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisation“ typisieren und die Besonderheiten des Kerngeschehens – die Interaktion – in diesen Organisationen herausstellen. Klatetzki (2010) listet zentrale Merkmale in einem Übersichtsartikel auf:

- Eine wesentliche Eigenschaft sozialer, personenbezogener Dienstleistungsorganisationen ist, dass die Arbeit mit Subjekten im Mittelpunkt steht. Daraus resultiert, dass moralische Werte das Handeln der einzelnen Akteure bestimmen. Diese werden nicht von der Organisation selbst sondern von der Gesellschaft geprägt.
- Da jede Person, die eine Dienstleistung in Anspruch nimmt, individuell ist und immer auch Einfluss auf den Dienstleistungsprozess nimmt, müssen Arbeitsmittel und Arbeitsverfahren flexibel eingesetzt werden. Eine Kausalbeziehung zwischen Dienstleistung und Ergebnis ist nicht bestimmbar; man spricht deshalb auch von dem Einsatz „unbestimmter Technologien“.
- Die übergeordneten Ziele des Organisationstyps sind in der Regel sehr abstrakt und allgemein formuliert. Dieses dient zur Vermeidung von Konflikten, die durch unterschiedliche Interessen an der Organisation entstehen.
- Die Umwelt wirkt häufig einen mächtigen und zum Teil widersprüchlichen Einfluss auf das Geschehen und das Handeln der Organisation aus. Insbesondere Reformen fordern eine ständige Anpassungsleistung von Seiten der Organisation.
- Zentrales Moment in den Organisationen ist die Interaktion. Diese dient in erster Linie zur Beeinflussung der Klienten/ Kunden (Klatetzki 2010, S. 10-18).

Die auch von Klatetzki herausgearbeitete zentrale Bedeutung der „interaktiven Arbeit“, die im Kern auf Wertvorstellungen und Moral basiert, führt zu einer Reihe an Herausforderungen, die in Sachleistungs- und Produktionsorganisationen nicht in dem Ausmaß zu beobachten sind (Wehrich & Dunkel 2003; Dunkel & Wehrich 2010; Dunkel 2011). Interaktion zwischen zwei oder mehr Personen meint in diesem Fall eine soziale Beziehung bzw. Wechselwirkung; der Begriff Kommunikation ist hingegen weiter gefasst und setzt keinen persönlichen Kontakt voraus (Korte & Schäfer 1993). Interaktive Arbeit entsteht überall dort, wo Menschen innerhalb eines organisatorisch-institutionellen Zusammenhangs in einen zweckgerichteten Austauschprozess treten. Innerhalb von Organisationen geht es im Besonderen um *Kooperation* als ein Spezialfall der Interaktion (Dunkel & Wehrich 2010). Kooperation stammt von dem lateinischen Begriff *cooperatio*, worunter wörtlich „Zusammenwirkung“ zu verstehen ist. Im Vergleich zu Interaktion ist Kooperation immer als ein zweck- bzw. zielgerichteter Austauschprozess zwischen unterschiedlichen Akteuren aufzufassen¹⁰. Dabei ist darauf zu verweisen, dass sich Kooperation und die für Organisationen typische Arbeitsteilung nicht gegenseitig ausschließen. Vielmehr liegt das Ziel darin, beide Pole in Einklang zu bringen, sodass jeder Dienstleister seinen eigenen Kompetenzbereich hat, es gleichzeitig aber auch eine gemeinsame Schnittmenge gibt. Ein dadurch geschaffener Raum für Abstimmungs- und Aushandlungsprozesse stellt eine wesentliche Voraussetzung für das Funktionieren des sozialen Systems dar.

Die Notwendigkeit im Rahmen von Dienstleistungsarbeit zu kooperieren, wurde bereits 1977 von Gross & Badura formuliert¹¹. Als zentrale Besonderheit des Dienstleistungsprozesses wurde von den Autoren das „uno-actu-prinzip“ herausgestellt, das besagt, dass ein immaterielles Gut in einem Akt produziert und konsumiert wird. Die Effektivität und Effizienz der Dienstleistungserbringung hängen von dem Grad an gewährleisteter Kooperation ab (Gross & Badura 1977; Gross 1983). Damit einher geht das Begriffsverständnis einer Organisation als „Institution zielorientierter Kooperation“ (Badura et al. 2012; Badura 2014). Zu sprechen ist von einer geregelten oder auch konstruierten Kooperation, da ein zweckgerichtetes Handeln in erster Linie durch den Einsatz eines Regelwerks ermöglicht wird (Korte und Schäfers 1993).

¹⁰ Der Begriff Kooperation findet in unterschiedlichen Disziplinen mit jeweils eigenen Schwerpunktsetzungen Anwendung. Prominent vertreten ist der Begriff in den Arbeitswissenschaften, der Sozialpsychologie, der Organisationswissenschaft und der Kommunikationswissenschaft (Kumbruck 2001).

¹¹ Ausgangspunkt der Arbeit der Autoren stellte die Tatsache dar, dass es an einer Theorie der Dienstleistung mangelte. Notwendig erschien ein Brückenschlag zwischen der Ökonomie und der Soziologie, um den Besonderheiten des Dienstleistungsprozesses gerecht werden zu können (Gross & Badura 1977).

In späteren Arbeiten wurde die Bedeutung von Kooperation mit einem Fokus auf die gesundheitliche Versorgung mit dem Konzept der sogenannten Ko-Produzententheorie umschrieben (z.B. Badura 2002), wobei darauf zu verweisen ist, dass es sich nicht um ein ausschließlich für das Gesundheitswesen geltendes Konzept handelt. Die These besagt, dass „Gesundheit“ erst dann entsteht, wenn alle dem Prozess beteiligten Personen zusammenarbeiten – das heißt, sowohl die Gesundheitsprofessionellen sowie das Hilfspersonal als auch die Patienten. Demnach stellt die Organisation nicht nur Erwartungen an die Mitarbeiter, sondern ebenso an die Patienten. Zieht man die Kerncharakteristika des in diesem Kapitel angewandten Organisationsbegriffs nach Schreyögg (1996) heran, so wird die Mitgliedschaft zu einer Organisation definiert durch eine Erwartungshaltung an das Individuum. Unter Zugrundelegung der Ko-Produzententheorie sind damit sowohl die Beschäftigten als auch die Patienten als Organisationsmitglieder zu verstehen. Diese These findet sich mit ähnlicher, aber dennoch divergierender Argumentation, auch an anderer Stelle: Lefton und Rosengren (1966) definieren Mitgliedschaft nicht über eine Erwartungshaltung von Seiten der Organisation. Stattdessen ist für sie die Annahme relevant, dass die Klienten die Strukturen und Funktionsweisen der Organisation durch ihre Interaktion bzw. durch kooperatives Handeln beeinflussen können und damit als Teil des sozialen Systems agieren¹².

¹² Zur Konkretisierung der Beziehung zwischen der Organisation und den Klienten unterscheiden Lefton und Rosengren (1966) zwischen einer „lateralen“ und einer „longitudinalen“ Dimension. Die laterale Dimension gibt Auskunft darüber, ob die Organisation ein *eng- oder weitgefasstes Interesse* an der Biografie ihrer Klienten hat. Ein weitgefasstes Interesse liegt beispielsweise in psychiatrischen Einrichtungen vor, die den Klienten nicht nur als Individuen, sondern auch als Teil der Gesellschaft betrachten; das individuelle Handeln der Klienten kann Folgen für die Gesellschaft haben. Die longitudinale Dimension beschreibt hingegen, ob das Interesse an den Klienten für einen begrenzten Zeitraum oder aber über den Aufenthalt in der Organisation hinaus gilt. Ein Interesse, das auch nach der punktuellen Behandlung besteht, meint z.B. die Zielsetzung einer längerfristigen Verhaltensänderung der Klienten.

1.2.3 Zusammenfassende Betrachtung des Untersuchungsgegenstandes

Das zuvor gewonnene Verständnis einer Organisation stellt die Grundlage für die Auswahl von Konzepten und Theorien dar (Titscher et al. 2008), die die empirische Untersuchung prägen werden (siehe Kapitel 4.1). Von besonderer Bedeutung ist die Charakterisierung der Gesundheitseinrichtung als personenbezogene Dienstleistungsorganisation. Damit einher geht die Einsicht, dass das Kerngeschehen in diesem Organisationstypus die *interaktive Arbeit* und im Speziellen die *Kooperation* darstellt. Folglich wird eine Fokussierung der Organisation als „Institution zielorientierter Kooperation“ vorgenommen, deren Mitglieder sowohl die Beschäftigten als auch die Patienten sind. Durch dieses Begriffsverständnis kann die Organisation durchleuchtet werden. Damit unterscheidet sich die Untersuchung wesentlich von klinischen Studien, die die Organisation vielfach unreflektiert als „Black Box“ akzeptieren. Das definitorische Verständnis dieser Arbeit folgt einer funktionalistischen Perspektive, indem davon ausgegangen wird, dass die Organisation nicht nur zugunsten eines Selbstzwecks existiert, sondern ein spezifisches Ziel bzw. einen Zweck verfolgt, das bzw. der sich in Abhängigkeit des gesellschaftlichen Umfelds definiert. Dadurch besteht stets ein regulierender Bezug zur (gesellschaftlichen) Umwelt, in der sich die Organisation bewegt. Die Funktion der Organisation wird folglich in einen übergeordneten sozialen Zusammenhang eingeordnet (Münch 2003; Lahusen & Stark 2010)¹³. Für diese Arbeit dient eine solche funktionalistische Betrachtungsweise als Grundlage zur Bestimmung normativer Leistungsfähigkeit. Analytisch wird jedoch ausschließlich das organisationale Handeln innerhalb des sozialen Systems und nicht der Bezug dieses Systems zur Umwelt betrachtet.

Die Kernannahme zum organisationalen Handeln besteht für diese Arbeit darin, dass die Leistungsfähigkeit des sozialen Systems entscheidend davon abhängt, inwieweit es gelingt, das Handeln der Mitglieder an den Zielen der Organisation auszurichten. Im Betrachtungsmittelpunkt steht das normative Ziel der „Ko-Produktion von Gesundheit“. Die praktische Relevanz, das Thema (konstruierte) Kooperation ins Zentrum der Untersuchung zu stellen, lässt sich mit einem Zitat von Bauer (2008) unterstreichen, indem es heißt:

„Auf gelingende Beziehungen gerichtete Formen des Umgangs in Wirtschaft und Gesellschaft werden auf längere Sicht aber nur dann Attraktion und Überzeugungskraft entfalten.“

¹³ Der Funktionalismus stellt eine Theorietradition dar, deren Anfänge im 19. Jahrhundert liegen. Mit den darin enthaltenen wissenschaftstheoretischen Annahmen wird grundsätzlich das Ziel verfolgt soziale Phänomene hinsichtlich ihrer Funktion für die Gesellschaft zu erklären. Jede „Organisation“ wird dabei als Organismus verstanden, der sich evolutionär weiterentwickelt; geprägt ist diese Vorstellung von der Biologie. Im Laufe der Jahre geriet der Funktionalismus zunehmend in die Kritik, was als Grund dafür angesehen wird, dass sich heute unterschiedliche Begriffsverständnisse und Erklärungsansätze unter der Theorietradition vereinen (Münch 2003).

ten, wenn die empirisch gesicherten, das heißt auf wissenschaftlichen Beobachtungen basierenden, Erkenntnisse zum Thema Kooperation vertieft und vermehrt werden.“ (Bauer 2008, S. 177).

Dabei muss ergänzend angeführt werden, dass empirische Erkenntnisse alleine nicht ausreichen, um den Forschungsgegenstand bzw. das Themenfeld zu bearbeiten. Ebenso bedarf es theoretischer Grundlagen, die multikausale Zusammenhänge und Wechselwirkungen ordnet; erst dadurch wird schließlich ein tiefergehendes Verständnis ermöglicht. Bevor dieses näher spezifiziert wird, sind vorerst Ziele und Fragestellungen sowie der zugrundeliegende Problemhintergrund der Arbeit zu erläutern.

1.3 Ziele und Fragestellungen der Arbeit

Ziele

Ziele der Arbeit können auf zwei Ebenen formuliert werden. Zu beginnen ist mit dem wissenschaftlichen Erkenntnisinteresse: Diesbezüglich liegt der Anspruch der Arbeit darin, ein fundiertes Verständnis einer „high performance“¹⁴ Organisation im Gesundheitswesen zu erarbeiten. Dabei steht die Entwicklung eines theoretischen Modells der Organisationsqualität im Mittelpunkt. Wechselbeziehungen des organisationalen Handelns und dessen Folgen für die Versorgungsqualität gilt es besser zu verstehen. Modell meint ein Abbild der Realität, das nicht darauf abzielt, die Realität in ihrer vollen Komplexität darzustellen. Daraus folgt, dass nicht alle Merkmale, die eine Organisation auszeichnen, erfasst werden können. Vielmehr basiert die Modellentwicklung auf der hier eingenommenen Perspektive. Nicht ausgeschlossen ist jedoch, dass das Modell in seinen Grundannahmen auf andere Organisationen zu übertragen ist (Stachowiak 1973). Das Potenzial dieser Arbeit liegt in der theoretischen Verknüpfung und Ordnung unterschiedlicher Aspekte und Erklärungsansätze leistungsfähiger Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung. Grundlegende Annahmen des organisationalen Handelns sind mit Schwerpunkt der Ko-Produzententhese im Kontext der Organisationsforschung anzuwenden und in ihrer Ausrichtung für Gesundheitseinrichtungen zu modifizieren. Erst dadurch können empirische Zusammenhänge, die die Literatur offenlegt, in ihrer Tragfähigkeit bekräftigt werden.

¹⁴ Der Begriff „high performance“ wird im Laufe der Arbeit präzisiert. An dieser Stelle ist lediglich darauf zu verweisen, dass es sich nicht um ein Kunstwort handelt, sondern um einen im angloamerikanischen Sprachraum etablierten Begriff zur Charakterisierung von Organisationen, die gegenüber anderen Organisationen derselben Branche eine beständig hohe Leistungsfähigkeit zeigen. Der Begriff umschreibt jedoch nicht nur den Erfolg einer Organisation, sondern berücksichtigt auch das Vorhandensein eines förderlichen Kontextes (siehe weiter Kapitel 2.4).

Mit der Arbeit ist außerdem eine Botschaft an Entscheidungs- und Leistungsträger zu formulieren: Zu betonen ist die Relevanz der Organisationsforschung für eine effektive Qualitätsentwicklung. Damit ist die These zu stärken, dass nicht nur klinische Forschung einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung leisten kann. Entscheidungsträger sind für ein effektives Funktionieren einer Gesundheitseinrichtung zu sensibilisieren, indem die Notwendigkeit langfristiger Investitionen in ein kooperatives organisationales Handeln und im Speziellen in Arbeits- und Versorgungsbedingungen herauszustellen ist. Wie sich im Verlauf der Ausführungen zeigen wird, kommt dieses in der gesundheitspolitischen Debatte oftmals zu kurz. Ohne ein grundsätzliches Verständnis von Steuerungsmechanismen einer Organisation und der Bedeutung des organisationalen Handelns ist das Ziel effektiver Qualitätsentwicklungsbemühungen jedoch nur eingeschränkt zu realisieren.

Fragestellungen

Die nachfolgende Fragestellung ist sowohl für die empirische Analyse als auch für eine theoretische Diskussion richtungsweisend:

Inwieweit kann der organisationsbezogene Kontext einer Einrichtung der gesundheitlichen Versorgung – definiert als soziales Kapital¹⁵ – als Ressource einer „high performance“ Organisation verstanden werden?

Um die Arbeit in den weitergefassten Kontext der Organisationsforschung einordnen zu können, ist eine theoretische Diskussion zu Grundlagen der Leistungssteuerung vorzunehmen. Diese basiert auf folgenden Leitfragestellungen:

- Welche Möglichkeiten und Besonderheiten der Leistungssteuerung und Kontrolle lassen sich in Organisationen der gesundheitlichen Versorgung beschreiben?
- Warum können klassische Formen der Leistungssteuerung und Kontrolle in Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung – verstanden als professionelle Bürokratien – an Grenzen stoßen bzw. warum versprechen klassische Steuerungsmodi nur unter bestimmten Voraussetzungen Effizienz?
- Welche Bedeutung spielt Vertrauen für ein erfolgreiches organisationales Handeln und damit für eine hohe Versorgungsqualität sowie patientenseitige Behandlungserfolge?

¹⁵ Das theoretische Konstrukt Sozialkapital wird in dieser Arbeit herangezogen, um den organisationsbezogenen Kontext der Versorgung zu ordnen und zu operationalisieren. Eine differenzierte Betrachtung wird im Stand der Forschung und Entwicklung (Kapitel 3) vorgenommen.

Für die daran anknüpfende empirische Arbeit sind folgende Unterfragestellungen richtungsweisend:

- Inwieweit ist das soziale Kapital – verstanden als kollektive Vertrauensressource – zwischen den Organisationen der gesundheitlichen Versorgung ungleich verteilt?
- Welche Bedeutung hat der organisationsbezogene Kontext für das innerbetriebliche Geschehen – gemessen an der Leistungsbereitschaft der Mitarbeiter und zentralen Qualitätsmerkmalen der Versorgung?
- Lässt sich statistisch ein Zusammenhang zwischen dem organisationsbezogenen Kontext und patientenseitigen Ergebnismerkmalen zeigen?

2 Problemhintergrund der Arbeit

Es stellt sich die Frage, welche Begründungen heranzuziehen sind, die die Relevanz der im vorangegangenen Kapitel dargelegten Forschungsfragen betonen. Im Kern geht es dabei um die Frage, warum es sowohl aus einer wissenschaftlichen als auch einer praxisbezogenen Perspektive lohnenswert ist, Grundlagen zu erarbeiten, die Einblicke in eine hohe Leistungsfähigkeit von Gesundheitseinrichtungen und effiziente Steuerungsmechanismen geben. Forschungsfragen der Versorgungsforschung ergeben sich häufig aus einem konkreten Versorgungsproblem (BÄK 2006). Der Problemhintergrund dieser Arbeit greift kein aktuelles, sondern ein seit langem bekanntes Problem der Versorgung auf: Die empirisch zu beobachtende und unbegründete Variation der gesundheitlichen Versorgungssituationen, die in allen Sektoren zu beobachten ist. Neben diesem auf empirischen Ergebnissen beruhenden Zugang zur Problemstellung wird auch ein theoretisch-argumentativer dargelegt. Es wird Bezug genommen auf die seit langem geführte Diskussion zur Standardisierung und Formalisierung der Versorgung, was auf den ersten Blick konträr zu einer notwendigen Flexibilität interaktiver Aushandlungsprozesse steht. Beide Argumentationsstränge werden zueinander in Beziehung gesetzt und vor dem Hintergrund des Begriffs der „high performance“ Organisation diskutiert.

Jeder Versorgungssektor ist durch spezifische Rahmenbedingungen und Herausforderungen geprägt. Um eine Vergleichbarkeit der Untersuchungseinheiten der Organisationen gesundheitlicher Versorgung sicherzustellen, beschränkt sich diese Arbeit exemplarisch auf die medizinische Rehabilitation. Dieses schließt nicht aus, dass Zusammenhänge und Wechselwirkungen innerhalb der gesundheitlichen Versorgung auch für andere Einrichtungen Geltung beanspruchen können. Schlussfolgerungen sind vorerst lediglich im Kontext der medizinischen Rehabilitation zu ziehen. Um Bezüge zwischen dem Problemhintergrund und den Ergebnissen der empirischen Analysen herstellen zu können, wird bereits an dieser Stelle ein Fokus auf die Versorgungssäule gelegt. Besonderheiten hinsichtlich der Versorgungsvariation und der Qualitätsentwicklung beziehen sich folglich ausschließlich auf diesen einen Versorgungssektor. Die Auswahl der medizinischen Rehabilitation ist nicht zufällig. Vielmehr spielt die Sicherstellung kooperativer Strukturen für die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen in der Rehabilitation eine noch größere Rolle als z.B. in der Akutversorgung. Deshalb bedarf es in Reha-Einrichtungen zum Teil einer bewussten Abgrenzung von der sogenannten *Klinifizierung*; das meint die unreflektierte Übernahme von einem akutmedizinischen Denken und Handeln (Badura et al. 1995). Rehabilitation wird umgangssprachlich auch

als „sprechende Medizin“ verstanden und setzt eine funktionsfähige interaktive Arbeit zur Erreichung optimaler Behandlungserfolge voraus. Im nachfolgenden Kapitel 2.1 ist mit einem kurzen Überblick zur medizinischen Rehabilitation in Deutschland zu beginnen. Die dominierende Behandlungs- und Versorgungsphilosophie des Sektors, das gesamtgesellschaftliche Potenzial und ökonomische Rahmenbedingungen, in denen sich Reha-Einrichtungen heutzutage bewegen, sind als Hintergrundinformationen für das Verständnis der weiteren Arbeit aufzufassen.

2.1 Die medizinische Rehabilitation in Deutschland

Unter „Rehabilitation“ werden sozialrechtlich Leistungen zur Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen verstanden. Derlei Leistungen waren bereits in den Bismarck'schen Sozialreformen verankert. Schon damals lag das übergeordnete Ziel darin, Invalidität und Behinderung, die soziale Risiken darstellen und im 19. Jahrhundert eine häufige Konsequenz körperlich belastender Arbeit waren, abzusichern (Welti 2005; Ratzel & Luxenburg 2008). Das sozialrechtliche System der Rehabilitation hat sich im Laufe der Jahre zunehmend weiterentwickelt. Heute ist es durch eine ausgeprägte Zergliederung charakterisiert, da Zuständigkeiten auf unterschiedliche Institutionen, Kosten- und Leistungsträger verteilt sind (Schott 2011). Diese Zergliederung hat nicht nur Intransparenz und Ineffektivität zur Folge, sondern führte lange Zeit auch zu einer Ungleichbehandlung der Versicherten. Mit dem Sozialgesetzbuch IX, das im Jahre 2002 in Kraft trat, sollte diesem Missstand durch eine Vereinheitlichung des Rehabilitationsrechts Rechnung getragen werden¹⁶. Das Gesetz bietet den Kosten- und Leistungsträgern heute eine inhaltliche Orientierung; das zergliederte System als solches blieb jedoch auch nach Inkrafttreten weiter bestehen (Welti 2002). Hinsichtlich der Leistungsarten wird im SGB IX unterschieden zwischen

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (SGB IX, Kapitel 4),
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (SGB IX, Kapitel 5),
- unterhaltssichernden und anderen ergänzenden Leistungen (SGB IX, Kapitel 6),
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (SGB IX, Kapitel 7).

Diese Arbeit beschränkt sich ausschließlich auf die medizinische Rehabilitation. Träger sind die gesetzliche Rentenversicherung (gRV), die gesetzliche Krankenversicherung (gKV), die gesetzliche Unfallversicherung (gUV), Träger der öffentlichen Jugendhilfe und die Sozialhilfeträger (§ 6 SGB IX). Die Zuständigkeit der Trägerschaft ist abhängig

¹⁶ Das SGB IX war nicht der erste Versuch zur Harmonisierung des Rechtssystems in der Rehabilitation. Im Jahre 1974 wurde bereits das Gesetz zur Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation verabschiedet (Welti 2002).

von der Ursache der Rehabilitation sowie dem Versicherungsstatus; damit einher geht auch das zu verfolgende Leitziel einer Maßnahme. In dieser Arbeit wird ausschließlich die medizinische Rehabilitation unter der Trägerschaft der gesetzlichen Rentenversicherung betrachtet. Das übergeordnete Ziel, Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen zu einem selbstbestimmten Leben zu befähigen, um sie dadurch in ihre gesellschaftlichen Rollen zu (re-) integrieren (§§ 1, 4, 26 SGB IX), kann für die gesetzliche Rentenversicherung mit der Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit konkretisiert werden (§ 9 SGB VI)¹⁷.

Eine medizinische Reha-Maßnahme wird nicht nur von unterschiedlichen Trägern finanziert, sondern auch in unterschiedlichen Leistungsformen erbracht. Neben der stationären Komplexbehandlung, die für somatische Erkrankungen in der Regel einen dreiwöchigen Aufenthalt¹⁸ in einer Einrichtung umfasst, sind im Zuge der Flexibilisierung von Maßnahmen weitere Versorgungsformen, wie die ambulante oder teilstationäre Rehabilitation entstanden¹⁹. In dieser Arbeit steht ausschließlich die stationäre Reha-Maßnahme im Untersuchungsfokus. Hier unterscheidet man wiederum zwischen einer Anschlussheilbehandlung (AHB) bzw. einer Anschlussrehabilitation (AR) und einer Maßnahme im allgemeinen Antragsverfahren. Erst genannte Maßnahmen schließen sich unmittelbar an eine Behandlung im Akutkrankenhaus z.B. infolge eines operativen Eingriffs an (DRV 2009).

Behandlungsphilosophie

Im Sinne der Gesetzlichen Rentenversicherung ist eine medizinische Reha-Maßnahme als eine „aufwändige zielorientierte, multidisziplinäre und multimodale, ärztlich koordinierte und verhaltensmedizinisch orientierte sowie zeitlich begrenzte ambulante oder stationäre Komplexleistung“ zu verstehen (Raspe et al. 2005, S. 328). Die medizinische Rehabilitation stellt immer noch das einzige umfassende Angebot dar, bei dem ein Team aus unterschiedlichen Berufsgruppen Personen mit chronischen Krankheiten oder Behinderungen gemeinsam in einem Lern- und Bewältigungsprozess unterstützt.

¹⁷ Die GKV zielt vorwiegend auf die Vermeidung, Beseitigung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit und Behinderung ab. Die GUV tritt dann als Kosten- und Leistungsträger ein, wenn die Einschränkung eines Rehabilitanden Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit ist (BAR 2011).

¹⁸ Die mit dem Beitragsentlastungsgesetz 1996 eingeführte Regelung einer generellen Verkürzung der Reha-Maßnahme von vier auf drei Wochen, erfuhr mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 eine Flexibilisierung, indem hier indikationsspezifisch auch andere zeitliche Umfänge zugelassen wurden.

¹⁹ Neben der ambulanten Reha-Maßnahme gibt es mittlerweile auch eine teilstationäre (Bührlen & Jäckel 2002), eine fraktionierte (Ehlebracht-König et al. 2009) sowie eine mobile Reha-Maßnahme (Schmidt-Ohlemann & Schweizer 2009). In der Regel wird eine Maßnahme jedoch nach wie vor mehrwöchig in einer wohnortfernen Einrichtung erbracht. Allerdings wurde bereits vor knapp 20 Jahren dargelegt, dass diese Form der Komplexhandlung nicht pauschal anderen Formen der rehabilitativen Leistungserbringung vorgezogen werden kann (Schott 1996).

Die Besonderheit des Versorgungssektors liegt darin, dass der Rehabilitand von einer Vielzahl an spezialisierten Gesundheitsprofessionellen unter Zugrundelegung eines einheitlichen Versorgungskonzepts behandelt wird (DRV 2009). In einem kassenärztlich-ambulanten Versorgungssystem wäre der koordinative Aufwand sowohl für Rehabilitand als auch Behandler kaum zu leisten, wenn es darum geht, unterschiedliche Kompetenzen in einem einheitlichen Behandlungsprogramm zu vereinen. In der Rehabilitation erfährt der Rehabilitand die notwendige bio-psycho-soziale Behandlung, die trotz immer noch fehlender Wirksamkeitsnachweise für den Lernprozess im Umgang mit chronischen Krankheiten oder aber Behinderungen von großer Bedeutung ist (Hüppe & Raspe 2005; Bethge & Müller-Fahrnow 2008)²⁰. Im Mittelpunkt des Rehabilitationsverständnisses steht der Begriff der Behinderung als Beeinträchtigung der Teilhabe. Dabei wird die Behinderung nicht als persönliches Merkmal verstanden, sondern als ein ungünstiges Zusammenwirken des Gesundheitszustandes des Individuums und seiner Kontextfaktoren bzw. seiner Umwelt. Diese wechselseitige Beziehung zwischen Individuum und Umweltfaktoren gilt als Grundlage des therapeutischen Verständnisses (WHO 2005). Rehabilitation ist präventiv orientiert. Das bedeutet, dass eine Reha-Maßnahme bereits dann in Anspruch zu nehmen ist, wenn eine Gefährdung der Erwerbsfähigkeit gesehen wird und nicht erst dann, wenn diese bereits eingetreten ist (DRV 2009).

Gesellschaftliche Bedeutung der medizinischen Rehabilitation

In der Rentenversicherung entfällt der zahlenmäßig größte Anteil an stationären Reha-Leistungen auf muskuloskeletale Erkrankungen und Krankheiten des Bindegewebes; bei Männern liegt der Anteil an allen Reha-Leistungen bei 31%, bei den Frauen bei 33%. Für die Frauen sind bei weiteren 23% der Leistungen eine psychische Erkrankung und bei noch einmal 20% Neubildungen der Anlass einer Maßnahme. Für die Männer stehen die Neubildungen mit 16% an zweiter Stelle des Krankheitsspektrums und die psychischen Erkrankungen mit 13% erst an dritter Stelle (Bezugsjahr 2012, DRV 2013). Entsprechend des Krankheitsspektrums nehmen orthopädische Abteilun-

²⁰ Anerkannte Wirksamkeitsnachweise der Komplexbehandlung „stationäre medizinische Rehabilitation“ fehlen in Deutschland immer noch. Lediglich die Wirksamkeit einzelner Therapiemodule konnte in Form methodisch tragbarer Studiendesigns nachgewiesen werden. Metaanalysen zeigen für rehabilitative Maßnahmen in den Indikationen Kardiologie, Pneumologie und Psychosomatik eine mittlere und für chronische Rückenschmerzen sowie Suchterkrankungen eine geringe langfristige Wirksamkeit (Hüppe & Raspe 2005; Prognos 2009). Kurzfristige Verbesserungen des Gesundheitszustands sind hingegen generell zu bestätigen (Haaf 2005). Insbesondere intensiviertere stationäre Reha-Maßnahmen (MBOR und verhaltensmedizinische Ansätze) bestätigen für „weiche Outcomemerkmale“ wie den subjektiven Gesundheitszustand und die Schmerzreduktion der Rehabilitanden nachweisbare Effekte (Bethge & Müller-Fahrnow 2008). Randomisierte kontrollierte Studien – verstanden als methodischer Goldstandard zur Untersuchung von Wirksamkeitsnachweisen – können aufgrund forschungsethischer Bedenken in der Praxis nicht realisiert werden (Raspe 2008; Augurzyk et al. 2011; Mittag 2011).

gen mit 26% den größten Anteil an allen Fachabteilungen in den stationären Reha-Einrichtungen ein (ebd.).

Angesichts demografischer Veränderungen, des stetig zu verzeichnenden Zuwachses an chronischen Krankheiten und der Verlängerung der Arbeitszeit²¹ ist für die Rentenversicherung bereits in den letzten Jahren (bezugnehmend auf 2004 bis 2010) eine Zunahme der Inanspruchnahme von Reha-Leistungen zu verzeichnen. Altersstandardisiert ist der Anstieg mit 10,7% zu beziffern (Buschmann-Steinhage 2012). Hypothetisch betrachtet ist von einer weiterhin steigenden Nachfrage an Reha-Leistungen auszugehen. Insbesondere die Fachgebiete Kardiologie, Orthopädie, Neurologie, klinische Geriatrie, Hämatologie und internistische Onkologie sollten sich auf einen Zuwachs an Rehabilitanden einstellen. Basierend auf einer Datengrundlage des Jahres 2006 wird der Anstieg bis 2020 für alle Träger insgesamt auf 6,3% geschätzt (Augurzky et al. 2009).

Dadurch dass die medizinische Rehabilitation darauf abzielt, Menschen trotz Einschränkungen und Behinderung in ihre sozialen Rollen zu (re-) integrieren und damit ihre Selbstständigkeit sowie Unabhängigkeit zu fördern, ist Reha-Maßnahmen ein unmittelbarer volkswirtschaftlicher Nutzen zuzuschreiben. Schließlich trägt eine erfolgreiche Maßnahme zur Entlastung der Haushalte der Sozialversicherung und zum Erhalt der gesellschaftlichen Arbeitskraft bei. Legt man diese beiden Parameter zur Abschätzung des volkswirtschaftlichen Nutzens der Rehabilitation zugrunde, so können folgende Zahlen beziffert werden: Der Anteil des Rehabilitationseffekts umfasst im Jahre 2005 0,26% des Bruttoinlandsprodukts (BIP); dieses ist einem Nettoeffekt von 5,8 Milliarden Euro gleichzusetzen. Grundlage der Berechnung sind alle Trägerschaften und fünf ausgewählte Indikationen. Geht man davon aus, dass die medizinische Rehabilitation weiter optimiert wird, beispielsweise durch die Verbesserung der Zugangswege oder aber die Steigerung der Versorgungsqualität, so könnte der Anteil des Reha-Effekts am BIP im Jahre 2025 auf 0,61% ansteigen, was einem Nettoeffekt von 23,2 Milliarden Euro entsprechen würde. Bereits heute gilt, dass das Verhältnis von investierten und volkswirtschaftlich erzielten Ressourcen²² durch Rehabilitationsmaßnahmen bei eins zu fünf liegt (Prognos 2009).

²¹ Dabei ist auf die aktuelle politische Diskussion der Flexibilisierung des Renteneintrittsalters zu verweisen.

²² Es ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass sich der Nutzen hier lediglich auf der Grundlage ausgewählter volkswirtschaftlicher Aspekte zusammensetzt. Eine umfassende Kosten-Nutzen-Analyse, die die alternative Verwendung der knappen Ressourcen für verschiedene Behandlungsmethoden vergleichend betrachtet und den Nutzen in monetären Einheiten darstellt, liegt nicht vor.

2.1.1 Ökonomisierung in der Rehabilitation

Anknüpfend an die dargestellten Potenziale und Besonderheiten der medizinischen Rehabilitation ist nachfolgend ein Einblick in die aktuell zu beobachtende Situation des Reha-Marktes sowie die damit einhergehenden Anforderungen zu geben, die von außen an die Einrichtungen herangetragen werden. Dieses ist bedeutsam, um verstehen zu können, warum es zunehmend erstrebenswert ist, die Leistungsfähigkeit der Organisationen von innen zu stärken. Der Reha-Sektor wies 2012 insgesamt 1.212 stationäre Rehabilitationseinrichtungen auf, wovon 232 unter öffentlicher und hier wiederum die Mehrheit unter der DRV, 321 unter freigemeinnütziger und 659 unter privater Trägerschaft standen. Im Jahre 1996 waren insgesamt 1.404 Reha-Einrichtungen in Betrieb; im aufgezeichneten Jahresvergleich handelte es sich 1996 um die Höchstzahl an Einrichtungen. In den gut 1.200 Einrichtungen wurden im Jahre 2012 ca. 1,97 Millionen Rehabilitanden mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 25,5 Tagen behandelt (StBa 2013). Eine stationäre Reha-Maßnahme kostet im Durchschnitt ca. 2.496 € (DRV 2012). Die Gesamtausgaben, die im Jahr 2012 auf Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen entfielen, belaufen sich auf knapp 8,7 Milliarden Euro. Gemessen an den Gesundheitsausgaben insgesamt entspricht dieses einem Anteil von gerade einmal 2,9%; das Ausgabenvolumen, das auf Akutkrankenhäuser entfiel, umfasste 2012 vergleichsweise 26,2% der Gesamtausgaben (StaBa 2014).

Anders als in der Akutversorgung²³ liegt in der Rehabilitation ein monistisches Finanzierungssystem vor. Das bedeutet, dass die anfallenden Betriebs- und Investitionskosten ausschließlich aus der Vergütung der Reha-Maßnahmen erbracht werden. Die Vergütung erfolgt in der Regel über tagesgleiche Pflegesätze, welche zwischen Träger und Einrichtung jeweils ausgehandelt werden; anders als in der Akutversorgung gibt es in der Rehabilitation keine Kollektivvertretung auf Seiten der Einrichtungen. Gefordert wird, dass die ausgehandelten Pauschalen die anfallenden Kosten für Unterbringung, Verpflegung und eine hochwertige medizinische und therapeutische Versorgung decken (Augurzky et al. 2011). Die Aushandlungsprozesse zwischen Trägern und Einrichtungen sind konfliktbeladen. Dabei beklagen die Einrichtungen insbesondere, dass ein zunehmender Aufwand zur Erbringung von Reha-Leistungen in der Vergütung nicht angemessen berücksichtigt wird (Hibbeler 2008). Im Vergleich zur Akutversorgung wird das Vergütungssystem der Rehabilitation als undifferenziert bewertet. Bedeutsam ist zudem die Beobachtung, dass das Rehabilitandenspektrum einer Klinik im Rahmen

²³ In der Akutversorgung erfolgt die Finanzierung der Investitions- und Betriebskosten hingegen nicht aus einer Hand. Vielmehr liegt hier ein duales Finanzierungssystem vor. Während der Staat die Krankenhausinvestitionen trägt, kommen die Krankenkassen in der Akutversorgung für die laufenden Betriebskosten auf (Rosenbrock & Gerlinger 2014).

der Vergütung nicht berücksichtigt wird (Neubauer & Pfister 2008). Die Diskussion um pauschalierte Vergütungssysteme wird auch für die Rehabilitation seit Mitte der 90er-Jahre geführt; ein konkretes Finanzierungsmodell liegt jedoch bislang nicht vor (Spyra et al. 2008; Spyra 2010). Komplexpauschalen fanden nur im Rahmen von integrierten Versorgungsverträgen in der Akut-Rehabilitation Anwendung; mit Förderende der Versorgungsverträge entfiel die Vergütungsform allerdings in der Regel wieder (Neubauer & Voss 2013).

Seit dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz aus dem Jahre 1997 sind die Ausgaben der DRV budgetiert. Die finanziellen Aufwendungen sanken infolge dieses gesundheitspolitischen Eingriffs (Augurzky et al. 2011); erst ab dem Jahre 2006 ist wieder eine Zunahme der Aufwendungen zu beobachten (DRV 2012)²⁴. Ökonomische Engpässe im System wirken sich letztlich unmittelbar auf die einzelnen Organisationen der Leistungserbringung aus, indem die Tagessätze in den Preisverhandlungen zunehmend gedrückt werden. Werden Versorgungsverträge nicht oder unter Qualitätsmängeln erfüllt, so ist davon auszugehen, dass solche Einrichtungen auf lange Sicht Nachteile hinsichtlich der Belegungsquote erfahren. Kriterien, die die Belegung und die damit einhergehenden Preisverhandlungen bestimmen, sind weitestgehend intransparent (Borges et al. 2011). Die durchschnittliche Auslastung aller Einrichtungen liegt im Jahre 2012 bei 81% (StBa 2013). In der Tendenz zeigen private Kliniken dabei eine unterdurchschnittliche Auslastung von ca. 71%, während öffentliche Einrichtungen zu 83% ausgelastet sind (Augurzky et al. 2009). Es ist anzunehmen, dass die Belegung nicht zufällig erfolgt. Eine hohe Auslastung der Kliniken ist angesichts des monistischen Finanzierungssystems jedoch bereits zur Deckung von Fixkosten zwingend erforderlich. Aber nicht nur um Versorgungsverträge mit den Trägern und um die Kooperation mit Direktzuweisern (insbesondere Krankenhäuser), sondern auch um die Gunst der Rehabilitanden müssen Einrichtungen heutzutage werben. Mit Inkrafttreten des § 9 SGB IX werden die Wahlmöglichkeiten des Rehabilitanden bei der Suche nach einer geeigneten Einrichtung zu einem gesetzlich verankerten Recht²⁵, wodurch ein Wettbewerb um Rehabilitanden auf lange Sicht weiter zunehmen könnte.

²⁴ Aktuell wird über die künftige Ausgestaltung des Reha-Budgets diskutiert, da das zur Verfügung stehende gedeckelte Budget den Reha-Bedarf immer schwerer zu decken vermag (siehe hierzu weiter Buschmann-Steinhage 2012).

²⁵ Dabei ist anzumerken, dass das Wunsch- und Wahlrecht zumindest in heutiger Zeit noch an einer Umsetzung in der Praxis scheitert, was insbesondere auf eine mangelnde Informiertheit und Entscheidungskompetenz der Rehabilitanden zurückzuführen ist (Pohontsch et al. 2011).

In Anbetracht der vorgenommenen Erläuterungen ist festzustellen, dass die Kritik einer forcierten erwerbswirtschaftlichen Orientierung im Gesundheitswesen auch in der Rehabilitation angekommen ist. Die Kosten im Gesundheitswesen müssen langfristig durch das Solidarsystem finanzierbar bleiben. Der Prozess der Ökonomisierung wird deshalb als eine Notwendigkeit angesehen; wenngleich darauf zu verweisen ist, dass diese Debatte nicht Inhalt dieser Arbeit sein kann. Negativ besetzt ist der Begriff jedoch vor dem Hintergrund einer an Intensität gewinnenden Entwicklung, die ihren Ausdruck in einer Liberalisierung und marktwirtschaftlichen Orientierung des Versorgungsgeschehens findet. Dieses habe zum Teil nicht akzeptable Konsequenzen für die Akteure der Leistungserbringung (Bauer 2006). Bislang wird die Diskussion insbesondere für die Akutkrankenhäuser geführt: Die Ökonomisierung macht sich hier bemerkbar in einer Verlagerung des finanziellen Risikos auf die Leistungserbringer und einer damit einhergehenden Taylorisierung der Versorgungsabläufe, der Tendenz zum Outsourcing sowie einem zunehmenden Stellenabbau und der Entwicklung in Richtung Bürokratisierung und Managarisierung in der Patientenbehandlung (exemplarisch Simon 2001; Kühn 2003; Bauer 2006). Eine mögliche Konsequenz dieser Entwicklungen, die zur Diskussion steht, ist, dass das Handeln der professionell Tätigen einer zunehmenden Gewinnerorientierung unterzuordnen ist, was neue und häufig mit den Organisationszielen nicht vereinbare Anforderungen im klinischen Alltag bedeuten kann (Bauer 2006; Bittner 2008).

Auch für die Rehabilitation ist anzunehmen, dass sich die Rahmenbedingungen der Leistungserbringung verschärfen werden. Wenngleich einschränkend darauf verwiesen werden muss, dass detaillierte Vorgaben in der Leistungserbringung und Struktur Anforderungen von Seiten der Kostenträger dazu beitragen, dass die marktwirtschaftlichen Gestaltungsmöglichkeiten der Reha-Einrichtungen gering sind. Kostensteigerungen sind jedoch durch externe Rahmenbedingungen (z.B. Tarifsteigerungen, medizinischer Fortschritt, Veränderung der Rehabilitandenklientel etc.) auch in dieser Versorgungssäule bereits heute die Regel (Borges et al. 2011). Der dadurch geschürte finanzielle Druck auf die einzelnen Einrichtungen wächst stetig. Dabei wird angenommen, dass nicht alle Einrichtungen die sich verschärfende erwerbswirtschaftliche Orientierung gleichermaßen meistern. Mithilfe eines auf elf Kennziffern beruhenden Analysemodells wurde unter Zugrundelegung der Jahresabschlüsse von 172 Reha-Einrichtungen die Prognose erstellt, dass im Jahre 2017 16% aller am Markt bestehenden Reha-Einrichtungen schließen müssten. Theoretisch betrachtet können staatliche Eingriffe dieses Szenario abwenden. Die Berechnungen sollen lediglich den wirtschaftlichen Druck verdeutlichen, mit dem sich Reha-Einrichtungen bereits heutzutage aus-

einandersetzen müssen (Augurzky et al. 2009); nicht zu vergessen ist dabei außerdem der potenziell steigende Bedarf an Maßnahmen.

Eine vielfach zu beobachtende Folge der Ökonomisierung und der erwerbswirtschaftlichen Orientierung ist die zunehmende Arbeitsverdichtung zulasten der Mitarbeiter. Aus internationalen Studien ist bekannt, dass eine Arbeitsverdichtung im Gesundheitswesen – in Form höherer Patientenfallzahlen oder einer unzumutbaren Arbeitsdauer – dazu führt, dass das Erschöpfungsempfinden der Beschäftigten, die Zahl von Behandlungs-/ Diagnosefehlern und auch die risikoadjustierte Mortalität der Patienten zunehmen, während die Patientenzufriedenheit und die wahrgenommene Versorgungsqualität abnehmen (Aiken et al. 2002; Tucker et al. 2002; Landrigan et al. 2004; Vahey et al. 2004; Aiken et al., 2012); die Untersuchungen beziehen sich hier auf die Akutmedizin. Speziell für das deutsche System der Rehabilitation gibt es kaum Untersuchungen, die die Bedeutung der Arbeitsverdichtung infolge ökonomischer Veränderungen untersuchen. Auf das Thema wird allenfalls am Rande hingewiesen; beispielsweise mit einem Fokus auf ausgewählte Berufsgruppen (Küch et al. 2010) oder im Zusammenhang mit der Diskussion über die Einführung des DRG-Systems in der Akutversorgung und dessen Folgen für die Rehabilitation (von Eiff et al. 2011). Experten sprechen allerdings schon heute von einer zunehmenden Arbeitsverdichtung in den Reha-Einrichtungen sowie einer sich verschärfenden Problematik hinsichtlich der Personalakquise von Fachkräften im ärztlichen, medizinisch-pflegerischen und therapeutischen Bereich (Jäckel 2010; Borges et al. 2011).

2.1.2 Steuerungsinstrumente zur Steigerung der Versorgungsqualität

Im vorangegangenen Kapitel wurden der Prozess der Ökonomisierung im Gesundheitswesen und die damit prognostizierten Folgen für das Versorgungsgeschehen dargestellt. Damit einher geht die Frage, inwieweit sich die veränderten Rahmenbedingungen langfristig auf die Leistungsfähigkeit der einzelnen Organisationen und insbesondere auf die Qualität der gesundheitlichen Versorgung auswirken können. Um negative Konsequenzen abzuwenden, werden im Gesundheitswesen zunehmend Qualitätsentwicklungsmaßnahmen etabliert, die als Instrumente bzw. Methoden der Unternehmensführung zu verstehen sind. Angestrebt ist, dass das Geschehen in den Organisationen trotz zunehmender betriebswirtschaftlicher und gesellschaftlicher Herausforderungen zugunsten einer hohen Versorgungsqualität ausgerichtet wird. Die zur Anwendung kommenden Instrumente und Methoden sind ursprünglich für ein System entwickelt worden, in denen die freie Marktwirtschaft vorherrscht (Haeske-Seeberg 2008). Man unterscheidet zwischen Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. Während

ersteres im Allgemeinen die Gesamtheit aller Maßnahmen und Zielsetzungen zur Steigerung und Sicherstellung der Versorgungsqualität meint, ist unter letzterem die konkrete Umsetzung von Managementinstrumenten in den Einrichtungen zu verstehen²⁶ (Helou et al. 2002). Die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement sind an den spezifischen Bedingungen des Gesundheitswesens anzupassen. So dienen die Maßnahmen hier nicht der Steigerung des Profits einer Organisation, sondern der Sicherstellung eines sorgfältigen Ressourceneinsatzes. Prozesse und Strukturen gilt es darüber hinaus an den Bedürfnissen der Behandler-Patient-Beziehungen auszurichten (Haeske-Seeberg 2008).

Die medizinische Rehabilitation zeichnet sich durch eine lange Tradition der Qualitätssicherung aus, die Jäckel (2010) wie folgt bewertet:

„Es gibt wohl keinen anderen Bereich in der Gesundheitsversorgung, in dem die externe Qualitätssicherung (QS) so umfassend konzipiert, wissenschaftlich fundiert und flächendeckend implementiert ist wie in der Rehabilitation.“ (S.349).

Als Beweggrund für die im Vergleich zu anderen Sektoren frühzeitigen Bestrebungen der Qualitätsentwicklung, deren Anfänge sich zu Beginn der 90er Jahre vollzogen, werden weniger veränderte ökonomische Rahmenbedingungen als vielmehr ein Legitimationsproblem diskutiert, unter dem rehabilitative Maßnahmen lange Zeit litten (Gerdes et al. 2000, Korsukéwitz et al. 2003): Zum einen musste der Versorgungssektor das negativ behaftete „Kur Image“ ablegen, das historisch gewachsen ist. Zum anderen mangelte es vielfach an fundierter Forschung, welche die Notwendigkeit und den Nutzen des Versorgungssektors belegen kann (Koch et al. 2007). Welche Qualitätsentwicklungsmaßnahmen im einzelnen Anwendung finden, um den Stellenwert der Rehabilitation im Gesundheitswesen zu stärken, ist nachfolgend dargelegt:

Standardisierung von Qualifikationen

Die DRV Bund (2009) und die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) haben im Zuge der Entwicklung von Rahmenkonzepten Mindestanforderungen definiert, die festlegen, welche Qualifikationen die einzelnen Behandler aufweisen müssen, um in der Rehabilitation tätig zu sein. Die BAR definiert die einzelnen Rahmenkonzepte jeweils indikationsspezifisch, um auf Besonderheiten einzelner Krankheitsbildern ein-

²⁶ Wie im Kapitel 1.2.1 dargelegt wurde, ist das Qualitätsmanagement organisationstheoretisch als Technostruktur der Organisation zu verstehen, die durch den Einsatz von Instrumenten darauf abzielt, Einfluss auf den betrieblichen Kern zu nehmen, mit dem Ziel Arbeitsabläufe zu unterstützen und zu optimieren (Mintzberg 1992).

gehen zu können²⁷. Durch eine Standardisierung von Qualifikationen wird versucht, die Qualität der Leistungserbringung auf einem einheitlichen Niveau sicherzustellen.

Therapiestandards

Therapiestandards (ehemals bekannt als Prozess-Leitlinien²⁸) wurden in der Rehabilitation mit dem Ziel etabliert, Über-, Unter- und Fehlversorgung zu vermeiden sowie Wissenslücken in der Versorgung systematisch entgegenzuwirken und damit die Qualität flächendeckend sicherzustellen (Korsukéwitz et al. 2003; Brüggemann 2005). Im Mittelpunkt stehen evidenzbasierte Therapie-Module. Die evidenzbasierte Medizin (EBM) wurde ursprünglich von David Sackett geprägt und ist wie folgt definiert:

„Evidence based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about care of individuals patients.“ (Sackett et al. 1996).

Die Rentenversicherung hat bislang für neun Indikationen²⁹ Reha-Therapiestandards ausgearbeitet, wobei lediglich vier als evidenzbasiert und empirisch abgesichert gelten. Die Standards geben nicht vor, wie ein einzelner Rehabilitand zu behandeln ist. Vielmehr liegen Prozentwerte vor, die angeben, wie hoch der Anteil an Rehabilitanden sein sollte, der indikationsspezifisch definierte Leistungen erhält. Daneben beschreiben die Standards auch therapeutische Inhalte, die formale Ausgestaltungen der Leistungserbringung und die zeitliche Dauer pro Woche; es sind demnach Leistungsempfehlungen von Seiten des Kostenträgers. Die Darstellung des Leistungsgeschehens basiert auf der *Klassifikation Therapeutischer Leistungen* (KTL), nach der alle erbrachten Leistungen in den Reha-Einrichtungen kodiert werden (Klosterhuis et al. 2010; Klosterhuis 2010). Die Therapiestandards werden systematisch weiterentwickelt mit dem Ziel langfristig eine evidenzbasierte Behandlung für alle Indikationen anbieten zu können (exemplarisch Spieser et al. 2012).

Evidenzbasierte Therapiestandards werden in der gesundheitlichen Versorgung zum Teil kritisch betrachtet. So wird ein Trend berichtet, der sich dadurch auszeichnet, dass

²⁷ Die unterschiedlichen Rahmenkonzepte sind abrufbar unter:
http://www.deutsche-rentenversicherung.de/BraunschweigHannover/de/Inhalt/2_Rente_Reha/02_Reha/05_Fachinformationen/03_Infos_Reha_Einrichtungen/Reha_und_Therapiekonzepte_Downloads_I.html
(letzter Zugriff April 2014).

²⁸ Im Jahre 2010 wurden die Leitlinien in Therapiestandards umbenannt. Grund hierfür war die Kritik von Seiten der Ärzteschaft, die daraufhin wies, dass Leitlinien nicht vom Kostenträger herausgegeben werden dürfen (Hibbeler 2010).

²⁹ Hierzu zählen koronare Herzkrankheit, Diabetes Mellitus Typ II, Brustkrebs, chronischer Rückenschmerz, Hüft- und Knie-TEP, depressive Störungen, Alkoholabhängigkeit, Schlaganfall sowie Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen. Während die Therapiestandards der ersten vier Indikationen als evidenzbasiert gelten, befinden sich die letztgenannten noch in der Pilotphase (DRV Bund, Stand 2014).

nicht mehr in erster Linie die Verbesserung und Unterstützung der individuellen Patientenversorgung im Mittelpunkt steht. Vielmehr werden Therapiestandards als Entscheidungsgrundlage der Finanzierung gesundheitlicher Leistungen herangezogen. Dadurch sind Ärzte und weitere Behandler zunehmend dazu angehalten, sich in ihrem Diagnose- und Behandlungsverhalten an Leitlinien oder Therapiestandards zu orientieren (Rogler 2008). In diesem Zusammenhang wird auch von einer neuen Bewegung der Verwissenschaftlichung der Medizin gesprochen, die von Politik, Wirtschaft und Wissenschaft dazu genutzt wird, um interessensgeleitete Ansprüche an das Handeln der professionell Tätigen zu stellen. Das professionelle Handeln bewegt sich dabei in einem Spannungsfeld zwischen autonomen Behandlungsentscheidungen und einem Rechtfertigungs- bzw. Begründungszwang, sofern die von extern auferlegten Empfehlungen nicht eingehalten werden (Vogd 2002). Die mit den Therapiestandards verbundene kontinuierliche Sammlung von Leistungsdaten geht zudem einher mit einem höheren Verwaltungsaufwand und der Entstehung von Mehrkosten (Rogler 2008).

Einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung (QS)

Der Gesetzgeber und die Träger der medizinischen Rehabilitation haben bereits seit 1994 umfassende Qualitätssicherungsprogramme (QS) implementiert. Jede Einrichtung ist gesetzlich dazu verpflichtet, an einem Programm eines Trägers teilzunehmen (§ 135a SGB V und § 20 SGB IX). Die Programme erheben routiniert allgemein anerkannte Qualitätsmerkmale der Versorgung und erstellen in regelmäßigen Abständen QS-Berichte, die den Einrichtungen Rückmeldungen zu der eigenen Qualität geben. Unterschieden wird hier zwischen *Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität*. Diese Untergliederung ist in der Qualitätsentwicklung üblich und wurde ursprünglich im Rahmen des Qualitätsmodells von Avedis Donabedian entwickelt. Die Aufspaltung ermöglicht es, die Qualität der Versorgung strukturiert zu erfassen. *Strukturen* beschreiben dabei Ressourcen, die die Versorgung unterstützen, beispielsweise das Personal, die medizintechnische sowie räumliche Ausstattung oder stabile Regeln und Organisationsstrukturen (Qualitätsmanagement). *Prozesse* sind hingegen Aktivitäten, welche die medizinische Behandlung und somit den Kontakt zwischen Leistungserbringern und Rehabilitanden betreffen (z.B. Behandlungsphilosophie). Die Ergebnisqualität oder auch Outcome-Qualität erfasst letztlich die Behandlungsergebnisse (z.B. Gesundheitszustand oder Zufriedenheit) (Donabedian 1982).

Die Struktur- und Prozessmerkmale werden im Rahmen von QS mittels Checklisten übergeprüft. Außerdem werden Peer-Review-Verfahren, Visitationen und stichprobenartige Rehabilitandenbefragungen zur Reha-Zufriedenheit durchgeführt. Unter „Peer-

Review-Verfahren“ sind Einzelfallprüfungen der Reha-Entlassungsberichte zu verstehen, die durch einen geschulten Arzt derselben Schwerpunktindikation durchgeführt werden. Unter Nutzung von Checklisten und eines Manuals werden Reha-Entlassungsberichte und Therapiepläne stichprobenartig begutachtet. Acht bis zwölf Wochen nach einer Reha-Maßnahme werden pro Einrichtung und Entlassungsmonat jeweils 20 Rehabilitanden schriftlich kontaktiert und zu ihrer Zufriedenheit mit dem Reha-Aufenthalt und der subjektiven Einschätzung des Behandlungserfolgs befragt. Diese Aspekte sind neben Angaben zum „weiteren sozialmedizinischen Verlauf“ Teil der Ergebnisqualität. Die Rehabilitandenbefragung wird einrichtungsbezogen ausgewertet und in Form eines Benchmarks an die einzelnen Einrichtungen zurückgemeldet. Unter Visitationen sind „Begehungen vor Ort“ zu verstehen, die von geschulten Gutachtern durchgeführt werden. Aufzudecken sind hierbei insbesondere Schwachstellen im Behandlungsablauf (Klosterhuis et al. 2010; Klosterhuis 2010).

Qualitätsmanagement (QM) und Zertifizierungsprozesse

Nach § 135a SGB V und § 20 SGB IX sind alle Reha-Einrichtungen neben der Teilnahme an einem QS-Programm ebenfalls dazu verpflichtet, ein von der BAR anerkanntes Qualitätsmanagementsystem zu implementieren. Unter einem QM-System ist dabei Folgendes zu verstehen:

„Qualitätsmanagement meint die aufeinander abgestimmten Tätigkeiten zum Leiten und Lenken der erforderlichen Unternehmensstrukturen und -prozesse, um die angestrebten Ergebnisse zu erzielen, insbesondere auch die Zufriedenheit des Kunden mit der Dienstleistung.“ (Enge et al. 2010).

Mit Kunde ist in diesem Fall der Rehabilitand gemeint. Das QM-System stellt demnach ein Instrument dar, mit Hilfe dessen das Handeln der Akteure zugunsten definierter Organisationsziele gesteuert werden soll. Die konkreten Anforderungen, die ein QM-System erfüllen muss, sind von den Spitzenverbänden der Rehabilitation zu formulieren (§ 20 Abs. 2a SGB IX)³⁰. Die BAR hat 33 QM-Verfahren für anererkennungswürdig erklärt (Stand 14. Mai 2013).³¹ Langfristig betrachtet dienen QM-Systeme dazu, eine kontinuierliche Verbesserung der eigenen Leistungen zu erreichen. Insbesondere die

³⁰ Die BAR hat dabei grundsätzliche Anforderungen formuliert, die ein QM-System erfüllen muss. Hierzu zählen ein teilhabeorientiertes Leitbild, das Vorhandensein eines Einrichtungskonzepts und indikations-spezifischer Rehabilitationskonzepte, die Festlegung von Verantwortung für QM in der Einrichtung, die Erfüllung der Basiselemente eines QM-Systems, die Berücksichtigung der Beziehungen zu Rehabilitanden/ Bezugspersonen/ Angehörigen, Behandlern, Leistungsträgern, Selbsthilfe, die Implementation eines systematischen Beschwerde- und Fehlermanagements, die Berücksichtigung der externen Qualitätssicherung, die Durchführung interner Ergebnismessung und -analyse (Verfahren), eine interne Kommunikation und Personalentwicklungsmaßnahmen (BAR 2009, S. 7).

³¹ Eine Auflistung aller QM-Verfahren findet sich hier: http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/datenbanke_und_verzeichnisse/Zertifizierung/downloads/Liste_anerkannte_QM_Verfahren-14-05-2013.pdf

Ergebnisqualität soll dadurch verbessert werden. Die erfolgreiche Implementierung eines QM-Systems wird durch eine externe Zertifizierung überprüft. QM-Systeme, die dieser Zertifizierung nicht standhalten, werden als ungeeignet bewertet, um gesetzte Ziele zu erfüllen (Stähler & Cibis 2008).

Betrachtet man die Zielsetzungen und Maßnahmen der Qualitätssicherung und -entwicklung insgesamt, so sind für die Rehabilitation folgende Beobachtungen herauszustellen: Die kontinuierliche Überprüfung von „Qualität“ habe zum einen zu einem gesteigerten Qualitätsbewusstsein in den Einrichtungen beigetragen. Zum anderen werden aber auch ein höherer Verwaltungsaufwand und die Entstehung von Mehrkosten beklagt (Jäckel 2010). Die hohe Reglementierung hinsichtlich der Leistungserbringung – insbesondere infolge der Einführung von Therapiestandards – und der Vorhaltungsverpflichtung von Struktur- sowie Prozessmerkmalen lässt den Organisationen wenig Handlungsspielraum in der konkreten Ausgestaltung der Versorgung. Darüber hinaus haben die Ergebnisse der QS-Berichte für die Reha-Einrichtungen eine unmittelbar betriebswirtschaftliche Relevanz, da diese nach Aussage der Träger auch im Rahmen von Belegungs- und Pflegesatzverhandlungen Berücksichtigung finden (Klosterhuis et al. 2010). Inwieweit dieses systematisch erfolgt, und welche weiteren Kriterien hier außerdem zur Anwendung kommen, ist angesichts fehlender Belege nicht abschließend zu beurteilen (Farin & Jäckel 2011).

2.2 Variation von Versorgungssituation und -qualität in der Rehabilitation

Zuvor wurde dargelegt, unter welchen Rahmenbedingungen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation erbracht werden. In diesem Zusammenhang wurde die Qualitätsentwicklung hervorgehoben, die heutzutage im Wesentlichen dazu dient, unerwünschten Praxisvariationen und Qualitätsschwankungen im Versorgungsalltag entgegenzuwirken und damit eine beständig hohe Versorgungsqualität sicherzustellen. Regionale, einrichtungs- oder auch patientenbezogene Unterschiede in der Versorgung, das heißt in der Leistungserbringung, der Erfüllung definierter Qualitätskriterien oder aber der Erreichung von patientenseitigen Outcomes, sind erst einmal als gewöhnlich aufzufassen. Problembehaftet ist die in der Literatur als *ungerechtfertigt* oder *unvertretbar* bezeichnete Variation. Hierbei handelt es sich um Unterschiede in der Versor-

gung, die weder mit dem Krankheitsvorkommen, noch mit Patientenpräferenzen erklärt werden können³² (Wennberg 2002; Wennberg 2010).

Variationen im Gesundheitswesen – als ein typisches Arbeitsfeld der Versorgungsforschung – werden häufig auf regionaler Ebene analysiert. In den USA wurde das Forschungsfeld bereits in den 70er-Jahren thematisiert, wobei insbesondere eine Untersuchung von Wennberg und Gittelsohn aus dem Jahre 1973 populär zitiert wird: Gezeigt wurde hier, inwieweit der Ressourceneinsatz, die Inanspruchnahme von gesundheitlichen Leistungen sowie die Gesundheitsausgaben kleinräumig variieren und mit welchen Frage- bzw. Problemstellungen Entscheidungsträger dadurch konfrontiert werden. Eine unbegründete Variation hat Über-, Unter- und Fehlversorgung zur Folge, was nicht nur Fragen hinsichtlich der Versorgungsqualität sowie der Effizienz des Ressourceneinsatzes, sondern auch der Gerechtigkeit aufwirft. Im Laufe der Jahre hat die Forschergruppe um Wennberg eine Vielzahl weiterer Studien zu genanntem Themenfeld veröffentlicht: Dabei wurde unter anderem gezeigt, dass regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen weder in einem Zusammenhang mit dem Krankheitsgeschehen noch mit der regionalen, mittleren Lebenserwartung der Personen in unterschiedlichen Regionen stehen (Fisher et al. 2003). Auch Unterschiede hinsichtlich der Diagnostik chronischer Krankheiten in einzelnen Regionen zeigen keinen nachweisbaren Zusammenhang zu dem Krankheitsgeschehen oder patientenbezogenen Merkmalen (Song et al. 2010). In England wurde die Debatte um die Variation der Versorgung insbesondere von den Wissenschaftlern Tavs Folmer Andersen und Gavin Mooney mit der Buchpublikation „The challenges of medical practice variation“ aus dem Jahre 1990 angeheizt. Im deutschen Gesundheitssystem fand die Problematik der unbegründeten Versorgungsvariation weitere zehn Jahre später, das heißt erst Ende der 90er-Jahre Beachtung (Nolting et al. 2011). Hervorzuheben ist das in dieser Zeit veröffentlichte Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen zum Thema „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ (SVR 2000/2001).

Die Frage nach zeitlichen Trends hinsichtlich einer zu beobachtenden Variation in der Versorgung wird international nur in wenigen Studien thematisiert. Ein Review, das sich im Jahre 2004 dieser Frage annahm, deutet an, dass die Variation der Versorgung – ungeachtet des Versorgungssektors – in der Tendenz abnimmt; eindeutige Erkennt-

³² Daneben wird außerdem noch von einer Variation gesprochen, die infolge fehlender Evidenzbasierung auftritt. Ohne Wirksamkeitsnachweise sind in der Versorgung große Gestaltungsmöglichkeiten gegeben, die zu Unterschieden in der Praxis beitragen. Hier kann jedoch nicht automatisch von einer unberechtigten Variation gesprochen werden (Wennberg 2010). Infolge fehlender Wirksamkeitsnachweise in einigen Indikationsschwerpunkten, muss dieses auch für die medizinische Rehabilitation unter Einschränkung als Erklärungsansatz berücksichtigt werden.

nisse und Erklärungsansätze hierfür können jedoch angesichts der Datenlage nicht geschlussfolgert werden (Groenewegen et al. 2004). Nur eine kleine Anzahl an methodisch tragbaren Studien aller OECD-Länder (ca. 10%) gehen der Frage nach, welche Ursachen bzw. Gründe³³ für eine zu beobachtende Versorgungssituation heranzuziehen sind, sodass Aussagen diesbezüglich nur eingeschränkt getroffen werden können (Corallo et al. 2014).

Variation in der Rehabilitation

Variationen in der Versorgung werden nicht nur auf regionaler Ebene betrachtet, sondern auch auf der Ebene der Gesundheitsorganisationen oder der Gesundheitsprofessionellen (Corallo et al. 2014). Entsprechend des Untersuchungsgegenstandes dieser Arbeit ist die Variation auf Einrichtungsebene in der medizinischen Rehabilitation von Interesse. Das heißt, es geht um die Frage, ob sich Einrichtungen des deutschen Rehabilitationssystems in zentralen Merkmalen der Versorgung auf unbegründete Weise voneinander unterscheiden; zugrunde gelegt werden sowohl definierte Sollwerte (Qualitätsindikatoren) als auch Referenzwerte, die einrichtungsübergreifenden Benchmarks entstammen. Im Zuge der Einführung der Qualitätssicherungsprogramme sind Einrichtungsvergleiche hinsichtlich Struktur-, Prozess- und Ergebnismerkmalen populär geworden. Wenngleich die Datenlage in der empirischen Forschung diesbezüglich wenig ausgereift ist, so ist in den letzten Jahren dennoch ein steigendes Interesse an dem Themenfeld zu verzeichnen.

Strukturen und Prozesse

Hinsichtlich der Strukturqualität zeigen Untersuchungen, dass sich Reha-Einrichtungen in ihrer Leistungserbringung nach KTL voneinander unterscheiden. Das Therapiespektrum variiert somit trotz eines hohen Standardisierungsgrades zwischen den einzelnen von der Rentenversicherung belegten Einrichtungen (Klosterhuis et al. 2010). Im Zeitverlauf wird für unspezifische chronische Rückenschmerzen eine geringere Variation des Therapiespektrums berichtet, die mit der Einführung der Therapiestandards erklärt wird (Nowik et al. 2013); wenngleich fraglich ist, inwieweit die Varianz formal oder aber tatsächlich rückläufig ist. Insgesamt werden Differenzen hinsichtlich der Umsetzung psychologischer Maßnahmen und der Ausgestaltung von Patientenschulungsprogrammen berichtet (Gülich et al. 2010). Die bereits vor mehr als zehn Jahren festgestellten Unterschiede in der Umsetzung eines bio-psycho-sozialen Rahmenkonzepts

³³ Generell unterschieden wird zwischen bedarfsbezogenen (demografische, sozio-ökonomische, umweltbezogene Merkmale), nachfragebedingten (kulturell und bildungsabhängig), angebotsinduzierten (abhängig von politischen Entscheidungen, der Ressourcenbereitstellung, der Finanzstrukturen) und systembedingten Gründen (ACSQHC 2013).

(Irlé et al. 2002) scheinen damit auch heute noch zu bestehen. Auch Nachsorgeprogramme, als weiteres Strukturmerkmal einer Einrichtung zur Stabilisierung langfristiger patientenbezogener Reha-Erfolge, werden in den Einrichtungen in unterschiedlichem Umfang angeboten; dabei wird ein genereller Nachhol- bzw. Entwicklungsbedarf ausgewiesen (Deck & Raspe 2006). Einrichtungsdifferenzen in der Prozessqualität werden empirisch anhand der berufsgruppenübergreifenden Teamzusammenarbeit erfasst. Auch diese gelingt Studien zufolge nicht in allen Reha-Einrichtungen gleichermaßen (Körner & Bengel 2004; Deck & Raspe 2006).

Patientenseitige Ergebnisse

Darüber hinaus gibt es einige Studien, die Klinikunterschiede im Hinblick auf die erzielte Ergebnisqualität untersuchen. Im Rahmen der Auswertung der Rehabilitandenbefragung der DRV-Bund lässt sich indikationsübergreifend eine Varianz in der Zufriedenheit mit der Reha-Maßnahme – als weicher Parameter der Ergebnisqualität – beobachten (Klosterhuis et al. 2010). Unterschiede in der Rehabilitandenzufriedenheit werden auch an anderer Stelle anhand von Routinedaten berichtet (Nübling et al. 2014); beide Untersuchungen nahmen eine Adjustierung für relevante personenbezogene Merkmale vor. Für klinische Ergebnisparameter wurde nicht nur untersucht, ob Unterschiede zwischen den Einrichtungen bestehen, sondern auch, ob die mittleren Unterschiede mit Merkmalen der Einrichtungen theoretisch weiter erklärt werden könnten. Dabei zeigte sich, dass der Faktor „Klinik“ einen signifikanten Einfluss auf den therapeutischen Erfolg hat: In der orthopädischen Rehabilitation konnte dieses anhand des Outcomes funktionaler Status von AHB-Rehabilitanden nach einer Knie- oder Hüft-Operation gezeigt werden (Farin et al. 2004). In der kardiologischen Rehabilitation legt eine Studie den LDL-Cholesterin-Wert als Erfolgsmaß zugrunde (Wegschneider 2004). Für Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen wurden eine Vielzahl an Kriterien des allgemeinen Gesundheitszustandes (z.B. Wohlbefinden, Lebensqualität) im Klinikvergleich untersucht (Luskacik et al. 2014). Alle Analysen kontrollieren für personenbezogene Prädiktoren (z.B. Alter, psychosozialer Eingangsstatus, Komorbidität, Reha-Motivation etc.) und decken dennoch nennenswerte Einrichtungsunterschiede auf.

Für muskuloskeletale Erkrankungen konnte gezeigt werden, dass neben personenbezogenen und sozialmedizinischen Risikofaktoren auch das Behandlungsprogramm entsprechend der entwickelten Therapiestandards Klinikunterschiede eines aggregier-

ten Reha-Erfolgs³⁴ nicht abschließend erklären kann (Meyer 2010); wobei hier wiederum lediglich Einrichtungen in die Analysen eingeschlossen wurden, die von der gRV belegt werden. Ausschließlich kontrolliert für personenbezogene Merkmale zeigen dieselben Analysen für eine aktuellere Rehabilitandenstichprobe der Jahre 2007-2011 aus 273 orthopädischen und 87 kardiologischen Reha-Einrichtungen, dass ein Teil der Varianz weiterhin unerklärt bleibt; wenngleich die Klinikdifferenzen gegenüber der ersten Untersuchung mit Datensätzen aus den Jahren 2003 und 2004 geringer ausfallen (Stamer et al. 2014). Während die zuvor genannten Studien lediglich analysieren, ob Merkmale der Einrichtung einen weiteren Beitrag zur Aufklärung der Varianz leisten können, geht die letztgenannte Studie einen Schritt weiter. Hier wird im Rahmen eines qualitativen Designs untersucht, ob sich Einrichtungen, die im quantitativen Benchmark als erfolgreich identifiziert wurden, von denen unterscheiden, die als weniger erfolgreich charakterisiert wurden. Mittels teilnehmender Beobachtungen und qualitativer Interviews wurden Thesen entwickelt, die zentrale Unterscheidungsmerkmale der Kliniken beschreiben. Zu nennen sind hier (1) die interdisziplinäre Zusammenarbeit, (2) die Aushandlung von Behandlungen als Ausdruck von Partizipation, (3) der Reha-Alltag mit Blick auf die Rehabilitanden und (4) der Reha-Alltag mit Blick auf die Mitarbeiter (Stamer et al. 2014). Der Schwerpunkt der Thesen liegt insbesondere auf Prozessmerkmalen, die unmittelbar die Behandlung der Rehabilitanden betreffen. Auch das Thema „Reha-Alltag mit Blick auf die Mitarbeiter“ fasst in erster Linie Aspekte zusammen, die in einem Zusammenhang mit der Rehabilitanden-Versorgung stehen; gemeint ist z.B. die konzeptuelle Gestaltung der Zusammenarbeit mit den Rehabilitanden, aber auch die berufsgruppenübergreifende Teamarbeit.

Alle zuvor genannten empirischen Ergebnisse zeigen, dass zwischen Reha-Einrichtungen sowohl in Prozess- und Strukturmerkmalen als auch in der Ergebnisqualität eine nicht abschließend zu erklärende Variation besteht. Da personenbezogene Merkmale und sozialmedizinische Risikofaktoren nur bedingt als Erklärung der beobachteten Unterschiede in der Leistungserbringung oder dem Reha-Erfolg dienen können, ist von einer *unbegründeten Variation* zu sprechen. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Rehabilitanden deshalb nicht in allen Einrichtungen dieselbe Chance auf einen optimalen Behandlungsverlauf und Behandlungserfolg erwarten können. Diese Beobachtungen sind insbesondere vor dem Hintergrund der umfassenden Bemühungen der Qualitätssicherung und -entwicklung zu diskutieren, die seit mehr als 20

³⁴ Der Untersuchung liegen folgende Outcome-Parameter zugrunde: Schmerzen, körperliche Missempfindungen, Alltagsaktivitäten und Teilhabe, psychisches Befinde und Konsum von Alltagsdrogen sowie Medikamenten. Grundlage der Untersuchung stellten die Datensätze des Qualitätssicherungsprogramms der DRV Bund dar.

Jahren darauf abzielen, Qualitätsschwankungen entgegenzuwirken. Da die Empirie verdeutlicht, dass die „Organisation“ bislang kaum als Einflussfaktor zur Erklärung unbegründeter Variationen untersucht wurde (exemplarisch Farin et al. 2004; Meyer 2010; Stamer et al. 2014), erscheint es notwendig, sich diesem Forschungsgegenstand weiter anzunehmen.

2.3 Interaktion als Kerngeschehen in der Rehabilitation

Anknüpfend an die genannten Erläuterungen ist die „Organisation“ – verstanden als „Institution zielorientierter Kooperation“ – hinsichtlich der Besonderheiten der medizinischen Rehabilitation zu spezifizieren. Gemäß des Teilhabeziels (§§ 1, 4, 26 SGB IX) und der Behandlungsphilosophie der medizinischen Rehabilitation stellt eine gelingende Kooperation die entscheidende Voraussetzung dafür dar, dass optimale Reha-Erfolge erreicht werden. Kooperation wird im Sinne der Ko-Produzententheorie sowohl innerhalb einer Berufsgruppe als auch Disziplinen übergreifend und zwischen den Behandlern und den Rehabilitanden gefordert. Kann dieser Soll-Zustand gewährleistet werden, so ist unter Berücksichtigung zentraler Strukturmerkmale von einer hohen rehabilitativen Versorgungsqualität zu sprechen. Nachfolgend werden bedeutsame kooperative Strukturen in der Rehabilitation unter Berücksichtigung empirischer Forschungsergebnisse dargestellt; dieses öffnet die Perspektive auf das Thema Versorgungsqualität.

Berufsgruppenübergreifende Kooperation

Die Komplexbehandlung Reha-Maßnahme kann, wie bereits erläutert wurde, nur durch den Einbezug unterschiedlicher Berufsgruppen geleistet werden. Für ein bio-psycho-soziales Behandlungsprogramm sind sowohl die Medizin als auch die Psychologie, die Physiotherapie, die Ernährungsberatung, die Spezialtherapien, die Ergotherapie, die Sport- und Bewegungstherapie, die Sozialarbeit und die Pflege einzubinden (DRV 2009); in Grenzbereichen sind außerdem die Verwaltung/ das Management und das Servicepersonal zuständig. Abstimmungs- und Aushandlungsprozesse zwischen den Disziplinen und Berufsgruppen sind folglich unerlässlich, um Kontinuität im Versorgungsprozess zu gewährleisten.

Von der Kooperation im alltäglichen Versorgungsgeschehen abzugrenzen ist die Teamarbeit, die eine spezielle Form der Kooperation darstellt. Diese zeichnet sich durch einen hohen Verbindlichkeitsgrad und einen intensiven Austausch aus (Reeves et al. 2010). In der wissenschaftlichen Debatte werden verschiedene Teammodelle diskutiert, die den Grad der Abstimmungs- und Aushandlungsprozesse bestimmen.

Unterschieden wird zwischen einem *monodisziplinären*, einem *interdisziplinären* und einem *multidisziplinären* Team; alle Modelle sind in der Praxis anzutreffen, versprechen jedoch in einem unterschiedlichen Ausmaß eine Berücksichtigung der einzelnen Kompetenzen. Der Arzt nimmt in allen drei Modellen eine leitende Rolle ein. Diese Funktion der Ärzteschaft ist schon alleine aufgrund rechtlicher Bestimmungen nicht wegzudenken, da der Arzt gesetzlich gesehen der Alleinverantwortliche in der Versorgung ist (§ 15 SGB VI). Je nach Teammodell variiert allerdings der Grad der Zusammenarbeit mit den übrigen Berufsgruppen. Das sogenannte monodisziplinäre Team weist eine eindeutige Hierarchie und Zuständigkeitsstruktur auf, bei der der Arzt alleiniger Koordinator in der Behandlung ist. Der Inhalt der Behandlung wird durch die Zielvorgaben des Arztes vorgegeben, ein interaktiver Austausch mit und zwischen den übrigen Behandlern findet nicht statt. In den beiden weiteren Teammodellen wird hingegen von einem Austausch zwischen den Disziplinen ausgegangen. Während das multidisziplinäre Team durch eine hierarchische (Arzt zentrierte) und berufsgruppenspezifische Perspektive der Behandlung geprägt ist, ist es für eine interdisziplinäre Teamarbeit charakteristisch, dass der Rehabilitand gemeinsam von einem therapeutischen Team behandelt wird. Versorgungsziele werden untereinander abstimmt und ein bio-psycho-soziales Krankheitsmodell findet Anwendung. Multidisziplinäre Teams tauschen sich zwar auch über die Behandlungsverläufe der Rehabilitanden aus, allerdings erfolgt dieses insbesondere in Ausnahmefällen (z.B. Problemfällen) (DeLisa 1993; King 1993; Körner & Bengel 2004). Gelingende Teamzusammenarbeit – sowohl multi- als auch interdisziplinär – schlägt sich in unterschiedlichen Untersuchungskontexten unmittelbar auf die Versorgung (Verkürzung der Liegezeiten, Verschreibungshäufigkeit von Medikamenten) und auf patientenseitige Outcome-Merkmale (Verbesserung von Funktionseinschränkungen der Rehabilitanden) nieder (Strasser et al. 2005; Zwarenstein et al. 2009; Momsen et al. 2012).

Rehabilitand-Behandler-Kooperation

Neben dem Ziel kooperative Strukturen im Reha-Team herzustellen, werden unterschiedliche Konzepte und Maßnahmen diskutiert, die die Rehabilitanden dazu motivieren sollen, aktiv an der Behandlung mitzuwirken. Ein zentrales Konzept, das bereits seit den späten 80er-Jahren in seinen Grundannahmen Anwendung findet, ist die *partizipative Entscheidungsfindung* (engl. shared decision making)³⁵ (exemplarisch Brody 1989). Hierbei handelt es sich um eine Form der Interaktion, die darauf abzielt, dass Rehabilitand und Behandler in eine gleichberechtigte Beziehung treten und Ziele sowie

³⁵ Das der informierten partizipativen Entscheidungsfindung gegenteilige Konzept ist das traditionell paternalistische Modell, das den Arzt bzw. die einzelnen Behandler aufgrund des Fachwissens und der Autorität als Alleinentscheider in einer Versorgungssituation charakterisiert (Faller 2003; Simon et al. 2008).

Therapieinhalte der Behandlung gemeinsam festlegen. Aufgabe des Arztes (oder anderer Berufsgruppen) ist es, dem Rehabilitanden alle relevanten Informationen über Behandlungs- bzw. Therapiemethoden sowie deren Alternativen darzulegen, um dadurch eine Basis informierter Entscheidungsfindungen zu schaffen; im Mittelpunkt des Konzepts steht die Stärkung der Patientenautonomie (Emanuel & Emanuel 1992).

Dabei ist anzumerken, dass nicht alle Rehabilitanden gleichermaßen in den Behandlungsprozess einbezogen werden wollen. Indikations- sowie Behandler spezifische Merkmale sind außerdem die Ursache von Unterschieden in den Kommunikationspräferenzen, die es im Praxisalltag entsprechend zu berücksichtigen gilt (Gramm et al. 2011). Als konkrete Maßnahme zur Unterstützung einer partizipativen Entscheidungsfindung ist in der Rehabilitation die *Reha- und Therapieziel-Planung* eingeführt worden. Während Reha-Ziele sehr allgemein formuliert sind, handelt es sich bei Therapiezielen um eine Konkretisierung und Differenzierung der zu erwartenden Erfolge während der Reha-Maßnahme. Die Zielorientierung stellt ein Bindeglied zwischen dem medizinischen Diagnose-Ergebnis und dem individuellen Kontext der Person dar; dieses folgt dem Grundgedanken einer ICF-Orientierung in der medizinischen Rehabilitation. Ziele sind zwischen Behandler und Rehabilitand zu Beginn einer Reha-Maßnahme entsprechend auszuhandeln (DRV 2009). Studien weisen jedoch darauf hin, dass das Thema Zielorientierung in der praktischen Umsetzung auf Hindernisse stößt. Das Konzept wird formal im Versorgungsalltag zwar angewandt, aber nicht immer auch gelebt (Meyer et al. 2008; Stamer et al. 2014). Daneben stellt die Formulierung von Zielen auch hohe kognitive Herausforderung an die Rehabilitanden (Meyer et al. 2009a; Meyer et al. 2009b). Folgt man in diesem Zusammenhang allerdings den Thesen Donabedians (1992), so sollte sich der Erfolg des professionellen Handelns stets in dem Verhalten der Rehabilitanden widerspiegeln, was die Ziel- und Therapieplanung einschließt; Behandler sollten die Rehabilitanden demnach dazu in die Lage versetzen, Ziele formulieren zu können. Im internationalen Diskurs wurde die Evidenz der Zielorientierung bereits in Form systematischer Reviews hinterfragt. Insgesamt mangelt es den identifizierten Studien an methodischer Qualität, um eindeutige Schlussfolgerungen treffen zu können (Levack et al. 2006; Rosewilliam et al. 2011). Für unterschiedliche Indikationen ließ sich aber Evidenz dafür finden, dass Zielorientierung zumindest zu einem besseren Verhalten der Rehabilitanden im klinischen Kontext beiträgt (Levack et al. 2006).

Zusammenfassend ist an dieser Stelle festzuhalten, dass „Erfolg“ in der Rehabilitation, sowohl hinsichtlich der Versorgungsabläufe als auch auf Seiten der Rehabilitanden, maßgeblich durch ein kooperatives Handeln der einzelnen Organisationsmitglieder

unterstützt werden kann. Innerhalb des Behandler-Teams geht es um die Frage nach der Qualität der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit hinsichtlich der Ausgestaltung der Therapiepläne und -ziele sowie gemeinsamer Besprechungen von Rehabilitanden und Behandlungsverläufen. Nur so können unterschiedliche Kompetenzen berücksichtigt und konsistente sowie transparente Versorgungsabläufe sichergestellt werden. Berufsständische Normen und Werte in der Behandlung sind dabei nicht aufzugeben. Dennoch sind diese um eine gemeinsame Schnittstelle zu erweitern. Darüber hinaus ist der Rehabilitand als Kooperationspartner zu verstehen, denn ohne seine aktive Mitwirkung in der Behandlung ist der angestrebte Lern- und Bewältigungsprozess im Umgang mit Funktionseinschränkungen, Behinderungen oder chronischer Krankheit nicht zu realisieren. In der Rehabilitation steht nicht die medizinische Diagnostik und die symptomatische Behandlung im Mittelpunkt, sondern die soziale Teilhabe des Rehabilitanden über den Aufenthalt in der Einrichtung hinaus. Die Gewährleistung kooperativer Strukturen auf allen Ebenen ist damit von den Organisationen bestmöglich zu fördern bzw. zu realisieren. Daran knüpft sich die Frage an, was einen der Kooperation förderlichen Kontext in Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung auszeichnet.

2.4 „High performance“ und die Bedeutung des organisationsbezogenen Kontextes

In der Betriebswirtschaftslehre hat sich der Begriff der „high performance“ Organisation etabliert, um Organisationen zu beschreiben, die gegenüber ihrer Konkurrenz eine beständig hohe Leistungsfähigkeit zeigen. Diese Organisationen sind in erster Linie dadurch charakterisiert, dass sie stetig bemüht sind, die eigenen Kernkompetenzen zu verbessern sowie einen achtsamen Umgang mit dem eigenen Personal zu pflegen (de Waal 2007). Dieses allgemeine Begriffsverständnis einer „high performance“ Organisation lässt sich auf jede Branche anwenden. Auch für Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung findet der Begriff in der wissenschaftlichen Debatte bereits Anwendung. Mittels empirischer Analysen wird im internationalen Diskurs der Frage nachgegangen, was eine „high performance“ Organisation im Gesundheitswesen auszeichnet; dabei werden unterschiedliche Kriterien der Erfolgsmessung zugrunde gelegt. Für diese Arbeit von Relevanz ist die Erkenntnis, dass der wissenschaftliche Diskurs zu „high performance“ den organisationsbezogenen Kontext einer Versorgung als entscheidenden Erfolgsgaranten herausstellt. Klinische Parameter und das Behandlungsprogramm stehen nicht oder nur am Rande im Aufmerksamkeitsfokus der Diskussion. Nachfolgend sind empirische Ergebnisse zusammengefasst, die einen Einblick in das Thema der „high performance“ Organisation im Gesundheitswesen geben. Die Ausführungen

beziehen sich dabei nicht explizit auf die medizinische Rehabilitation, da es hier bislang an Studien mangelt³⁶.

Empirische Erkenntnisse zu „high performance“ im Gesundheitswesen

Das Forschungsdesign, das zur Erkundung von Kontextmerkmalen einer „high performance“ Organisation zur Anwendung kommt, ist häufig ein Extremgruppenvergleich, der quantitative und qualitative Verfahren miteinander kombiniert: Anhand unterschiedlicher Qualitätskriterien werden gute und weniger gute Organisationen festgelegt und in einer vergleichenden Analyse mittels qualitativer Verfahren untersucht (Mannion et al. 2005; Keroack et al. 2007; Hockney & Bates 2010; Curry et al. 2011; Stamer et al. 2014). Die Erhebungsmethode zur Identifizierung von Organisationsmerkmalen ist häufig das qualitative Interview mit Führungspersonen (Mannion et al. 2005; Hockey & Bates 2010) oder allen Berufsgruppen der Institution (Keroack et al. 2007; Curry et al. 2011). Auch die Methode der teilnehmenden Beobachtung findet in einer Untersuchung im deutschen Kontext Anwendung (Stamer et al. 2014). Die Leistungsfähigkeit einer Organisation wird in allen genannten Studien anhand von Sekundärdaten definiert. Neben komplexen Outcome-Scores, die sich zusammensetzen aus Patientensicherheit, Mortalität, Effektivität und Verteilungsgerechtigkeit (Keroack et al. 2007), werden auch Einzelparameter wie die Häufigkeit von Lungenentzündungen und kognitiven Herzinsuffizienten (Hockey & Bates 2010), Mortalitätsraten nach akutem Myokardinfarkt (Curry et al. 2011) oder patientenbezogene Angaben zum Reha-Erfolg (Stamer et al. 2014) zugrunde gelegt.

Ein organisationsbezogenes Kontextmerkmal, das in einer Vielzahl der genannten qualitativen Untersuchungen als bedeutsam für die Leistungsfähigkeit einer Einrichtung genannt wird, ist die *Führung*. „High performance“ Organisationen scheinen sich durch Führung auszuzeichnen, die Qualität und Service als Leitmotiv lebt (Keroack et al. 2007). Die Führung ist eindeutig festgelegt (Curry et al. 2011), traditionell stark, gibt Ziele vor, übt im angemessenen Umfang Kontrolle aus (Mannion et al. 2005) und zeigt Beständigkeit (Hockney & Bates 2010). Außerdem ist in „high performance“ Organisationen ein gemeinsam geteilter Sinn für Qualität und ein gemeinsames Streben, die Besten sein zu wollen, zu beobachten. Die Patienten und deren Wohlbefinden erlangen dabei oberste Priorität (Curry et al. 2011; Keroack et al. 2007). Auch klar strukturierte Verantwortungs- und Informationssysteme (insbesondere für Qualität, Sicherheit und Service), eine gute Kommunikation und Zusammenarbeit (auch über Disziplinen

³⁶ Für eine erste Orientierung in dem betrachteten Themenfeld werden die Ergebnisse ungeachtet des jeweiligen Versorgungssektors zusammengestellt. Es ist jedoch darauf zu verweisen, dass je nach Sektor Organisationsmerkmale in einem unterschiedlichen Ausmaß für die Versorgung relevant sein können.

hinweg) und das Vorhandensein einer Problemlösungskompetenz bzw. einer Fehlerkultur sind von großer Bedeutung für Leistungsfähigkeit. Hinsichtlich der Personalpolitik wird in den als „gut“ klassifizierten Einrichtungen viel Wert darauf gelegt, dass sich die Beschäftigten mit der Organisation identifizieren (Commitment) (Mannion et al. 2005; Keroack et al. 2007; Hockney & Bates 2010; Curry et al. 2011).

Im Rahmen eines systematischen Reviews wird zudem die Bedeutung einer funktionierenden Teamarbeit für die Leistungsfähigkeit einer Organisation herausgearbeitet (Hoff et al. 2004). Mit gesondertem Blick auf das Gelingen interdisziplinärer Zusammenarbeit sind folgende Merkmale zu nennen: eine eindeutige Führung und Managementeigenschaften, funktionierende Kommunikationsstrategien, die Möglichkeit auf persönliche Belohnung und Fortbildung, eine angemessene Ressourcenausstattung, eine ausgewogene Zusammenstellung unterschiedlicher Fähigkeiten, ein unterstützendes Teamklima sowie eine Vision und das Respektieren von Regeln. Ohne Frage sind darüber hinaus persönliche Eigenschaften für ein funktionierendes interdisziplinäres Team förderlich (Nancarrow 2013).

Übergeordnet betonen Studien, dass die Organisationskultur als entscheidendes Merkmal hoher Leistungsfähigkeit des Systems zu verstehen ist; gemessen an Prozess- und Strukturmerkmalen sowie der Patientenzufriedenheit (z.B. Scott et al. 2003; Mannion et al. 2005; Gregory et al. 2009; Jacobs et al. 2013). Kausale Schlussfolgerungen lassen sich aufgrund methodischer Mängel und unterschiedlicher Definitionen sowie Operationalisierungen des Kulturbegriffs bislang nicht ziehen (Parmelli et al. 2011). Zudem ist die Aussagekraft von einigen Studien (Gregory et al. 2009; Jacobs et al. 2013) auch deshalb fraglich, da die Beurteilung von Organisationsmerkmalen wie die Kultur nicht durch die gesamte Belegschaft, sondern lediglich durch die Führungspersonen vorgenommen wurde.

Auch in Deutschland scheint das Themenfeld der organisationsbezogenen Versorgungsforschung mit Fokus auf die Leistungsfähigkeit des sozialen Systems zunehmend auf Interesse zu stoßen. Im Rahmen einer Untersuchung mit neu diagnostizierten Brustkrebspatienten wurden beispielsweise unterschiedliche Kontextmerkmale von Krankenhäusern und ihr Einfluss auf Parameter, die den Behandlungsprozess³⁷ positiv unterstützen, untersucht: Die von den Brustkrebspatientinnen wahrgenommene Unterstützung durch die behandelnden Ärzte hänge demnach auch von dem Grad des „Or-

³⁷ Hier stehen anders als die vorherigen Studien nicht Outcome-Merkmale als Ausdruck der Ergebnisqualität im Mittelpunkt der Analysen, sondern die Prozessqualität, die neben der Strukturqualität als Vorbedingung zur Erreichung einer hohen Ergebnisqualität gilt (Donabedian 1982).

organisationschaos“ ab (Ansmann et al. 2012). In einer anderen Veröffentlichung wurde diese Skala um die Dimensionen „Erreichbarkeit/ Ansprechbarkeit der Ärzte für Patienten und Angehörige“ sowie „Aufnahmeprozess“ erweitert und insgesamt als Organisationsklima verstanden. Das Organisationsklima hat dabei einen nicht zu vernachlässigenden Einfluss auf die Entstehung einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Interaktion; die Kommunikationskompetenzen bzw. das Verhalten des Arztes alleine reichen nicht aus, um eine zu beobachtende Varianz in der Qualität der Arzt-Patienten-Interaktion zu erklären (Kowalski et al. 2009). Außerdem zeigt eine Benchmarkstudie der „Deutschen Gesellschaft für Qualität“ die Bedeutung von „weichen“ Kontextmerkmalen in Einrichtungen des Gesundheitswesens; als abhängige Variablen wurden hier allerdings erwerbswirtschaftliche Kennzahlen und keine patientenseitigen Outcomes definiert. Defizite in der Führung, der Kommunikation und der Mitarbeitergesundheit stehen den Ergebnissen zufolge in einem Zusammenhang mit definierten betriebswirtschaftlichen Kennzahlen (DGQ 2010).

Der skizzierte Forschungsstand zu „high performance“ Organisationen im Gesundheitswesen verdeutlicht, dass der organisationsbezogene Kontext, das heißt Strukturen, Prozesse und die Kultur einer Einrichtung, für die Leistungsfähigkeit des sozialen Systems bedeutsam ist. Insbesondere die „Organisationskultur“ und damit einhergehende Konzepte, wie *Führung* oder *gemeinsame Werte und Normen*, sind Mittelpunkt der wissenschaftlichen Diskussion. Die Mehrheit der genannten Untersuchungen geht jedoch nicht über die Exploration von Thesen mittels qualitativer Erhebungsverfahren hinaus. Außerdem ist festzustellen, dass die Studien weitestgehend theorielos arbeiten und die einzelnen Erfolgsmerkmale unabhängig voneinander betrachtet werden. Auch im Rahmen eines Reviews, der der Frage nachgeht, wie organisationsbezogene Strukturen, Prozesse auf der einen Seite und die Versorgungsqualität in Krankenhäusern auf der anderen Seite zusammenhängen, konnte herausgearbeitet werden, dass es der empirischen Qualitätsforschung vielfach an einer theoretischen Fundierung mangelt. Theorie wird dabei als Voraussetzung dafür angesehen, dass nicht nur das „was“, sondern auch das „wie“ und „warum“ bearbeitet werden können. Das Review betont außerdem, dass es zunehmend an multizentrischen Designs, Längsschnitt- sowie Mixed-Methods-Untersuchungen und der Modellierung statistischer Mehrebenenanalysen in der Qualitäts- bzw. Versorgungsforschung bedarf (Hearld et al. 2008).

Die in diesem Kapitel skizzierte Problemstellung verdeutlicht insgesamt, warum es notwendig ist, sich von einer überwiegend medizinorientierten oder aber betriebswirtschaftlichen Perspektive auf das Versorgungsgeschehen sowie dessen Qualität abzu-

wenden und den Blick stattdessen gezielt auf sozial-, gesundheits- und organisations-/ arbeitswissenschaftliche Konzepte zu legen. Insbesondere die Empirie zu „high performance“ verdeutlicht, dass eine hohe Versorgungsqualität und damit ein langfristiger Erfolg der Organisationen auch von solchen Merkmalen abhängen, die das organisationale Handeln prägen; in der Medizin oder aber der Betriebswirtschaft erfährt dieser Aspekt des Versorgungsgeschehens nur am Rande Aufmerksamkeit. Folglich mangelt es bislang noch an detaillierten Forschungsergebnissen, die die Qualität des organisationalen Handelns ins Zentrum der theoretischen Betrachtung rücken. Hierin könnte ein weiterer Erklärungsansatz für die empirisch zu beobachtenden unbegründeten Variationen in der Versorgung liegen. Dabei ist abschließend auch darauf zu verweisen, dass speziell für die medizinische Rehabilitation in einer eigens durchgeführten Delphi-Befragung gezeigt werden konnte, dass ausgewiesene Experten eine Kultur ausgeprägter Patientenorientierung und ein hohes Gemeinschaftsgefühl unter den Mitarbeitern als bedeutsam für die patientenseitige Chance auf einen optimalen Behandlungserfolg beurteilen (Kockert & Schott 2011).

3 Stand der Forschung und Entwicklung

Dieses Kapitel dient dazu, den Stand der Forschung und Entwicklung zum Untersuchungsgegenstand unter Berücksichtigung der skizzierten Problemstellung darzulegen. Aufgrund der Komplexität des Forschungsgegenstandes kann dabei nicht auf eine einzige Theorie oder ein einziges Konzept zurückgegriffen werden. Vielmehr sind unterschiedliche theoretische Versatzstücke heranzuziehen und zueinander in Beziehung zu setzen. Die Auswahl einzelner Erklärungsansätze stellt die Basis zur Konzeptualisierung eines Organisationsmodells dar, anhand dessen empirisch zu testende Hypothesen bezüglich der Zusammenhänge und Wechselwirkungen von „high performance“ Merkmalen abgeleitet werden können.

Das Kapitel beginnt mit einer allgemeinen Einführung zu Steuerungsmodi von Organisationen. Im Kern geht es dabei um die Frage, wie es Organisationen gelingen kann, die Beschäftigten zu kooperativem Handeln zu motivieren; das heißt, das Handeln an übergeordneten Ziele auszurichten. Leistungsfähigkeit eines sozialen Systems kooperierender Akteure entsteht nicht von selbst, sondern ist je nach Organisationstypus und Tätigkeit entsprechend zu forcieren. Die Erläuterungen dienen dazu, eine Ordnung von grundsätzlich zu differenzierenden Mechanismen der Leistungssteuerung vorzunehmen, wenngleich bereits an dieser Stelle darauf zu verweisen ist, dass in Organisationen in der Regel Mischformen von Steuerung vorherrschen (siehe Kapitel 3.1). Aufbauend auf diesen Grundlagen werden die in Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung dominierenden Steuerungs- und Kontrollprinzipien vor dem Hintergrund der Organisationstypisierung als „professionelle Bürokratie“ vertieft. Bezugnehmend auf professionssoziologische Ansätze sind Herausforderungen und Widersprüchlichkeiten der Steuerung und Kontrolle zu diskutieren, mit denen Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung konfrontiert sind. Abschließend werden die Grenzen der Leistungssteuerung von Professionellen und Semi-Professionellen verdeutlicht, die den betrieblichen Kern dominieren. In diesem Zusammenhang wird auf Entwicklungen eingegangen, die im Zuge der Einführung von bürokratischen und marktorientierten Steuerungselementen in der gesundheitlichen Versorgung diskutiert werden (z.B. QM, QS). Die Ausführungen münden in der Annahme, dass klassische Formen der Leistungssteuerung in Gesundheitseinrichtungen an Grenzen stoßen können (siehe Kapitel 3.2).

Weiterführend wird die Frage gestellt, wie kooperatives Handeln der Beschäftigten in einer Einrichtung der gesundheitlichen Versorgung gezielt gefördert werden kann. Nach theoretischen Überlegungen erscheint lediglich ein Steuerungsprinzip erfolgversprechend, das mit den Besonderheiten autonomer Arbeitsweisen der (Semi-) Profes-

sionellen vereinbar ist. Entscheidend ist dabei die Annahme, dass das Handeln der Beschäftigten durch ein internalisiertes Wertesystem intrinsisch motiviert ist. Diese Art der „indirekten Leistungssteuerung“ wird in der Organisationsforschung mit dem theoretischen Konstrukt „Sozialkapital“ in Beziehung gesetzt. Im Kern geht es dabei um die Annahme, dass Mitarbeitergesundheit und Unternehmenserfolg wesentlich von dem Vorhandensein gemeinsamer Werte und Normen, einem gegenseitigen Vertrauen und dem damit einhergehenden Gemeinschaftsgefühl abhängen; das heißt, es geht in erster Linie um *kulturelle Aspekte*. Die wissenschaftliche Debatte zum Sozialkapitalansatz – verstanden als Theorie mittlerer Reichweite – stellt den Schwerpunkt der theoretischen Verortung dieser Arbeit dar (siehe Kapitel 3.3).

Sozialkapital wird als „Vertrauensressource“ und damit als grundlegende Voraussetzung eines jeden kooperativen Handelns verstanden. Für Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung nimmt das soziale Kapital auch deshalb eine zentrale Bedeutung ein, da es zur Überwindung naturgemäß vorhandener struktureller Probleme beitragen und der Organisation somit zu „high performance“ verhelfen kann. Darüber hinaus wird Sozialkapital auch zur Unterstützung kooperativen Handelns auf Seiten der Patienten bzw. im Speziellen der Rehabilitanden betrachtet. Dieser Zusammenhang wird durch einen Exkurs zur Krankheitsbewältigung aus soziologischer und neurobiologischer Perspektive vertieft (siehe Kapitel 3.4). Der Stand der Forschung schließt mit einer Zusammenfassung der theoretischen Erkenntnisse, wobei unter Berücksichtigung des Problemhintergrundes eine Fokussierung auf die medizinische Rehabilitation vorgenommen wird (siehe Kapitel 3.5).

3.1 Steuerungs- und Kontrollmechanismen von Organisationen

Ein Grundverständnis zu Steuerungsprinzipien in Organisationen ist notwendig, um die Möglichkeiten und Grenzen der Steuerung und Kontrolle in Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung im Vergleich zu anderen Organisationstypen einordnen zu können. Um die fundamentalen Elemente einer Steuerung und damit die „Natur“ einer Organisation bestimmen zu können, bedarf es stets der Betrachtung des individuellen Handelns in Organisationen. Anders ausgedrückt bedeutet das, dass das vorherrschende Steuerungs- und Kontrollprinzip einer Organisation nur dann bestimmt werden kann, wenn man sich anschaut, wie es gelingt, dass sich der einzelne Beschäftigte kooperativ verhält. Dieser Zusammenhang zwischen dem Steuerungsprinzip auf Organisationsebene und dem individuellen Handeln des Akteurs, ist im Rahmen des sogenannten *Mikro-Makro-Modells* nach Esser (1993) zu verdeutlichen. Dieses Modell prägt die Grundannahmen eines jeden soziologischen Ansatzes. Im Rahmen des Modells

wird versucht „(...) kollektive Phänomene aus dem handelnden Zusammenwirken von Akteuren zu erklären und dabei zu berücksichtigen, auf welche Weise das Handeln der Akteure selbst durch die äußere, zu großen Teilen soziale Situation beeinflusst wird bzw. an dieser orientiert ist“ (Kroneberg 2009, S. 222). Das Modell folgt drei Logiken (Situation, Selektion, Aggregation) und geht dabei stets von einer Wechselwirkung zwischen sozialer Umwelt und individueller Handlung aus (Esser 1993)³⁸. Individuelles Handeln kann damit nicht losgelöst von der sozialen Umwelt „Organisation“ betrachtet werden und andersherum³⁹.

Begriffsbestimmung Steuerung

Steuerung ist in dieser Arbeit nicht als wertneutral zu verstehen. Vielmehr geht es um die Frage, wie das soziale System so gesteuert werden kann, dass eine hohe Leistungsfähigkeit erreicht wird; zu sprechen ist deshalb auch von *Leistungssteuerung*. Leistungssteuerung wird im Allgemeinen verstanden als das Ausrichten der Verhaltens- und Handlungsweisen der Organisationsmitglieder oder -einheiten an den Zielen einer Organisation (Faßbauer & Schirmer 2006); das entspricht zweckorientierter Kooperation. Steuerung ist nicht als eine punktuelle Einflussnahme zu verstehen, sondern meint immer ein dauerhaftes Eingreifen in die soziale Ordnung (Sydow & Windeler 2000). Es geht demnach um Prinzipien, die langfristig in den Organisationen wirken. Da das Handeln von sozialen Akteuren nicht nur gelenkt, sondern auch im Hinblick auf die Zielerreichung überprüft werden muss, hängen Steuerung und Kontrolle eng zusammen und folgen denselben Grundmechanismen.

Generell wird zwischen einer *direkten* und einer *indirekten Steuerung* unterschieden. Direkte Steuerung findet in einem unmittelbaren Kontakt zwischen Akteuren statt. Mittels Kommunikation wird eine Erwartung an den zu steuernden Akteur (z.B. Beschäftigter) gestellt oder eine Handlung nahegelegt. Indirekte Steuerung setzt keine direkte Kommunikation voraus. Das Handeln der Akteure wird vielmehr beeinflusst, indem Rahmenbedingungen verändert werden; das Steuerobjekt ist dadurch indirekt angehalten, das eigene Handeln anzupassen oder beizubehalten. Diese Form der Steuerung wird auch als *Kontextsteuerung* bezeichnet (Fischer 2009). Während direkte Steuerung über die Führung bzw. die Vorgesetzten ausgeführt wird, findet indirekte Steuerung in

³⁸ Im Wesentlichen geht das Modell von der Makro-Ebene aus, der sozialen Situation, in der sich ein Akteur befindet (*Logik der Situation*). Der Akteur wählt in der gegebenen Situation aus bestimmten Handlungsalternativen aus (*Logik der Selektion*). Die Aggregation der individuellen Handlungen führt dann wiederum auf die Makro-Ebene zurück und kann das „kollektive Phänomen“ erklären (*Logik der Aggregation*) (Esser 1993).

³⁹ Dabei ist darauf zu verweisen, dass die Grundideen des Modells ursprünglich nicht von Hartmut Esser, sondern von James Coleman stammen (Miebach 2006).

unterschiedlichen Formen Ausdruck. Beide Formen der Steuerung werden im Laufe des Kapitels weiter erläutert.

Analysemodell zur Unterscheidung von Steuerungs- und Kontrollprinzipien

Nach William G. Ouchi (1980) können drei grundlegende Steuerungsmechanismen voneinander unterschieden werden, die jeweils als direkt oder aber indirekt zu kategorisieren sind. Ouchi (1980) differenziert Steuerungsmechanismen unter Zugrundelegung des *Transaktionskostenansatzes*. Dabei stellt er die Frage, unter welchen Bedingungen eine Organisation welchen grundsätzlichen Steuerungsmechanismus aufweist, um Austauschaktivitäten (Transaktionen) effizient durchzuführen. Transaktion meint in diesem Fall den Austausch der Arbeitsleistung auf Seiten des Beschäftigten gegen eine Entlohnung auf Seiten der Organisation. Das Problem dabei ist, dass beide Seiten nur eine kleine Schnittstelle hinsichtlich eines gemeinsamen Interesses haben. Um diese Schnittstelle zu erweitern und den Beschäftigten somit zu einem kooperativen Handeln im Sinne der Organisationsziele zu bewegen, bedarf es eines effektiven Mechanismus der Veränderung von Handlungsweisen; Steuerungsmechanismen greifen hier regulierend ein. Um das Effizienz versprechende Steuerungsprinzip einer Organisation zu bestimmen, untersucht Ouchi (1980) jeweils zwei Kriterien, die jede Austauschbeziehung auf individueller Ebene prägen. Dabei geht es um

- a. die Kongruenz/ Übereinstimmung von Zielen, die Akteure und Organisation im Rahmen der Transaktion verfolgen und
- b. den Grad, in dem individuelle Leistungen innerhalb einer Transaktion bewertet werden können (z.B. die Entlohnung einer Arbeitsleistung gemessen an einem definierten Wert).

Die Kriterien können in unterschiedlicher Kombination auftreten. Je nachdem, welche Kombination vorliegt, dominiert entweder eine der klassischen Steuerungsformen *Markt* oder *Bürokratie* bzw. *Hierarchie*⁴⁰ oder aber der von Ouchi (1980) alternativ präsentierte Steuerungs- und Kontrollmechanismus *Clan* eine Organisation. Während die Bürokratie als direkte Form der Leistungssteuerung zu verstehen ist, sind der Markt und der Clan der indirekten Form zuzuordnen. Nachfolgend sind die zentralen Annahmen von Ouchi (1980) zu Markt, Bürokratie und Clan unter Ergänzung von Grundthesen bedeutender Autoren dargestellt. Dabei ist bereits an dieser Stelle darauf zu verweisen, dass es sich jeweils um die Reinform eines Steuerungs- und Kontrollprinzips

⁴⁰ Ouchi (1980) nutzt den Begriff *Bürokratie*, um das Steuerungsprinzip zu charakterisieren. Hierarchie stellt jedoch ein ganz zentrales Element dieser Steuerungsform dar und geht einher mit institutionalisierter Macht. Somit wird in dieser Arbeit der Begriff der Hierarchie vorgezogen, wenngleich sich dahinter im Kern eine ähnliche Akzentsetzung verbirgt.

handelt. Vielfach treten die einzelnen Mechanismen kombiniert in den Organisationen auf. Ebenso sind neue Entwicklungen zu beobachten, die dazu führen, dass strategische Eingriffe von Seiten der Organisation zur Vermischung von Grundmechanismen führen.

3.1.1 Markt als Steuerungs- und Kontrollprinzip

Der *Marktmechanismus* verspricht dann besonders effiziente Austauschbeziehungen bzw. Transaktionen, wenn die individuelle Leistungsbewertung eindeutig ist und eine Nichtübereinstimmung/ Inkongruenz von Zielen vorliegt (Ouchi 1980). Ein Beispiel für diese Situation stellt der Beschäftigte in einem Wirtschaftsunternehmen dar: Die Leistung des Arbeitnehmers kann im Rahmen von hier wirkenden Wettbewerbsmechanismen eindeutig bewertet werden. Zwischen der Organisation und dem Beschäftigten besteht jedoch erst einmal eine Ziel-Inkongruenz. Während die Organisation danach strebt den Gewinn zu maximieren, verfolgt der Beschäftigte das Prinzip der Aufwandsminimierung zur Zielerreichung. Die Schnittstelle der Interessen ist damit klein. Um eine Interessenangleichung zu erreichen, nutzt die Organisation externe Anreizsysteme zur Verhaltensänderung ihrer Beschäftigten. Anreize können finanzieller oder materieller Art sein und drücken sich zum Beispiel in einer Gewinnbeteiligung oder der Aussicht auf das Fortsetzen eines Arbeitsverhältnisses aus. Die Transaktion wird auf der Grundlage eines Vertrags durchgeführt, wobei dieser wiederum auf dem Vertrauen basiert, dass die Leistung beidseitig zu ausgehandelten Konditionen durchgeführt wird (ebd.).

Die Grundideen von Leistungssteuerung vermittelt über Wettbewerbsstrukturen gehen zurück auf Thesen des Werks „Der Wohlstand der Nationen“⁴¹ von Adam Smith (1776)⁴²; zu betonen ist, dass Smith sich jedoch nicht auf Organisationen bezog, sondern auf die Gesellschaft bzw. die Nation. In diesem Zusammenhang prominent geworden ist die von Smith metaphorisch bezeichnete „unsichtbare Hand“ (*invisible hand*). Hiermit beschreibt er die Kräfte des Marktes, die wie von einer unsichtbaren Hand gesteuert, das Zusammenspiel von Angebot und Nachfrage regeln. Entscheidend dabei ist, dass der einzelne motiviert durch finanzielle oder materielle Anreize (insbesondere Einkommen) stets einen Beitrag zum Gemeinwohl bzw. zum Volkswohl-

⁴¹ Adam Smith veröffentlichte sein Werk im Jahre 1776 unter dem Originaltitel „An inquiry into the nature and causes of the wealth of nations“. Das Buch wurde 1974 von Horst Claus Recktenwald ins Deutsche übersetzt.

⁴² Das Werk stellt keine in sich geschlossene Theorie dar, sondern fasst vielmehr grundsätzliche Ansichten zum Wirtschaftsliberalismus zusammen, der als Gegenkonzept zum damals vorherrschenden Merkantilismus entwickelt wurde. Adam Smith gilt mit seinem Werk „Der Wohlstand der Nationen“ als Begründer der klassischen Nationalökonomie (van Suntum 2005).

stand leistet. Sein Motiv ist allerdings nicht das Allgemeinwohl, sondern der Eigennutz (Winter & Rommel 1999; van Suntum 2005; Aßländer 2007). Im Originalwerk heißt es hierzu:

„Wenn daher jeder einzelne soviel wie nur möglich danach trachtet, sein Kapital zur Unterstützung der einheimischen Erwerbstätigkeit einzusetzen und dadurch diese lenkt, daß ihr Ertrag den höchsten Wertzuwachs erwarten läßt, dann bemüht sich auch jeder einzelne ganz zwangsläufig, daß das Volkseinkommen im Jahr so groß wie möglich werden wird. Tatsächlich fördert er in der Regel nicht bewußt das Allgemeinwohl, noch weiß er, wie hoch der eigene Beitrag ist. Wenn er es vorzieht, die nationale Wirtschaft anstatt die ausländische zu unterstützen, denkt er eigentlich nur an die eigene Sicherheit, und wenn er dadurch die Erwerbstätigkeit so fördert, daß ihr Ertrag den höchsten Wert erzielen kann, strebt er lediglich nach eigenem Gewinn. Und er wird in diesem wie auch in vielen anderen Fällen von einer unsichtbaren Hand geleitet, um einen Zweck zu fördern, den zu erfüllen er in keiner Weise beabsichtigt hat.“ (Smith 1776; deutsche Übersetzung Recktenwald 1974, 4. Buch, 2. Kapitel, S.371).

Die in diesem Zitat verdeutlichten Grundannahmen gelten auch für Organisationen, die dem Marktmechanismus folgen. Finanzielle oder materielle Anreize steuern das Handeln des Beschäftigten vermittelt über Wettbewerbsstrukturen auf indirekte Art und Weise; ein direktes Eingreifen von Seiten der Organisation wird dadurch überflüssig. Folglich leuchtet es ein, dass diese Form der Steuerung und Kontrolle als besonders effizient gilt. Unter bestimmten Gegebenheiten stößt der Markt aber an Grenzen. Nämlich dann, wenn es Leistungsanbietern (Beschäftigten) z.B. durch ein spezialisiertes Wissen gelingt, ein Monopol zu erlangen, was den Wettbewerbsmechanismus außer Gefecht setzt. Dieses tritt ein, wenn lediglich eine kleine Anzahl an Anbietern existiert, die Leistung unter großer Unsicherheit erbracht wird bzw. einem komplexen, für die Leistungsnehmer (Organisationen) nicht zu beurteilenden Prozess unterliegt oder aber Motive wie Opportunismus und Unvernunft die Oberhand gewinnen. In allen Fällen könnten Leistungsanbieter Preise zu ihren Gunsten veranschlagen. Leistungsnehmer können die Angemessenheit der Leistung oder aber deren Qualität nur mit einem beträchtlichen Aufwand überprüfen; z.B. durch die Hinzuziehung eines externen Gutachters, der über ein umfassendes Wissen in dem jeweiligen Gebiet verfügt. Auch wenn dieses erfolgreich umgesetzt wird, ist der Mechanismus infolge der damit verbundenen gesteigerten Transaktionskosten in der Regel nicht mehr effizient. Somit bedarf es eines anderen Steuerungsprinzips, das die Beschäftigten dazu veranlasst, trotz Inkongruenz der Ziele und doppeldeutiger Bewertung der individuellen Leistungen kooperativ zu handeln (Ouchi 1980).

3.1.2 Hierarchie und Regelkonformität als Steuerungs- und Kontrollprinzip

Anknüpfend an die zuvor dargelegten Erläuterungen zum Scheitern des Marktmechanismus ist nachfolgend auf das Steuerungsmechanismus der Bürokratie bzw. der Hierarchie einzugehen. Austauschbeziehungen, die von hierarchischen sowie bürokratischen Strukturen geprägt sind, kommen dann zum Einsatz, wenn sowohl die Inkongruenz der Ziele als auch die Doppeldeutigkeit der Leistungsbewertung moderat sind. Bürokratie gilt in der Regel als ineffizient. Das Steuerungsprinzip ist jedoch unter oben genannten Bedingungen dem Markt vorzuziehen. Dieses trifft beispielsweise auf Arbeitsleistungen zu, die nicht produktiv sind (Verwaltung). Anreize, die über Wettbewerb vermittelt werden, können hier schwer oder gar nicht greifen. Folglich müssen andere Mechanismen die Effizienz der Organisation sicherstellen. Zum Einsatz kommen in diesem Fall Standards und eine hierarchische Überwachung. Diese bieten wiederum die Grundlage für eine objektive Bewertung der Arbeitsleistung. Das Beschäftigungsverhältnis ist in der Regel von Dauer, wodurch der Beschäftigte Vertrauen in die Organisation hat und folglich bereit ist, seine Arbeitskraft langfristig einzusetzen (Ouchi 1980).

Um an dieser Stelle zentrale Grundcharakteristika einer klassischen Bürokratie, z.B. eines Verwaltungsapparates zu verdeutlichen, ist ein kurzer Einblick in das *Bürokratiemodell* von Max Weber zu geben. Im Rahmen der Entwicklung von Idealtypen der Herrschaft⁴³ beschäftigte sich Weber insbesondere mit den Verwaltungsstrukturen seiner Zeit; das umfasst die Spanne Ende des 19. Jahrhunderts bis Anfang des 20. Jahrhunderts. Im Rahmen des Werkes „Wirtschaft und Gesellschaft“ stellte er die Frage, inwieweit zweckrationales Handeln, das heißt ein Handeln, das sorgfältig durchdacht und hinsichtlich Alternativen abgewogen ist, Effizienz verspricht (Klatetzki & Nokielski 2010; Klatetzki 2012). Die auch heute noch festzustellende Popularität Webers Arbeit ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass eine Reihe an späteren organisations-theoretischen Werken hierauf Bezug nahm (Mayntz 1971; Klatetzki & Nokielski 2010). Mayntz (1971) stellt in ihrem Aufsatz zum Zusammenhang von Max Webers Bürokratiemodell und der Organisationssoziologie jedoch deutlich heraus, dass Weber keinen

⁴³ Weber entwickelte die Idealtypen von Herrschaft im Rahmen des Vorhabens eine Herrschaftssoziologie, als eine „sozialökonomische Dimensionierung der Herrschaftsformen“ (Breuer 1988, S. 315) darzulegen.

für die Organisationstheorie typischen funktionalistischen und systemtheoretischen⁴⁴ Ansatz verfolgte. So war es auch nicht sein Ziel, ein Modell der Organisation zu entwickeln, das universell anwendbar ist und einen Anspruch auf Regelmäßigkeit behauptet. Mit seinen Idealtypen beschreibt Weber vielmehr konkrete Merkmale eines Organisationstypus. Dabei ist auch anzumerken, dass Idealtypen sich grundsätzlich nicht für eine Analyse von empirischen Daten eignen, sondern lediglich für einen Abgleich mit einem konkreten Fall (Stanley 1971). Somit ist der Verweis auf das Bürokratiemodell auch an dieser Stelle lediglich als Beschreibung von zentralen Merkmalen klassischer Bürokratien aufzufassen, anhand dessen ein besseres Verständnis zur Steuerung dieser Organisationsform vermittelt werden kann.

Weber operationalisiert in seinem Werk drei Typen legitimer Herrschaft: die legale, die traditionelle und die charismatische Herrschaft. Die reinste Form legaler Herrschaft stellt der bürokratische Verwaltungsstab dar, wobei Weber mit seiner Terminologie auch die „erwerbswirtschaftlichen oder karitativen oder beliebig anderen private ideelle oder materielle Zwecke verfolgenden Betriebe[n]“ in seine Betrachtung einschließt (Weber 1922, Neuauflage von Winckelmann 1972, S.127). Die bürokratische Herrschaft zeichne sich nach Weber durch unterschiedliche Merkmale aus, die nicht notwendigerweise zugleich auftreten müssen, um eine wirksame Herrschaftsausübung zu versprechen (Mayntz 1971). Als zentrale Charakteristika des „Idealtypen“ können Folgende dargelegt werden: *Erstens* obliegt die Weisungsbefugnis einem Vorgesetzten. Dabei ist nicht „seiner Person, sondern jenen unpersönlichen Ordnungen zu gehorchen“ (Weber 1922, Neuauflage von Winckelmann 1972, S. 125). Anweisungen, die befolgt werden müssen, beziehen sich lediglich auf definierte Zuständigkeiten, wodurch eine klare Verteilung der Arbeitsaufgaben vorgenommen wird. *Zweitens* zeichnet sich der Idealtyp der Bürokratie durch eine Amtshierarchie aus, die das Vorhandensein „fester Kontroll- und Aufsichtsbehörden“ (ebd., S. 125) beschreibt. Aktenmäßigkeit, als *drittes* Merkmal, meint die Notwendigkeit der Verschriftlichung von mindestens – so Weber wörtlich – „Vorerörterungen und Anträgen und die abschließenden Entscheidungen, Verfügungen und Anordnungen aller Art“ (ebd., S. 126). *Viertens* steht auch

⁴⁴ Der Funktionalismus und die Systemtheorie stellen wissenschaftstheoretische und paradigmatische Programme der Organisationsforschung dar. Auf die Grundideen des Funktionalismus wurde bereits im Kapitel 1.2.2 hingewiesen. Bei der Systemtheorie handelt es sich hingegen um eine umfassende *Theorie des Sozialen* bzw. um eine *Theorie der modernen Gesellschaft*; diese geht zurück auf den Soziologen Niklas Luhmann. Durch die Anwendung der Systemtheorie können unterschiedliche Fragen gestellt werden, wodurch die zu beschreibende Ebene und Form der Analyse nicht im Vorhinein bestimmt werden muss (Drepper & Tacke 2010). Funktionalismus und Systemtheorie können jedoch nicht vollkommen unabhängig voneinander betrachtet werden. Vielmehr wird die Systemtheorie nach Niklas Luhmann auch als eine umfassende Erneuerung des Funktionalismus verstanden (Münch 2003). Die Systemtheorie eignet sich aufgrund ihres Abstraktionsniveaus jedoch kaum für empirische Analysen.

die Fachqualifikation⁴⁵ im Zentrum des weber'schen Bürokratiemodells. Diese, durch das Ablegen einer Prüfung, nachgewiesene Qualifikation gilt als notwendige Voraussetzung, um ein Arbeitsverhältnis eingehen zu können, das die eingestellten Personen „als einzigen oder Haupt-Beruf behandeln“ (ebd., S. 127). Zudem erfolgt die Vergütung ausschließlich mit einem festen Gehalt (Geld) (ebd.). Mit diesen vier Merkmalen stellt Weber ein Konzept vor, das die Berechenbarkeit einer Organisation sicherstellen soll; bzw. im Sinne von Ouchi (1980) kooperatives Handeln garantiert. Die im Rahmen des Idealtyps operationalisierten Merkmale treffen in der Empirie in unterschiedlichem Maße auf Organisationen zu:

„Einige Merkmale, die sich allgemein auf die Formalisierung beziehen (Regelordnung und institutionalisierte Aufgabengliederung) gelten ex definitione für alle Organisationen, andere dagegen – z.B. die dauerhafte, vertragliche und bezahlte Bindung der Mitglieder oder die bürokratische Autoritätshierarchie – nur für bestimmte Organisationen.“ (Mayntz 1971, S. 31).

Die Hierarchie ist als entscheidendes Kontroll- und Steuerungsprinzip klassischer Bürokratien herauszustellen. Hierarchie geht immer auch einher mit Macht. Diese obliegt jeweils dem in der Hierarchie höher gestellten Vorgesetzten bzw. den Amts- und Kontrollbehörden, die jeweils übergeordnet sind. Da in klassischen Bürokratien in der Regel standardisierte Arbeitsprozesse ausgeführt werden, die eine externe Kontrolle zulassen, lässt sich die Arbeitssituation wie folgt zusammen:

„Ein Arbeitnehmer in einer solchen Position verfügt somit über einen kleinen Ermessensspielraum; seine Tätigkeiten werden von einem allgemeinen Komplex allgemeiner Regeln gesteuert, und man erwartet von ihm, daß er festgelegten Verfahren folgt. Ein solcher Arbeitnehmer besitzt keine rationale Basis zur Durchleuchtung der Regeln, weil ihm das Wissen um den Gesamtprozeß und die von ihm darin gespielte Rolle fehlt.“ (Scott 1971, S. 206).

Die Grundideen klassischer Bürokratien können auch heute noch Geltung beanspruchen; insbesondere dann, wenn sie in Abgrenzung zu anderen Steuerungsmechanismen betrachtet werden. Darauf hinzuweisen ist an dieser Stelle, dass auch in bürokratischen Verwaltungsapparaten zunehmend Steuerungselemente Einzug halten, die darauf abzielen, die klassische Bürokratie zu reformieren. Diese Entwicklung, die ihren Anfang in Großbritannien, den USA, Australien und Neuseeland nahm, wird unter dem Schlagwort „neues Steuerungsmodell“ oder „New Public Management“ subsummiert (Blanke et al. 2005); in Großbritannien und auch den skandinavischen Ländern wird

⁴⁵ Zu verweisen ist darauf, dass Talcott Parsons in den 1940er Jahren auf eine unzureichende Unterscheidung zwischen der *Amtsautorität* und der *Fachautorität* von Seiten Max Webers hinwies (Klatetzki 2012).

seit den 1990er Jahren auch von dem „new public sector“ gesprochen (Brignall & Modell 2000). Damit einher gehen Grundannahmen eines veränderten Menschenbildes, das den Beschäftigten als Subjekt betrachtet, das jeweils ein eigenes Potenzial in die Arbeit einbringt (Marrs 2010); Personen sind damit, anders als Weber dieses mit seinen Ausführungen implizierte, nicht immer ohne Weiteres austausch- und ersetzbar.

Doch auch die Bürokratie stößt unter bestimmten Bedingungen an Grenzen: Dieses ist dann der Fall, wenn die individuelle Leistungsbewertung mehrdeutig ist, das heißt, dass sich die konkrete Arbeitsleistung nicht ohne größeren Aufwand bewerten lässt, zugleich aber eine hohe Zielkongruenz zwischen Organisation und Beschäftigtem vorliegt. Die Leistungserbringung entzieht sich in diesem Fall einer externen Kontrolle. Ausgeführt werden in der Regel keine standardisierten Arbeitsprozesse, die einem im Vorfeld festgelegten Schema folgen. Vielmehr handelt es sich um individuell ablaufende Vorgänge oder aber vollständig integrierte Prozesse; letzteres meint, dass eine Leistung von einer einzigen, spezialisierten Person erbracht wird. Der Versuch, die Leistung zu überprüfen, ist nur mit einem immensen Aufwand zu realisieren; Transaktionskosten werden hier unvertretbar hoch (Ouchi 1980).

3.1.3 Clan und Moral als Steuerungs- und Kontrollprinzip

Organisationen, die den zuletzt genannten Bedingungen unterliegen, sind durch den sogenannten Clan dominiert; dieser beruht im Wesentlichen auf Solidarität innerhalb einer Gemeinschaft. Der oftmals negativ besetzte Begriff *Clan* ist folglich wertneutral zu verstehen. Zu einem Clan gehören Personen, die sich durch Ähnlichkeit auszeichnen, aber nicht blutsverwandt sind. Ihr Handeln ist geprägt durch gemeinsame Überzeugungen, Werte und Ziele, die die Grundlage einer Interessensangleichung darstellen. Dabei ist der Hinweis bedeutsam, dass auch in Clans hierarchische Strukturen bestehen können; ein formales Regelwerk, das das Handeln innerhalb der Hierarchie eindeutig definiert, existiert jedoch nicht. Im Kern geht es bei einem Clan darum, kooperatives Handeln von Beschäftigten indirekt durch die Internalisierung von Werten und Zielen sicherzustellen. Anders als beim Markt, deren Steuerung und Kontrolle ebenfalls indirekter Natur ist, setzt der Clan nicht auf finanzielle oder materielle Anreize, sondern auf intrinsische Motivation⁴⁶. Individuen sind lediglich bis zu einem gewissen Grad eigennützig orientiert. Entscheidendes Merkmal eines Clans ist darüber hinaus, dass das

⁴⁶ Badura (2014) beschreibt diese intrinsisch motivierte Steuerung ebenfalls als dritte Möglichkeit zur Erlangung kooperativen Handelns neben Markt und Macht. Dabei bezieht er sich jedoch nicht explizit auf ausgewählte Organisationen, die von bestimmten Rahmenbedingungen geprägt sind. Vielmehr ist es eine bis zu einem gewissen Grad für jede Organisation denkbare Steuerung.

Handeln nur innerhalb der Gemeinschaft einer Kontrolle unterliegt; externe Eingriffe sind aufgrund eines Mangels an Spezialwissen außerhalb der Gemeinschaft nicht möglich. Typische Beispiele für Clans sind insbesondere Professionen (z.B. Ärzte, Juristen), Gewerkschaften oder auch Körperschaften (Ouchi 1980).

Die Steuerung und Kontrolle eines Clans basiert auf dem Prinzip eines *Kollegiums*. Malcolm Waters (1989) entwickelte sechs idealtypische Charakteristika eines Kollegiums. An den Prinzipien wird deutlich, welche Grundvoraussetzungen ein Clan erfüllen muss, damit diese indirekte Form der Leistungssteuerung Effizienz verspricht. Die Beziehung der Mitglieder einer Gemeinschaft steht dabei im Betrachtungsfokus. Zentrale Merkmale eines Kollegiums sind:

- *Theoretical Knowledge and Ethical Code*: Das Handeln findet auf der Grundlage eines theoretischen Wissens und unter Berücksichtigung ethischer Normen statt.
- *Professional Career*: Die professionelle Karriere ist durch Phasen charakterisiert. Nach der Akademisierung und der Bewährung erfolgt die Aufnahme in den Kreis des Kollegiums; damit einher geht oftmals ein sicheres Arbeitsverhältnis.
- *Formal Egalitarianism*: Da eine Bewertung der individuellen Leistungen häufig erschwert ist, werden die Mitglieder eines Kollegiums als gleichgestellt betrachtet; unterschiedliche Leistungen können jedoch zu einem unterschiedlichen Ansehen innerhalb des Mitgliederkreises führen.
- *Formal Autonomy*: Die Mitglieder eines Kollegiums bestimmen die Arbeitsinhalte selber und handeln innerhalb dieses Arbeitsfeldes autonom.
- *Scrutiny of Product*: Eine Kontrolle und Überprüfung von Leistungen findet ausschließlich durch die Mitglieder des Kollegiums („peers“) statt. Diese Prozesse laufen in der Regel informell ab.
- *Collective Decision Making*: Entscheidungen werden gemeinsam und unter Berücksichtigung der Ansichten aller Mitglieder der Gemeinschaft getroffen (Waters 1989, S. 956 ff.).

Auf der Grundlage dieser Merkmale klassifiziert Waters (ebd.) unterschiedliche Formen von Organisationen. Dieses ist damit zu begründen, dass die einzelnen Kriterien in einem unterschiedlichen Ausmaß innerhalb einer Organisation in Erscheinung treten⁴⁷. Die reinste Form des Kollegiums findet sich in der Gemeinschaft von Professionellen. Scott (1971) beschreibt sowohl die *Bürokratisierung* als auch die *Professionalisierung* von Organisationen als Prinzipien zur Bewältigung komplexer Aufgaben. Wesentliches Unterscheidungsmerkmal zwischen der Bürokratisierung und der Professionalisierung

⁴⁷ Kollegiale Strukturen treten in Organisationen auch in Kombination mit bürokratischen Strukturen auf. Zu unterscheiden sind die „*ausschließlich kollegiale Organisation*“ (Prototyp: Anwaltskanzlei), die „*überwiegend kollegiale Organisation*“ (Prototyp: Krankenhaus) und die „*intermediäre kollegiale Organisation*“ (Prototyp Schule) (Waters 1989, S.959; Klatetzki 2012).

ist die Qualifikation der Mitarbeiter und die damit zusammenhängende Art der Tätigkeitsausübung; dieses entspricht den genannten Grundannahmen nach Ouchi (1980). In bürokratischen Organisationen wird – wie auch Weber betonte – eine komplexe Aufgabe in einzelne Tätigkeiten zerlegt. Die Ausführung und Kontrolle der Arbeiten werden durch ein definiertes Regelwerk sichergestellt. Professionelle sind, anders als die Beschäftigten einer Bürokratie, mit Fachkenntnissen ausgebildet worden, die sie dazu in die Lage versetzen, einen definierten Arbeitsablauf in den Gesamtprozess einordnen zu können (Scott 1971). Anknüpfend an diese grundsätzliche Unterscheidung werden im nachfolgenden Kapitel zentrale Annahmen der Professionssoziologie mit einer Beschränkung auf den Ansatz des „power approach“⁴⁸ vertieft. Dieses ist hilfreich, um verstehen zu können, was die Stellung von Mitgliedern eines Clans – und im Speziellen der Professionellen – begründet. Schließlich leuchtet es nicht ohne Weiteres ein, dass sich ein Clan, wie Waters (1989) es hervorhebt, autonom, das heißt, losgelöst von externen Eingriffen und Kontrollen, organisiert. Im Anschluss an die Ausführungen zur Professionssoziologie wird dargelegt, unter welchen Gegebenheiten auch der Clan als Steuerungsform scheitern kann. Dieses ist am Beispiel der Gesundheitsorganisation zu vertiefen.

3.1.4 Clan und Ethik als Steuerungs- und Kontrollprinzip der beruflichen Professionalität

Eliot Freidson prägte einen Professionsbegriff, deren Grundthesen auch heute noch Geltung beanspruchen⁴⁹. Seine Beschreibung von einer Profession nahm er idealtypisch anhand der Ärzteschaft vor. Neben der Feststellung, dass eine Profession über ein spezialisiertes Wissen verfügt, ist nach Freidson (1970, 1975)⁵⁰ zentral, dass eine Profession innerhalb eines Arbeitsfeldes einen hohen gesellschaftlichen Status genießt, der ihr ein gewisses Machtpotenzial verleiht. So ist die Ärzteschaft mit dem Privileg ausgestattet als einzige Berufsgruppe gewisse Dienstleistungen im Rahmen der Gesundheitsversorgung anbieten zu dürfen (z.B. Diagnosen stellen, chirurgische Eingriffe durchführen). Damit einher geht das von Freidson (1970) beschriebene Merkmal der „Autonomie“. Dieses bezeichnet den Zustand, dass Arbeitsgebiete und Ausbil-

⁴⁸ Bei der Professionssoziologie handelt es sich um eine spezielle Soziologie, die auf unterschiedlichen gesellschaftstheoretischen Ansätzen basiert. Der „power approach“ stellt eine von mehreren interaktionistischen Betrachtungen von Professionen dar und legt einen Schwerpunkt auf die Frage nach der Macht und dem Einfluss solcher Gruppen. Dieser Ansatz ist abzugrenzen von einer strukturfunktionalistischen Betrachtung der Profession, die ursprünglich von Talcott Parsons erarbeitet wurde (Pfadhauser & Sander 2010).

⁴⁹ Dabei sollte der Hinweis nicht fehlen, dass Freidson nur ein bedeutender Autor in diesem Feld darstellt.

⁵⁰ Das Originalwerk „Profession of Medicine“ (1970) ist 1975 in deutscher Übersetzung unter dem Titel „Dominanz der Experten“ erschienen.

dungsinhalte von der Ärzteschaft definiert und zudem auch von ihr überprüft werden können. Letzteres ist damit zu begründen, dass keine andere Berufsgruppe – zumindest formal gesehen – über das nötige Spezialwissen verfügt; die Selbstkontrolle innerhalb der Ärzteschaft bleibt die einzig realisierbare Kontrollmöglichkeit. Besonders anschaulich wird das Privileg der Ärzteschaft, wenn man sich die altgriechische Bedeutung des Begriffs *autonom* vor Augen führt, das zu übersetzen ist mit „sich selbst Gesetze geben“. Freidson (1970) präzisiert dieses, indem er von einer *organisierten Autonomie* der Ärzteschaft spricht. Dieses umschreibt die Tatsache, dass die Erlangung und die Aufrechterhaltung der Vormachtstellung staatlich unterstützt und nicht alleine durch das spezialisierte Fachwissen zu rechtfertigen ist. Erst die staatlich forcierte Akademisierung verschaffte der Ärzteschaft ihre Privilegien. Freidson (1975) beschreibt die Situation wie folgt:

„Angesichts der großen Bedeutung, die die höhere Bildung für die Elite jenes Zeitalters hatte, gewannen die neuen, an der Hochschule ausgebildeten Ärzte die Unterstützung des Staates, die ihnen auf dem Weg zur alleinigen Entscheidungsbefugnis über alles medizinische Tun verhalf.“ (S. 23).

Der gesellschaftliche Aufstieg und die Festigung des hohen Status der Ärzte werden von Claudia Huerkamp (1985) für Deutschland (Preußen) im historischen Verlauf anschaulich beschrieben: In Deutschland ist der Bedeutung des Staates aufgrund seiner Einflussmöglichkeiten eine noch größere Rolle im Professionalisierungsprozess der Ärzte zuzuschreiben als dieses im angloamerikanischen Raum der Fall war. Noch im späten 18. und frühen 19. Jahrhundert war das Vertrauen der allgemeinen Bevölkerung in die akademisierte Ärzteschaft wenig ausgeprägt. Die Ärzte als geisteswissenschaftlich-philosophisch geprägter Gelehrtenstand leisteten ihre Dienste in erster Linie in der gesellschaftlichen Oberschicht; auf eine kulturelle und soziale Abgrenzung zur Allgemeinbevölkerung wurde großen Wert gelegt. Dennoch war das Sozialprestige der Ärzte in damaliger Zeit begrenzt. So waren sie von ihren gut situierten, sozial besser gestellten Patienten abhängig. Die Entwicklung der Ärzte zum professionellen Experten, der seine Dienste der Allgemeinbevölkerung anbietet und dem in seinem Handeln Autorität sowie Autonomie zugesprochen wird, begann erst im 19. Jahrhundert und steht in einem engen Zusammenhang mit staatlichen Eingriffen und Kontrollen in die Ausbildung und den Zugangsvoraussetzungen des Arztberufes. Huerkamp (1985) drückt diese Entwicklung ähnlich aus wie Freidson (1975), indem sie sagt:

„Professionalisierung bzw. der Anspruch einer Berufsgruppe, als Profession zu gelten, stützt sich eben nicht so sehr auf die – vielleicht nur vermeintliche – Überlegenheit des professionellen Wissens über ein Alltagswissen im gleichen Bereich, als vielmehr auf die

Fähigkeit der „professionals“, eine solche Überlegenheit und Einzigartigkeit des von ihnen beherrschten Wissens gesellschaftlich glaubhaft zu machen und für seine Anwendung staatlichen Schutz vor nicht-professionellen Konkurrenten zu reklamieren.“ (S. 57).⁵¹

Anfang des 20. Jahrhunderts war es der Ärzteschaft gelungen, ihren professionellen Status gegenüber der Öffentlichkeit, ihrer Patienten und des Staates durchzusetzen. Wesentliche Impulsgeber waren die Verwissenschaftlichung und Spezialisierung der Medizin sowie die universitäre Ausbildung und die Ausdehnung des medizinischen Marktes. Letzteres ist zum einen mit der staatlichen Verordnung von medizinischen Maßnahmen für die Allgemeinbevölkerung (z.B. Pockenimpfung) zu erklären. Zum anderen spielte auch die Einführung und Erweiterung des Versicherungsprinzips eine entscheidende Rolle in der Herstellung von Akzeptanz und vor allem Zugang zur akademisierten Ärzteschaft. Durch ihre langjährige Berufsorganisation gelang es den Ärzten letztlich ihre Autonomie auch gegenüber der Krankenversicherung aufrechtzuerhalten (Huerkamp 1985). Die Bedeutung einflussreicher Interessenverbände wird auch heute noch als ein entscheidender Aspekt auf dem Weg zur Professionalisierung von Berufsgruppen verstanden.⁵² Die verbandlichen Organisationsstrukturen der Ärzteschaft stellen im Vergleich zu allen übrigen Gesundheitsberufen nach wie vor eine Besonderheit dar. Das Ergebnis des von Huerkamp (ebd.) beschriebenen Prozesses des staatlich subventionierten Zugangs der Allgemeinbevölkerung zur medizinischen Versorgung wird auch von Freidson als ein Professionsmerkmal formuliert. So muss ein professionelles Handeln immer im Interesse des Staates sein oder aber einen Nutzen für die Gesellschaft haben. Das heißt, es geht um einen Dienst im Allgemeinwohl und nicht um ein Handeln im Eigennutz (Freidson 2001)⁵³.

⁵¹ Zu nennen ist in diesem Zusammenhang die 1825 in Kraft getretene preußische Prüfungsreform, die als Ausgangspunkt der Monopolstellung der Ärzte und der Bildung eines Einheitsstandes erklärt wird. Den zu damaliger Zeit insbesondere in ländlichen Regionen praktizierenden nicht-akademischen Berufsgruppen (vorwiegend Wundärzte erster Klasse) wurde als medizinisches Hilfspersonal eine untergeordnete, aber zur Aufrechterhaltung der ländlichen Versorgung dennoch notwendige Rolle zugesprochen (Huerkamp 1985).

⁵² Für die Ärzteschaft existieren heutzutage neben den ärztlichen Körperschaften (Landesärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen) freie Ärzteverbände; diese, die für alle Mediziner offenstehen (Marburger Bund, Hartmannbund und NAV-Virchow-Bund) und diese, die sich für spezialisierte Arztgruppen zusammenschlossen. Zu verweisen ist dabei auf zweierlei Aspekte: Die Ärzteverbände gelten immer noch als einflussreich, wenngleich zu betonen ist, dass die politische Vetomacht in den letzten Jahren bereits abnahm (Bandelow 2007). Darüber hinaus darf nicht in Vergessenheit geraten, dass die Ärzteschaft als solche eine sehr heterogene Gruppe darstellt, sodass beispielsweise die Rolle der Hausärzte stets gesondert von der Rolle der Fachärzte betrachtet werden muss. Die Frage nach dem Status im interdisziplinären Team kann jedoch für alle Ärzte ähnlich betrachtet werden; gruppenspezifische Besonderheiten sind damit jedoch nicht auszuschließen.

⁵³ Zur Verdeutlichung dieses Merkmals ist darauf zu verweisen, dass Freidson (1970) lediglich den praktizierenden Ärzten, nicht aber den in der Wissenschaft tätigen Medizinern den Status einer Profession zuspricht; obwohl sie von Haus aus derselben Berufsgruppe angehören.

Freidson (1970) betonte außerdem die asymmetrische Beziehung zwischen Arzt und Patient als charakteristisch für die Professionalität. Die Asymmetrie ist darauf zurückzuführen, dass der Arzt aufgrund seines spezifischen Fachwissens über einen Wissensvorteil gegenüber dem Patienten verfügt; dem Patienten ist es als Laie nicht möglich, die Angemessenheit der Diagnose oder Behandlung zu prüfen⁵⁴. Gleichzeitig ist der Arzt immer auf die Kooperation des Patienten angewiesen, um überhaupt eine Diagnose stellen oder aber eine Behandlung einleiten zu können. Auch in der heutigen Wissenschaftsdebatte zur Dienstleistungsarbeit wird die asymmetrische Beziehung als ein entscheidendes Abgrenzungsmerkmal des professionellen Handelns von allen übrigen Dienstleistungen beschrieben (Böhle 2006; Dunkel & Wehrich 2011). Di Luzio (2005, 2006) setzt an dieser Beziehungskonstellation an und definiert ein von den Klienten entgegengebrachtes Vertrauen als weiteres zentrales Merkmal einer Profession. Dabei greift sie auf den Vertrauensbegriff von Niklas Luhmann zurück und betont, dass der Patient gegenüber dem Arzt in eine „riskante Vorleistung“ tritt, da es ihm unmöglich ist, die Folgen der einzugehenden medizinischen Behandlung abzuschätzen. Vertrauen wird in diesem Zusammenhang als Reduktion von Komplexität verstanden. Das bedeutet, dass sich jeder Patient nur aufgrund eines von ihm entgegengebrachten Vertrauens in die Behandlung und „in die Hände“ des Behandlers begibt. Di Luzio (ebd.) präzisiert diese Umschreibung mit einem von dem Patienten entgegengebrachten *institutionellen Vertrauen*: Das Vertrauen gilt nicht der einzelnen Person, sondern der Person als ein Repräsentant einer Profession. Damit wird die von Freidson (1970, 2001) betonte Aussage, dass der professionelle Status einer Berufsgruppe in erster Linie mit gesellschaftlichen Annahmen über diese Berufsgruppe zu begründen ist, auch von Di Luzio (2005, 2006) bekräftigt.

Die genannten Charakteristika einer Profession werden heute zur Umschreibung „beruflicher Professionalität“⁵⁵ weiter bestätigt:

„Er [der Diskurs um die berufliche Professionalität] beinhaltet Vertrauensbeziehungen zum Professionellen sowohl von Seiten der Anstellungsträger [das meint die Organisati-

⁵⁴ Zu betonen ist an dieser Stelle, dass die Asymmetrie der Beziehung sich erst mit der Verwissenschaftlichung der Medizin änderte. Ohne die experimentelle Naturwissenschaft war die Autorität der Ärzte begrenzt und ihr Handeln wurde mit Patienten und Angehörigen stets diskutiert (Huerkamp 1985).

⁵⁵ Im Rahmen des wissenschaftlichen Diskurses über Professionalität und Professionalisierung wird aktuell eine Unterscheidung zwischen der „beruflichen Professionalität“ und der „organisationalen Professionalität“ vorgenommen. Letztere ist darauf zurückzuführen, dass das Management in Organisationen moderner Gesellschaften zunehmend das Professionskonzept als Steuerungsinstrument nutzt. Das Grundverständnis von Professionalität wird innerhalb von Organisationen angewandt, um Dienstleistungsarbeit zu gestalten. Manager zielen darauf ab, exklusive Verantwortungsbereiche zu definieren, Autonomie und eine berufsinterne oder teaminterne Kontrolle zu erlangen. Dabei nutzen sie jedoch Elemente, die der beruflichen Professionalität fern sind wie z.B. bürokratische, hierarchische Kontrolle, organisationale und betriebliche Ziele oder Standardisierung von Arbeitsvorgängen (Evetts 2009).

on] als auch der Klienten. Er basiert in komplexen Situationen auf der Autonomie, der Ermessens-Entscheidung und dem Beurteilungsvermögen der Professionellen. Er ist abhängig von allgemeinen und übermäßig langwierigen Bildungssystemen und Ausbildungen und der Entwicklung einer starken beruflichen Identität und Arbeitskultur. Kontrollen werden von den Professionellen selbst operationalisiert, die sich an den Richtlinien der Professionsethik orientieren, die von professionellen Instituten und Verbänden überwacht werden.“ (Evetts 2009, S. 164)⁵⁶.

Im Gesundheitswesen ist der Diskurs eines Professionalisierungsprozesses weiterer Berufsgruppen neben der Ärzteschaft präsent (z.B. Bollinger et al. 2005). Dabei steht die Frage der Neugestaltung von Aufgaben- und Kompetenzbereichen in der gesundheitlichen Versorgung im Mittelpunkt (z.B. Höppner & Kuhlmeier 2009). Gemäß der Definition zur beruflichen Professionalität von Evetts (2009) lassen sich einige Merkmale des Professionsbegriffs auf die Mehrzahl nicht-ärztlicher Berufsgruppen übertragen; ausgenommen ist jedoch die einflussreiche berufsständische Organisation. Herauszustellen ist, dass die Arbeit dieser Berufsgruppen, genau wie die der Ärzteschaft, stets auf Vertrauensbeziehungen baut, im Rahmen dessen autonome Entscheidungen auf der Basis eines Wertesystems getroffen werden müssen. Somit können auch diese Tätigkeiten als komplexe Arbeitsvorgänge verstanden werden, die sich vielfach einer externen Kontrolle entziehen. Die Effektivität der damit einhergehenden internalisierten Steuerung des Handelns kann mit einem Exkurs in die Neurobiologie weiter verdeutlicht werden.

3.1.5 Exkurs zu neurobiologischen Grundlagen (professioneller) Sozialisierung

In den 1960er Jahren wurde es durch eine Verknüpfung von Erkenntnissen der Neurowissenschaft – das heißt, der Lehre der Hirnprozesse – sowie des Behaviorismus und der kognitiven Psychologie möglich, höhere Hirnfunktionen zu untersuchen und dadurch besser zu verstehen (Kendal 2006). Im Zuge dieser interdisziplinären Forschung gewonnene Erkenntnisse sind auch von Relevanz, um Sozialisierung, das heißt die Internalisierung bzw. die selbstverständliche Übernahme von Werten sowie Handlungsweisen und damit eine intrinsisch motivierte Steuerung weiter zu erklären. Herauszustellen ist die Entdeckung, dass das Denken, Handeln und Fühlen der Menschen eine neurobiologische Grundlage hat; die erlangten Fortschritte der letzten Jahre gaben Anlass, um von einer „Biologie des Geistes“ zu sprechen (ebd.). Das menschliche Gehirn gehört neben dem Rückenmark zum Zentralnervensystem. Eine Funktionseinheit des Gehirns stellt das limbische System dar; ein komplexes Netzwerk neu-

⁵⁶ Der Text wurde aus dem englischen von Silvia und Andreas Schröer übersetzt.

ronaler Verschaltungen. Dieses dient dazu, die Interaktionen zwischen unterschiedlichen Hirnarealen zu harmonisieren, um dadurch Lernen, emotionales Verhalten und die Entwicklung eines impliziten und expliziten Gedächtnisses⁵⁷ zu ermöglichen (Rohkamp 2009). Dabei ablaufende Prozesse basieren auf naturwissenschaftlich erklärba- ren zellulären und molekularen Mechanismen (Kendal 2006).

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde die Annahme vertreten, dass das System neuronaler Netze ausschließlich in der frühen Kindheit festgelegt wird. Heute weiß man, dass diese Zeit für die Ausprägung synaptischer Verbindungen und damit die im Gehirn angelegten Strukturen eine zentrale Rolle spielt, eine Veränderung in der Verschaltung der Nervenzellen jedoch bis ins hohe Alter möglich ist. Der Umbau im neuronalen System basiert auf einer veränderten Stärke zwischen synaptischen Verbindungen. Der auslösende Reiz ist für gewöhnlich ein Lernprozess. Dieses meint nicht ein angeeignetes, auswendig gelerntes Wissen, sondern Erfahrungen; das heißt, Lösungen, die als erfolgreich abgespeichert wurden. Mit zunehmender Häufigkeit und Dauer eines solchen Lernprozesses können sich Denk- und Handlungsweisen auf der Basis neurobiologischer Interaktionen verfestigen (Kendal 2006; Hüther 2011). Unter Zugrundelegung dieser skizzierten Ausführungen wird verständlich, dass auch die Sozialisierung in der Medizin oder einer verwandten Disziplin einen Lernprozess umfasst, der sich auf zellulärer und molekularer Ebene im Gehirn niederschlägt. Sozialisierung ist damit nicht nur ein theoretisches Konzept der Sozialwissenschaft, sondern gleichsam ein neurobiologischer Prozess, was die Effektivität menschlicher Steuerung auf der Grundlage von internalisierten Werten unterstreicht. Gleichzeitig erklärt dieses jedoch auch, warum internalisierte Werte und Normen von beständiger Dauer sind und nicht ohne weiteres abzulegen sind. Um ein von verinnerlichten Maßstäben abweichendes Handeln zu erlangen, bedarf es großer Aufmerksamkeit.

Im institutionalisierten Kontext kann eine starke und einseitige Orientierung an der eigenen Berufsethik und den damit einhergehenden Denk- und Handlungsweisen zu Herausforderungen auf Seiten der Organisation führen. Besondere Beachtung ist der Ärzteschaft zu widmen, die im Vergleich zu allen anderen Berufsgruppen, die in der gesundheitlichen Versorgung tätig sind, immer noch die einzige wirkliche Profession darstellt. Nicht nur die Berufsethik, sondern auch die ihnen zugesprochene „Vormacht-

⁵⁷ Das implizite Gedächtnis wird auch als Handlungsgedächtnis bezeichnet. Es versetzt den Menschen in die Lage, Dinge wahrzunehmen oder Handlungen umzusetzen, ohne darüber nachdenken zu müssen. Neben einfachen Bewegungsfertigkeiten (z.B. Gehen) können auch komplexere Inhalte verinnerlicht werden, die sich ebenso einer bewussten Kontrolle entziehen. Das explizite Gedächtnis beinhaltet Informationen, die bewusst abgespeichert und abgerufen werden (z.B. Noten lesen). Man spricht auch von dem Gedächtnis für Menschen, Orte und Objekte; die Aktivierung setzt Aufmerksamkeit voraus. Aufmerksamkeitssignale werden wiederum durch biochemische Prozesse im Gehirn vermittelt (Kendal 2006).

stellung“ werden verinnerlicht. Letzterem wird auch gesetzlich Ausdruck verliehen, indem der Arzt im Kontext berufsgruppenübergreifender Zusammenarbeit stets Alleinverantwortlicher in der Versorgung bleibt (§ 15 Abs. 2 SGB VI). Dadurch wird ihm das Recht auf Kontrolle und unter Einschränkung auch eine Weisungsbefugnis gegenüber allen weiteren Berufsgruppen übertragen. Inwieweit dieses als gerechtfertigt anzusehen ist, kann hier nicht weiter diskutiert werden. Durch die Anwendung des Professionsbegriffs gemäß dem Ansatz des „power approach“ (siehe Kapitel 3.1.4) ist es jedoch gerechtfertigt, die Rolle der Ärzte im berufsgruppenübergreifenden Team zumindest kritisch zu hinterfragen. Die Erlangung einer Vormachtstellung ist in erster Linie als ein Prozess zu verstehen, der interessensgeleitet und staatlich beeinflusst war bzw. ist und nicht ausschließlich inhaltlich begründet werden kann. Inwiefern die Sozialisierung in der Medizin Auswirkungen auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit im institutionellen Kontext hat, ist nachfolgend darzulegen. Dieses stellt jedoch nur eine Herausforderung von vielen dar, die solche Organisationen überwinden müssen, um das Handeln aller beteiligten Personen in Einklang zu bringen und an übergeordneten Zielen auszurichten.

3.2 Steuerungs- und Kontrollformen in Gesundheitseinrichtungen

Wie dargelegt versprechen Steuerungs- und Kontrollprinzipien jeweils eine eigene Effizienz und stoßen unter gewissen Bedingungen an Grenzen. Fasst man die zentralen Aussagen der unterschiedlichen Funktionsweisen nach Ouchi (1980) noch einmal zusammen, so ist Folgendes festzuhalten:

- a. *Markt* steuert durch finanzielle und materielle Anreize, die über Wettbewerbsstrukturen vermittelt werden,
- b. *Bürokratie* setzt auf hierarchische Strukturen sowie den Einsatz eines festen Regelwerks und Kontrollen,
- c. *Clan* basiert auf einer inneren Überzeugungshaltung und der gegenseitigen Kontrolle innerhalb einer Gemeinschaft von Gleichen.

Mit zunehmender Komplexität einer Organisation nimmt auch die Aufgabenvielfalt der Beschäftigten zu. Dieses hat wiederum zur Folge, dass Organisationen nicht von einem einzigen Steuerungsprinzip dominiert sind. Damit einher geht auch Litwaks (1971) Kritik an dem Bürokratiemodell von Max Weber. Nicht in allen Organisationen, die bürokratische Steuerungs- und Kontrollelemente aufweisen, werden seiner Argumentation nach, auch gleichförmige, das heißt sich wiederholende Aufgaben ausgeführt. In komplexen Organisationen wird ein für alle Aufgaben gleichermaßen anzuwendendes Regelwerk deshalb unbrauchbar und kann nur eingeschränkt Geltung beanspruchen.

Organisationen, in denen sich wiederholende, aber auch individuell ablaufende Aufgaben umgesetzt werden, sind nicht als klassische Bürokratie aufzufassen (Litwak 1971). Auch Organisationen der gesundheitlichen Versorgung sehen sich mit dieser Herausforderung konfrontiert. Der betriebliche Kern zeichnet sich insbesondere dadurch aus, dass hoch qualifizierte Berufsgruppen, die als Professionelle oder aber Semi-Professionelle agieren, beschäftigt werden. Die hier dominierende Steuerung und Kontrolle des Handelns ist grundlegend von diesen Prinzipien zu unterscheiden, denen alle übrigen Organisationseinheiten folgen. In der Literatur ist deshalb auch von „professionellen Bürokratien“ die Rede.

Um die Charakteristika einer „professionellen Bürokratie“ und damit zusammenhängende Herausforderungen der Steuerung und Kontrolle darzulegen, wird nachfolgend auf die Ausführungen klassischer Werke eingegangen. Die Typisierung einer Gesundheitseinrichtung als „professionelle Bürokratie“ ist bis heute zu bestätigen. Eine soziologische Analyse zeigt am Beispiel des Krankenhauses, dass ein vermuteter *Archetyp* bislang nicht zu beschreiben ist; das meint einen Nachfolger der Organisationsform, der sich noch in den Anfängen der Entwicklung befindet. Ein konsistenter Wandel, deren Ursache in den Einzug findenden Managementinstrumenten vermutet wird, sei durch eine Reihe externer und interner Besonderheiten einer Gesundheitseinrichtung erschwert. Insbesondere die Beschäftigung von Professionellen stehe der Entwicklung eines Archetypen – zumindest bislang – entgegen (Iseringhausen & Staender 2012). Das Thema Wandel der Leistungssteuerung in Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung gewinnt allerdings im wissenschaftlichen Diskurs zunehmend an Bedeutung und wird zum Teil kritisch diskutiert. So finden bereits heute marktorientierte Managementelemente Anwendung, die von Politik und Gesellschaft im Zuge ökonomischer Engpässe und angestrebter Modernisierungstrends gefordert werden. Auf diese Tendenzen ist entsprechend einzugehen, um eine abschließende Bilanz hinsichtlich der Möglichkeiten und Herausforderungen einer effizienten Leistungssteuerung ziehen zu können.

3.2.1 Gesundheitseinrichtungen als „professionelle Bürokratien“

Autoren, die unter Berücksichtigung bürokratischer Merkmale die Besonderheiten von professionellen Organisationen beschreiben, sind u.a. W. Richard Scott (1965), Eugene Litwak (1971) und Henry Mintzberg (1992); verwiesen werden kann ebenfalls auf die von Waters (1989) beschriebene „überwiegend kollegiale“ Organisation. Bei allen Autoren geht es um die parallele und zum Teil auch verschränkte Existenz von bürokratischen und professionellen Steuerungsprinzipien in komplexen Organisationen.

Während Scott (1965) von einer „autonomen professionellen Organisation“ spricht, ist bei Litwak (1971) von einer „professionellen Bürokratie“, als eine von drei alternativen Bürokratiemodellen nach Max Weber, und bei Mintzberg (1992) von einer „Profioorganisation“ oder „Profibürokratie“ die Rede. Wesentliches Merkmal professioneller Bürokratien ist eine strikte Trennung der Kompetenzbereiche zwischen den professionell Handelnden im betrieblichen Kern und, wie Mintzberg (1992) es nennt, der strategischen Spitze, der Technostruktur (z.B. Qualitätsmanagement) und des Hilfsstabs (z.B. Verwaltung, Presseabteilung).

In Gesundheitseinrichtungen stellt das Kerngeschehen die Diagnostik sowie die medizinische, therapeutische und pflegerische Behandlung dar. Entsprechend der herausgearbeiteten Kerncharakteristika beruflicher Professionalität prägen die Merkmale *Autonomie* und *Demokratie* auch die Organisation, in der Professionelle beschäftigt sind. Autonomie meint, dass Professionelle als Experten in begrenzten Tätigkeiten selbstbestimmt und unabhängig handeln können. Selbst von einer Absprache mit den direkten Kollegen sind die professionell Tätigen innerhalb der Organisation weitestgehend befreit (Mintzberg 1992). Im institutionellen Kontext betrifft dieses nicht nur die Ärzteschaft, sondern unter Einschränkung auch die Semi-Professionellen. So arbeiten insbesondere die therapeutischen Berufsgruppen weitestgehend eigenständig und unabhängig (Peter 2006). Die Situation kann dabei wie folgt zusammengefasst werden:

„Die Profioorganisation (...) ist demokratisch, indem sie die Macht direkt an ihre betrieblichen Mitarbeiter (zumindest an die professionellen Mitarbeiter) weitergibt; und sie gestattet umfassende Autonomie, indem sie ihre Mitarbeiter sogar von der Notwendigkeit, sich mit ihren Kollegen zwecks Koordination abzustimmen, befreit und die damit verbundenen Zwangssituationen und politischen Auseinandersetzungen vermeidet.“ (Mintzberg 1992, S. 276).

Das damit bereits angesprochene zweite Merkmal Demokratie meint, dass „Macht“ von der Geschäftsführung direkt an qualifizierte Experten übertragen wird. Diese Delegation von Macht und Entscheidungsbefugnissen wird auch als *horizontale Dezentralisierung* bezeichnet. Beschäftigte werden aufgrund ihres spezialisierten Wissens zu Führungspersonen innerhalb eines definierten Tätigkeitsbereichs (Mintzberg 1992); Autonomie und Demokratie hängen demnach eng zusammen. Insbesondere in Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung, in denen eine Reihe an unterschiedlichen Berufsgruppen an der Versorgung beteiligt ist (z.B. Reha-Einrichtung), lässt sich das Prinzip der horizontalen Dezentralisierung veranschaulichen: So ist jede Berufsgruppe einer Führungsperson unterstellt, die derselben Berufsgruppe angehört; diese Beschäf-

tigtengruppe bildet die mittlere Führungsebene. Darüber hinaus existiert auch weiterhin die sogenannte *vertikale Dezentralisierung*; verstanden als Linienautorität. Diese ist dadurch charakterisiert, dass Entscheidungen formal entlang der Autorität bzw. der Hierarchie getroffen werden, an dessen Spitze die Geschäftsführung steht (ebd.).

Neben der Tatsache, dass die Geschäftsführung in Gesundheitseinrichtungen – zumindest formal – oberstes Kontroll- und Steuerungsorgan bleibt, ist innerhalb des betrieblichen Kerns eine eigene Linienautorität zu beobachten, die parallel zur horizontalen Dezentralisierung besteht. An der Spitze der Hierarchie steht dabei die Ärzteschaft – als gesetzlich alleinverantwortlich innerhalb der Behandlung (§ 15 Abs. 2 SGB VI). Zu einem gewissen Grad bleiben die therapeutischen Berufsgruppen somit abhängig von der Entscheidung der Ärzte (Peter 2006). Zwar können die therapeutischen Berufsgruppen die Behandlungsinhalte weitestgehend eigenständig gestalten, die grundsätzliche Frage, ob ein Patient die therapeutische Behandlung benötigt, liegt aber in erster Linie in der Entscheidung des Arztes. Freidson (1970) vergleicht die Rolle des Arztes mit der eines obersten Richters innerhalb der Organisation. Die Situation charakterisiert er dabei wie folgt:

„Others, usually called paramedical, are part of a division of labor organized into a hierarchy of authority, established and enforced by law, and swinging around the dominant authority and responsibility of medical profession.“ (1975, S. 76).

Neben den Besonderheiten im betrieblichen Kern ist außerdem zu betonen, dass alle weiteren Organisationseinheiten einer vertikalen Dezentralisierung unterliegen. Das heißt, dass kooperatives Handeln hier in erster Linie durch Hierarchie und ein bürokratisches Regelwerk sichergestellt wird. Auch wenn keine Weisungsbefugnis gegenüber dem betrieblichen Kern besteht, so ist den Beschäftigten der strategischen Spitze, der Technostruktur und des Hilfsstabs dennoch eine indirekte „Macht“ gegenüber den (Semi-) Professionellen zuzusprechen. Aufgaben wie die Ressourcenbeschaffung (z.B. Patientenakquise, medizinisch-technische Ausstattung der Räume) werden vom Hilfsstab und der Technostruktur ausgeführt, wodurch die Professionellen eine gewisse Abhängigkeit entwickeln (Mintzberg 1992).

3.2.2 Strukturelle Folgen konfligierender Leistungssteuerungs- und Kontrollmechanismen in „professionellen Bürokratien“

Die Kombination der Steuerungs- und Kontrollmechanismen Clan und Bürokratie führt in den Organisationen häufig zu strukturellen Herausforderungen oder gar Problemen. Zu unterscheiden ist zwischen a.) Strukturproblemen innerhalb des betrieblichen Kerns

und b.) Strukturproblemen, die zwischen verschiedenen Organisationseinheiten auftreten. Beide Situationen stellen die Ursache dafür dar, dass eine Organisation ein Effizienz einbüßen kann.

Strukturelle Probleme des betrieblichen Kerns

Ohne eine „gemeinsame Identität“ kann die horizontale Dezentralisierung und das Zugeständnis von Autonomie im betrieblichen Kern dazu führen, dass die Berufsgruppen voneinander unabhängig arbeiten. Jede Berufsgruppe würde in diesem Fall eine eigene Einheit mit einem eigenen Vorgesetzten bilden. Die Folge kann eine „Ansammlung professioneller ‚Projekte‘“ (Klatetzki 2012, S.176) sein. In diesem Fall ist insbesondere die Formulierung gemeinsamer Ziele und Aufgaben erschwert. Herauszustellen ist dabei die Rolle der Ärzteschaft, der aufgrund einer übergeordneten Führungsverantwortung innerhalb des betrieblichen Kerns (Linienautorität) eine Schlüsselkompetenz in der Gestaltung kooperativer Strukturen zuzusprechen ist. Zur Verdeutlichung dieser Annahme ist auf eine Fallstudie zu verweisen, die schildert, wie sich die gesellschaftlich geschürte und historisch gewachsene Dominanz der Ärzte auch heute noch im Praxisalltag niederschlagen kann. Dabei steht die Gestaltung von berufsgruppenübergreifenden Teamsitzungen in der Rehabilitation im Einrichtungsvergleich im Betrachtungsmittelpunkt: Während in einigen Einrichtungen eine aktive Beteiligung aller Berufsgruppen in den Teamsitzungen erwünscht ist – was einem modernen Verständnis in der gesundheitlichen Versorgung entspricht – gibt es daneben immer noch Einrichtungen, die sich durch eine starke „Vormachtstellung der Ärzteschaft“ auszeichnen. Teamsitzungen bestehen in diesen Einrichtungen trotz Anwesenheit weiterer Berufsgruppen aus einem einseitigen Austausch unter den Ärzten; eine Delegation von ärztlichen Aufgaben und Verantwortlichkeiten sowie die zunehmende Integration der einzelnen Berufsgruppen ist in diesen Einrichtungen in der Regel kein Thema (Stamer et al. 2014).

Um die Leistungsfähigkeit des Systems langfristig sicherzustellen, ist es notwendig, dass die auf Solidarität bauende Gemeinschaft alle Mitglieder des betrieblichen Kerns gleichberechtigt einschließt. Die historisch gewachsene Vormachtstellung der Ärzteschaft ist demnach den institutionellen Gegebenheiten und den damit einhergehenden Organisationszielen unterzuordnen. Erst dann ist davon auszugehen, dass der Clan als berufsgruppenübergreifendes Steuerungsprinzip effizient ist. Besonders hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit, dass Beschäftigte sich nicht ausschließlich als Vertreter der eigenen (Semi-) Profession, sondern in erster Linie als Mitglied einer Organisation verstehen müssen. Der große Ermessensspielraum führt

jedoch häufig dazu, dass die Sozialisierung in der Organisation erschwert ist (Mintzberg 1992).

Strukturelle Probleme zwischen Organisationseinheiten

Wie bereits Scott (1971) betonte, handelt es sich sowohl bei der Bürokratie als auch beim Clan um Steuerungsmechanismen, die zur Bewältigung komplexer Aufgaben herangezogen werden. Widersprüchlichkeiten, die auftreten, wenn beide Steuerungsmodi zusammentreffen, werden häufig als Ursache eines hohen Konfliktpotenzials innerhalb von Organisationen angesehen. Insbesondere die Beschäftigten außerhalb des betrieblichen Kerns neigen dazu, wahrgenommene organisationsinterne Probleme als Folge einer mangelnden Kontrolle im betrieblichen Kern zu interpretieren. Entsprechend der Logik ihres eigenen Steuerungs- und Kontrollprinzips versuchen sie deshalb, den Problemen mittels Standardisierung und kontinuierlicher Evaluierung von Arbeitsprozessen und -produkten entgegenzuwirken. Die Besonderheiten des betrieblichen Kerns, das heißt, die Notwendigkeit eines Zugestehens Prozesse autonom und flexibel zu gestalten, finden dabei häufig unzureichend Berücksichtigung (Mintzberg 1992).

Die damit gekennzeichneten Reaktion der Beschäftigten außerhalb des betrieblichen Kerns kommt insbesondere in der Implementierung von internen Qualitätsmanagementsystemen zum Tragen; diese gehen einher mit Akkreditierungen, Auditierungen, klinischen Behandlungspfaden und Therapiestandards (siehe Kapitel 2.1.2). Professionelles Handeln basiert in erster Linie auf sozialem Geschick, Individualität, Autonomie und Kompetenz (Klatetzki 2010; Evetts 2011). Plsek & Wilson (2001) sprechen auch davon, dass die Organisationen fälschlicherweise als Maschinen betrachtet werden, deren Funktionieren durch Prozesskontrollen, spezifische Vorgaben in der Zielerreichung sowie deren Überwachung sichergestellt werden soll. Dabei werde vergessen, dass ein gewisser Grad an Variation Teil eines jeden komplexen Systems und für innovatives Handeln zwingend erforderlich ist (ebd.).

Die Befürchtung, dass zunehmende Kontrollen und Formalisierungsmaßnahmen eine De-Professionalisierung in der Gesundheitsversorgung bewirken, kann bislang zwar nicht bestätigt werden (Numerato et al. 2012; Iseringhausen & Staender 2012), dennoch ist auch ein Nutzen von derlei Maßnahmen für das betriebliche Kerngeschehen nicht zweifelsohne zu bestätigen. Herauszuheben ist in diesem Zusammenhang, dass die Standardisierung der Versorgung insbesondere auf politischer Ebene ein Thema ist, das praktische Geschehen in den Organisationen davon aber wenig beeinflusst

wird (Numerato et al. 2012). Darüber hinaus lässt sich kein Zusammenhang zwischen den Ergebnissen der Qualitätsberichte und der von den Patienten beurteilten Qualität feststellen (KPMG 2013). Diese Annahme deckt sich mit dem zentralen Ergebnis einer qualitativen Untersuchung in der medizinischen Rehabilitation, die herausarbeitet, dass Maßnahmen der QM-Systeme die eigentliche Behandlung der Rehabilitanden kaum erreichen und somit nur marginal Einfluss auf die Versorgungsqualität nehmen können (Iseringhausen et al. 2002; Iseringhausen 2007; Iseringhausen 2011)⁵⁸. Demgegenüber steht die Beobachtung, dass die (Semi-) Professionellen bereits heute vor einem „quality-burn-out“ stehen. Das bedeutet, dass die Arbeit im betrieblichen Kern durch eine Vielzahl an Dokumentations-, Überwachungs- und Evaluationsvorgaben geprägt ist und von den (Semi-) Professionellen häufig als mühsam und belastend erlebt wird. Hinzu kommt, dass QM-Systeme häufig das erfassen, was leicht messbar ist und weniger das, was für die eigentliche Versorgung entscheidend ist (Groene & Sunol 2014)⁵⁹.

Die damit skizzierte Debatte über begrenzte Möglichkeiten der Standardisierung in der gesundheitlichen Versorgung soll den Nutzen von Qualitätsmanagement nicht gänzlich in Frage stellen. Ebenso liegen empirische Ergebnisse vor, die zeigen, dass Maßnahmen der Qualitätsentwicklung einen förderlichen Effekt auf definierte Qualitätsindikatoren haben, wie die Einhaltung von Sicherheits- und Hygienestandards, die Verbreitung von klinischen Leitlinien und die klinische Reflektion von Leitlinien im multiprofessionellen Team (Shaw et al. 2014). Die zentrale Aussage sollte vielmehr sein, dass derlei Maßnahmen nicht per se erfolgreich und Instrumente immer unter Berücksichtigung der Besonderheiten von Steuerung und Kontrolle im professionellen Kern zu implementieren sind. Dieses wird auch in einer länderübergreifenden Fallstudie herausgearbeitet: Die Beziehung von Management und Professionalität ist zwar europaweit ein

⁵⁸ Die Frage, warum Organisationen des Gesundheitswesens trotz begrenzter Einflussmöglichkeiten auf die Versorgung Ressourcen und Anstrengungen in die Qualitätssicherung investieren, kann aus neo-institutionalistischer Perspektive wie folgt erklärt werden: Der neo-institutionalistische Organisationsbegriff versteht die Organisation als offenes System, das in einer Austauschbeziehung zu seiner Umwelt steht. Bindeglied zwischen Organisation und Umwelt sind institutionelle Regeln (z.B. Gesetze), die den Organisationen gewisse Verpflichtungen auferlegen (Senge 2011). Der Erfolg und das gesellschaftliche Leben von Organisationen sind vielfach abhängig von der Umsetzung und der Befolgung institutioneller Regeln. Schließlich erhält eine Organisation dadurch Legitimation von Seiten der Umwelt. Dieses ist der Grund dafür, dass Organisationen auch solche Prozeduren umsetzen, die keine oder nur eine begrenzte Wirkung zeigen. Im Sinne der *Entkopplungsthese* kommt es in den Organisationen zu einer Trennung von Strukturen (z.B. Abteilungen), sodass die repräsentative Außendarstellung losgelöst vom eigentlichen Kerngeschehen ist (Meyer & Rowan 1977; Becker-Ritterspach 2006).

⁵⁹ Diese Ergebnisse sind als übergeordnete Ergebnisse einer länderübergreifenden Untersuchung, die unter dem Akronym DUQuE (Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe) läuft, zusammengefasst worden. Es handelt sich um praktische Erfahrungen, die in 192 Krankenhäusern aus acht europäischen Ländern gemacht wurden. Übergeordnetes Ziel der Studie ist, ein Rahmenverständnis zum Funktionieren der Qualitätsentwicklung zu erlangen. Dieses dient wiederum als Grundlage zur Entwicklung von Empfehlungen, die die Implementierung von Qualitätsmanagement und -sicherung unterstützen können (Secanell et al. 2014).

Thema, wird aber von Organisationen individuell gestaltet. So kann die manageriale Kontrolle erfolgreich in der Organisation integriert sein oder aber zu einer weiteren Fragmentierung der Organisationseinheiten beitragen. Während sich ersteres durch ein hohes Maß an Koordination zwischen den beiden Polen auszeichnet, ist letzteres dadurch geprägt, dass die Qualität Aufgabe der Medizin bleibt und losgelöst von der Kostenkontrolle des Managements gestaltet wird (Kuhlmann et al. 2013). Förderliche Rahmenbedingungen können den Nutzen von QM-Systemen erhöhen. Zu nennen sind hier z.B. der Einbezug von Schlüsselpersonen, das Vorhandensein eines funktionierenden Informationssystems und ein berufsgruppenübergreifendes gemeinsames Wertesystem (Godfrey et al. 1992; Striem et al. 2003; Hammer et al. 2013; Weller 2013). Ohne konsistente Implementierung können Standardisierungs- und Evaluationsinstrumente die Versorgung hingegen eher stören als fördern. Anders ausgedrückt bedeutet das, dass strategische Steuerungsinstrumente zu Effizienzeinbußen führen, anstatt die Organisation in ihrer Leistungsfähigkeit zu unterstützen.

3.2.3 Entwicklungstrends in der Implementierung neuer (marktorientierter) Steuerungselemente in Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung

Im Problemhintergrund dieser Arbeit wurde am Beispiel der Rehabilitation verdeutlicht, dass ein steigender ökonomischer Druck im Gesundheitswesen und die damit einhergehende Frage der Allokation knapper Ressourcen auch auf politischer Ebene Beweggründe dafür sind, einen Wandel in der Leistungssteuerung gesundheitlicher Versorgung zu forcieren. In soziologischen Untersuchungen wird außerdem die These aufgestellt, dass Misstrauen von Seiten der Gesellschaft hinsichtlich der hoch spezialisierten Gesundheitsversorgung diese Entwicklung weiter verstärken (di Luzio 2006; Evetts 2009). Beides führt dazu, dass marktorientierte Steuerungselemente Einzug in die gesundheitliche Versorgung erhalten (van der Geer et al. 2009). Die Implementierung neuer Steuerungselemente in klassischen Organisationsformen stellt keine Besonderheit des Gesundheitswesens dar. Auch in der Verwaltung sind Reformstrategien zu beobachten, die darauf abzielen, die bürokratischen Organisationen zu modernisieren und zu vermarktlichen, um dem ökonomischen Druck und der Forderung einer erwerbswirtschaftlichen Orientierung gerecht zu werden (Blanke et al. 2005; Reichard 2010). Speziell in der Verwaltung wird außerdem ein zu beobachtender Wertewandel der Gesellschaft als Beweggrund der Entwicklung thematisiert, im Rahmen dessen die Schlagworte Partizipation und Individualismus in den Aufmerksamkeitsfokus gelangen. Die Verwaltung sieht sich nicht nur mit einem höheren Anspruchsdenken der Bürger hinsichtlich der zu erbringenden Leistungen konfrontiert. Ebenso geht es auch um eine Attraktivitätssteigerung der Arbeitsplätze (ebd.). Dabei ist nicht auszuschließen, dass

das veränderte gesellschaftliche Anspruchsdenken auch Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung betrifft; diese sind zu einem nicht unerheblichen Umfang ebenfalls in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft und werden folglich solidarisch getragen.

Die Implementierung marktorientierter Anreize wird auf einer Organisationsebene mit dem sogenannten *Performance Management* umschrieben. Die Entwicklung befindet sich sowohl in bürokratischen als auch Clan dominierten Organisationen noch in den ersten Anfängen, weshalb sich bislang kein einheitliches Begriffsverständnis durchgesetzt hat. Unter dem Schlagwort sind eine Reihe unterschiedlicher Konzepte und Ansätze zusammengefasst. Grundsätzlich geht es um eine strategische Leistungssteuerung, die die systematische Leistungsmessung sowie -analyse nutzt, um das Handeln der Organisation oder aber Organisationseinheiten zunehmend an Ergebnissen und Erfolgen auszurichten. Damit einher gehen eine stärkere Kunden- und Marktorientierung und das Streben nach wirksamen sowie effizienten Prozessen. (Monetäre) Leistungsanreize und ein output-orientierter Ressourceneinsatz, das heißt eine an den Erfolgen gemessene Ressourcenzuteilung, setzten die zentralen Akzente dieser Form indirekter Steuerung (Hilgers 2008; Reichard 2010; Osmani & Maliqi 2012).

In Gesundheitseinrichtungen finden sich Grundideen des neuen Steuerungsmodells insbesondere in den Bemühungen der Qualitätssicherung, auf die im Kapitel 2.1.2 exemplarisch für die medizinische Rehabilitation eingegangen wurde. Der Begriff des Performance Managements wird in keinen direkten Zusammenhang mit der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung gebracht. Dennoch lassen sich die dahinterstehenden Grundprinzipien vergleichen. Schließlich geht es auch in der Qualitätssicherung um eine zunehmende Fokussierung auf eine effiziente Prozessgestaltung und eine stärkere Patientenorientierung. Messbare Indikatoren (z.B. Patientenzufriedenheit) bilden die Grundlage einer mehrdimensionalen Leistungsbewertung und dienen in Form von Benchmarks bzw. Einrichtungsvergleichen und Reportings dazu, Leistungsanreize zugunsten von Qualität zu setzen; die Einhaltung einer hohen Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität wird zu einem festen Bestandteil der Leistungsvereinbarung. Eine mögliche Konsequenz dieser neuen Anreizstrukturen wird häufig nicht mitbedacht: Die Vorgabe von messbaren Zielen in der medizinischen Versorgung kann im schlechtesten Fall dazu führen, dass sich das Handeln der Akteure zunehmend an der Erreichung dieser Ziele orientiert. Weitere Aspekte der Versorgung, die im Rahmen des „Performance Measurements“ weniger Beachtung finden, könnten auch von den Professionellen weniger berücksichtigt werden; ungeachtet der Tatsache, wie bedeutsam diese Merkmale für die Versorgung sind (Evetts 2011). Dieser Scheuklappeneffekt wird in der

Literatur als „teaching to the test“ bezeichnet (Göpffarth 2014). Negative Entwicklungen dieser Art werden auch durch Erfahrungen des englischen NHS-Systems bestätigt: Eine vollständig an medizinischen und patientenseitigen Outcome-Merkmalen orientierte Vergütung von Leistungen führe zu unkalkulierbaren Effekten in der Versorgung (Maynard & Bloor 2010).

Darüber hinaus wird vermutet, dass eine einseitige Ergebnisorientierung in der gesundheitlichen Versorgung zu einem zunehmenden Leistungsdruck auf Seiten der professionell Tätigen führt. Die individuellen Erfolge sind immer ein entscheidender Parameter der Leistungsfähigkeit der gesamten Organisation. Evetts (2011) beschreibt die sich hieraus ergebene Problematik wie folgt:

„The danger in this is, that professional cohesion and mutual cooperation are undermined and competition can threaten both team working and collegial support.“ (S. 40).

Setzt eine Organisation demnach falsche Akzente in ihren Werthaltungen, so kann dieses konträr zu den Grundvoraussetzungen eines funktionierenden Clans stehen, der auf gegenseitiger Unterstützung und der kollegiale Kontrolle beruht. Betriebswirtschaftliche Motive können in diesem Fall eher ein Hemmfaktor und weniger ein Treiber für Leistungsfähigkeit sein.

Zusammenfassend bleibt deshalb zu betonen, dass die Implementierung von marktorientierten Steuerungselementen stets unter Berücksichtigung von Besonderheiten des jeweiligen Steuerungs- und Kontrollprinzipien durchzusetzen ist (Blanke et al. 2005) und insbesondere in staatlichen bzw. öffentlich-rechtlichen Organisationen die Wechselbeziehungen zwischen den Interessen einzelner Akteursgruppen und politisch motivierten Entscheidungsfindungen zu verstehen und in Einklang zu bringen sind (Brignall & Modell 2000). Andernfalls können marktorientierte Steuerungsversuche an den Gegebenheiten des jeweiligen Organisationstypus scheitern oder gar Entwicklungen nach sich ziehen, die Kooperation erschweren. Für Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung bleibt insgesamt darauf zu verweisen, dass „echte“ ergebnisorientierte Vergütungssysteme in Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung bislang vorwiegend in den USA Einzug erhielten und auch hier zum Teil noch in der Erprobungsphase sind (Göpffarth 2014). Für Deutschland und viele weitere OECD-Länder bleibt abzuwarten, inwieweit sich ein „performance management“ mit dem Ziel, die Vergütung nicht nur an der Quantität, sondern zunehmend auch an der Qualität auszurichten, etablieren wird.

3.2.4 Vertrauen als Grundlage intrinsisch motivierter Kooperation

Die Ausführungen der vorangegangenen Kapitel verdeutlichen, dass Organisationen der gesundheitlichen Versorgung durch eine Reihe an strukturellen Herausforderungen geprägt sind, deren Ursachen insbesondere in dezentralen Strukturen und damit einhergehenden internalisierten Werten unterschiedlicher Berufsgruppen liegen. Demgegenüber steht die These, dass die Komplexität des Systems in erster Linie durch einen ausgeprägten Gemeinschaftssinn aller an den Prozessen beteiligten Personen in den Griff zu bekommen ist. Dargestellt wurde, dass sowohl die historisch gewachsene Position der Ärzteschaft als auch betriebswirtschaftliche Bestrebungen sowie Interventionen des neuen Managements und letztlich auch Kontrollanforderungen der Verwaltung die strukturellen Herausforderungen verstärken und die Effizienz der Organisation und im Speziellen des Clans mindern können. Gelingt es einer Organisation nicht, diese unterschiedlichen und zum Teil divergierenden Strukturen in einem angemessenen Verhältnis zu vereinen und das Handeln der einzelnen Mitglieder zu sozialisieren, das heißt an übergeordneten Organisationszielen auszurichten, so ist anzunehmen, dass die Organisation langfristig an Erfolg einbüßt. Ausdruck findet dieses letztlich in einer schlechteren Versorgungsqualität und geringen Chancen der Patienten auf einen optimalen Behandlungserfolg.

Da Kontrollmöglichkeiten in der gesundheitlichen Versorgung eingeschränkt sind und (finanzielle) Anreizsysteme Fehlverhalten bewirken können, bleibt an dieser Stelle anzunehmen, dass kooperatives Handeln in erster Linie durch ein hohes Maß an Vertrauen und Vertrauenswürdigkeit zu erreichen ist. Aus soziologischer Perspektive stellt Vertrauen die Grundlage für jede gemeinschaftliche Handlung unter Unsicherheit und Ungewissheit (Nuissel 2002) und für stabile soziale Beziehungen dar (Zucker 1986). In der Ökonomie wird Vertrauen definiert als effizienter Mechanismus⁶⁰ zur Reduzierung von Transaktionskosten (ebd.). Auch in der Neurobiologie kann Vertrauen erklärt werden. Hier wird es verstanden als eine im Frontalhirn verankerte Erfahrung, die sich durch biochemisch vermittelte Lernprozesse in synaptischen Verbindungen des limbischen Systems niederschlägt. Ein dadurch zu erreichendes harmonisches Zusammenwirken regionaler Netzwerke im menschlichen Gehirn kann letztlich eine leistungssteigernde Wirkung des Individuums bewirken (Kendal 2006; Hüther & Fischer 2010).

⁶⁰ Der Begriff „Mechanismus“ wird in Literatur häufig in Kombination mit „Vertrauen“ benutzt. Insbesondere dann, wenn es aber um die Erklärung sozialer Phänomene geht, erscheint der Begriff nicht immer passend. Schließlich wird mit „Mechanismus“ häufig ein deterministischer Zusammenhang assoziiert, was auf soziale Phänomene eher selten zutrifft.

In der Gesundheitsversorgung treten Unsicherheit und Ungewissheit an verschiedenen Schnittstellen auf: Sowohl die Patienten als auch die Organisation müssen auf die Kompetenz der (Semi-) Professionellen vertrauen. Die (Semi-) Professionellen müssen untereinander in eine vertrauensvolle Beziehung treten und es bedarf außerdem eines Grundvertrauens zwischen dem betrieblichen Kern und allen übrigen Organisationsteilen. Schweer (2012) fasst die Bedeutung von Vertrauen für Organisationen wie folgt zusammen:

„Vertrauen als fundamentales Organisationsprinzip ist eine wesentliche Voraussetzung für interorganisationale Zusammenarbeit und erleichtert den Umgang mit interorganisationaler Heterogenität. Nur wenn dieses Organisationsprinzip bereits interorganisational verankert ist, kann es auch auf die interorganisationalen Kooperationsbeziehungen signifikant ausstrahlen.“ (S.118).

Das Zitat unterstreicht, dass Vertrauen nicht von einzelnen Personen abhängen kann, sondern vielmehr ein Merkmal der Organisation ist. Gelingt es, diese Ressource im sozialen System zu gewährleisten, so ist davon auszugehen, dass Transaktionen jeglicher Art effizienter durchgeführt werden können. Dieser Zusammenhang gilt nicht nur für Organisationen der gesundheitlichen Versorgung, sondern unabhängig von dem dominierenden Steuerungsmodi für alle Organisationen.

Die Entstehung von Vertrauen und Vertrauenswürdigkeit in einem sozialen System ist als ein entscheidendes Ziel eines institutionalisierten Sozialisierungsprozesses zu verstehen. Für Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung ist dieses als ein Erfolgsparameter in der Gewährleistung von Leistungsfähigkeit aufzufassen; schließlich sind Widersprüchlichkeiten und Unsicherheiten erst durch Vertrauen zwischen allen beteiligten Akteuren zu überwinden. Die Effekte und Funktionsweisen von Vertrauen können im Rahmen des theoretischen Konstrukts Sozialkapital – verstanden als Vertrauensressource – erklärt werden (Nuissel 2002). Unter Nutzung dieses theoretischen Konstrukts wird nachfolgend sukzessive die These erläutert, dass soziales Kapital die Basis zur Effizienzsicherung eines Systems ist, in dem klassische Steuerungsmechanismen nur begrenzt greifen.

3.3 Der Sozialkapitalansatz: Entwicklung, Begriffsverständnis und Akzentsetzung

Anknüpfend an die zuvor skizzierten Erläuterungen ist nachfolgend ein Überblick zum Sozialkapitalansatz zu geben. Dieses ist deshalb von Bedeutung, da Sozialkapital nicht in erster Linie ein in der Organisationsforschung angewandtes Konstrukt ist. Vielmehr handelt es sich um eine Theorie mittlerer Reichweite, die in unterschiedlichen Kontexten und Forschungstraditionen (insbesondere in der Soziologie, den Politik-, Sozial-, Wirtschafts- und Gesundheitswissenschaften) Anwendung findet. Die Ansätze entwickelten sich unabhängig voneinander, sodass nicht von einer kumulativen Forschung ausgegangen werden kann. Dieses ist auch ein Grund dafür, warum der Begriff Sozialkapital keiner einheitlichen Definition unterliegt. Je nachdem, in welcher Forschungstradition und in welchem Kontext das Konstrukt gebraucht wird, variiert die inhaltliche Akzentsetzung (Halpern 2005; Franzen & Freitag 2007).

Insbesondere zu Beginn der 1990er Jahre erfuhr das Konstrukt in Wissenschaft und Politik große Aufmerksamkeit. Bis heute dient es zur Erklärung kollektiver Phänomene in ganz unterschiedlichen Untersuchungskontexten (ebd.). Zu betonen ist allerdings, dass die Ideen des Konstrukts keineswegs erst zu Beginn der 1990er Jahre entstanden sind. Annahmen zum Sozialkapitalansatz sind vielmehr richtungsweisend für jede soziologische Theorie. Im Kern geht es um die Bedeutung sozialer Beziehungen und selbstorganisierter Gruppen sowie die dadurch zu erzielenden Effekte zugunsten des Individuums und der Gemeinschaft (Kriesi 2007). Des Weiteren wird der Sozialkapitalansatz auch als Bindeglied zwischen Ökonomie und Soziologie beschrieben; Ziel dabei ist, erfolgreiches, wirtschaftliches Handeln umfassend zu verstehen (Haase Svendsen & Tinggaard Svendsen 2000). Analysen können dabei auf unterschiedlichen Ebenen vorgenommen werden (z.B. Gesellschaftsebene, Organisationsebene).

Um zu verdeutlichen, welche Grundideen unser heutiges Verständnis zum Sozialkapitalansatz im Wesentlichen prägen, wird nachfolgend ein Einblick in unterschiedliche Forschungsstränge gegeben. Begonnen wird dabei mit der Selbstmordstudie von Emile Durkheim. Durkheim (1897) sprach selber nicht von Sozialkapital oder einem verwandten Konzept. Dennoch umschreibt er mit seiner Arbeit Annahmen, die auch unser heutiges Verständnis des Konstrukts prägen. Im interdisziplinären Überblick werden zentrale Thesen der Arbeiten des französischen Soziologen Pierre Bourdieu sowie des US-amerikanischen Soziologen James Samuel Coleman und des US-amerikanischen Politikwissenschaftlers und Soziologen Robert Putnam zusammengefasst. Diesen Wissenschaftlern verdankt das Konstrukt letztlich seinen akademischen

Durchbruch (Franzen & Freitag 2007). Populär geworden sind außerdem die Arbeiten des US-amerikanischen Politikwissenschaftlers Francis Fukuyama sowie der US-amerikanischen Politikwissenschaftlerin Elinor Ostrom. Letzterer wurde im Jahre 2009 gemeinsam mit Oliver E. Williamson der Alfred-Nobel-Gedächtnispreis für Wirtschaftswissenschaften verliehen (Nobelprize.org). Auf der Grundlage des historisch gewachsenen Fundus an Erkenntnissen zum Sozialkapitalkonstrukt folgt eine zusammenfassende Darstellung als Ressource von Organisationen (siehe Kapitel 3.3.3).

3.3.1 Eine disziplinübergreifende Betrachtung zum Sozialkapitalansatz

Das von Emile Durkheim geschriebene Werk „Le Suicide“ (1897; 1973⁶¹) erfährt auch nach mehr als 100 Jahren in der wissenschaftlichen Debatte noch Aufmerksamkeit. Dieses ist damit zu begründen, dass es dem Soziologen gelang, die Bedeutung des Sozialen für individuelle Handlungen herauszustellen. Durkheims Analysen, die auf Datensätzen zu regionalen Selbstmordraten in unterschiedlichen europäischen Ländern basieren⁶², verdeutlichen, dass der Selbstmord nicht in erster Linie als eine individuelle Handlung zu verstehen ist, sondern vielmehr von sozialen und gesellschaftlichen Merkmalen determiniert ist (Durkheim 1973). Im Rahmen der Selbstmordstudie prägte Durkheim den Begriff der *Anomie* und die Bedeutung dieses Zustandes für abweichendes Verhalten. Unter Anomie versteht er eine gesellschaftliche Normen- und Orientierungslosigkeit. Bezugspunkt seiner Analysen zum sogenannten *anomischen Selbstmord*⁶³ sind wirtschaftliche (beispielsweise Pariser Börsenkrach im Winter 1882) und ökonomische Krisen: Jene haben seinen Daten zufolge einen negativen Einfluss auf die Entwicklung der regionalen Selbstmordrate. Anschaulich beschreibt Durkheim eine aufkommende Orientierungslosigkeit des Individuums bei auflebendem Wohlstand einer Gesellschaft. Während sich der einzelne in Zeiten ohne bedeutende konjunkturelle Entwicklungen an allgemein geltenden Normen und Werten orientiert und sich dadurch „(...) jeder ein ungefähres Bild davon *machen kann*, wie weit sein Ehrgeiz ge-

⁶¹ Die Ausführungen beziehen sich auf ein Werk in deutscher Übersetzung, das im Jahre 1973 erschienen ist. Das Original wurde jedoch bereits im Jahre 1897 veröffentlicht.

⁶² In die Analysen flossen Daten aus den Erhebungsjahren 1866 bis 1878 der Länder Italien, Belgien, England, Norwegen, Österreich, Schweden, Bayern, Frankreich, Preußen, Dänemark und Sachsen ein (Durkheim 1973).

⁶³ Auf die drei weiteren Selbstmordtypen ist an dieser Stelle der Vollständigkeit halber zu verweisen. Inhaltlich stehen die von Durkheim charakterisierten Typen zueinander in keinem wesentlichen Zusammenhang. Der *egoistische Selbstmord* stellt die Integration des Individuums als protektiven Faktor eines Selbstmordes in den Mittelpunkt. Durkheims zentrale These dabei ist, dass die Selbstmordrate negativ mit dem Gemeinschaftsgefühl korreliert; letzteres kann von der Familie, dem Staat oder der Kirche ausgehen. Der *altruistische Selbstmord* ist durch eine starke soziale Bindung bei gleichzeitiger Geringschätzung des eigenen Lebens gekennzeichnet. Der *fatalistische Selbstmord* wird von Durkheim nur am Rande behandelt und benennt eine zu starke Kontrolle und ein strenges Regiment als Ursache für den individuellen Selbstmord (Durkheim 1973).

hen kann, und er trachtet nach nichts, was darüber hinausgeht“ (ebd. S.284), fehlt dieses gesellschaftliche Korrektiv in Zeiten konjunktureller Hochphasen. Durkheim (ebd.) selbst spricht von der „Autorität des Kollektivs“ (S. 285), die die individuellen Bedürfnisse reguliert. Seine Erklärung fundiert er mit der Beobachtung, dass in der Wirtschaft, die generell stärkeren konjunkturellen Schwankungen unterliegt, auch höhere Selbstmordraten als in der Landwirtschaft zu verzeichnen sind. Die von Durkheim beschriebene Grundidee zum Einfluss kultureller Gegebenheiten, das heißt gemeinsam geteilten Werten und Normen, auf das Handeln und das psychische Wohlbefinden von Individuen wird im Zuge der Diskussion unseres heutigen Verständnisses zum Sozialkapital an unterschiedlicher Stelle immer wieder aufgegriffen.

Ende der 80er beschäftigte sich Pierre Bourdieu im Zuge theoretischer Arbeiten mit dem Sozialkapitalkonstrukt im universitären Kontext. Bourdieu (1986) führte den Begriff im Rahmen einer allgemeinen Kapitaltheorie ein und sprach sich mit seinen Überlegungen gegen die einseitige Nutzung des Kapitalbegriffs in den Wirtschaftswissenschaften aus. Nach Bourdieus (1986) Verständnis stellt das Sozialkapital eine potenzielle oder tatsächlich verfügbare Ressource eines Netzwerks dar. Durch die Zugehörigkeit zu diesem Netzwerk hat ein Individuum Zugang zu dieser Ressource. Die Mitgliedschaft verleiht – um es mit den Worten Bourdieus zu umschreiben – eine Kreditwürdigkeit (ebd., S.249). Durch Tauschbeziehungen innerhalb eines Netzwerkes entstehen gegenseitige Verpflichtungen, die bei Bedarf in Anspruch genommen werden können. Demnach sind nicht nur Ressourcen materieller Art als Kapital anzusehen, sondern auch Beziehungen innerhalb eines Netzwerkes. Sozialkapital verlangt eine stetige Beziehungsarbeit, die wiederum den Einsatz von Zeit sowie Aufwand und dadurch indirekt Geld erfordert; der Nutzen oder der Profit wird in der Regel erst langfristig sichtbar (ebd.). Bei Fukuyama (1995) findet sich im Vergleich zu Bourdieus Ausführungen eine ganz ähnliche Kritik an der Ökonomie. Auch hier wird die einseitige Betrachtung wirtschaftlichen Erfolgs hervorgehoben. Nicht nur materielle Ressourcen stellen die Grundlage wirtschaftlichen Erfolgs einer Gesellschaft dar, sondern auch der Grad an gegenseitigem Vertrauen. Letzteres wiederum resultiert aus internalisierten Verhaltensstandards und einer gegenseitigen moralischen Verpflichtung. Diese kulturelle Prägung stellt nach Fukuyamas Argumentation die Basis dafür dar, dass sich neue Organisationsformen (insbesondere Großkonzerne), die wirtschaftlichen Erfolg versprechen, sehr viel leichter in einer Gesellschaft etablieren lassen.⁶⁴

⁶⁴ Fukuyama (1995) benennt in diesem Zusammenhang die Länder Deutschland, Japan und die USA; wobei er die USA angesichts der Entwicklungen in Richtung einer individualistischen Gesellschaft unter Einschränkungen betrachtet (S. 29).

Ostrom (2000) stellt in ihren Ausführungen zum Sozialkapital den Aspekt gemeinsam geteilter Normen und den damit verbundenen Nutzen für eine Gemeinschaft heraus; ähnlich wie auch Durkheim (1897) oder Fukuyama (1995) betrachtet Ostrom die Bedeutung kulturell gewachsener Komponenten von Gesellschaften. Zentrale Annahme Ostroms (2000) ist, dass soziale Probleme einer Gemeinschaft dann besonders effektiv überwunden werden können, wenn allgemeine Regeln und Verhaltensnormen gemeinschaftlich ausgehandelt wurden. In diesem Fall ist davon auszugehen, dass die Regeln akzeptiert werden und somit ein Vertrauen auf Gegenseitigkeit in der Gruppe herrscht. Ostrom (ebd.) charakterisiert soziales Kapital in Abgrenzung zum physikalischen Kapital: Demnach gehe Sozialkapital anders als physikalisches Kapital bei Nichtbenutzung verloren und wachse stattdessen bei Nutzung; selbiges betont bereits Coleman (1991). Darüber hinaus ist soziales Kapital für Dritte schwer messbar und sichtbar. Außerdem lässt es sich nicht durch externe Interventionen vermehren und kann durch Eingriffe staatlicher Institutionen sogar erodieren. Ostrom (2000) erklärt soziales Kapital damit als entscheidende Bedingung erfolgreicher selbstorganisierter Gemeinschaften.⁶⁵ Diese Erkenntnis stellt sie in den Kontext der Diskussion einer Theorieentwicklung zur Erklärung von Handlungsphänomenen, die nicht in das dichotome Schema „Marktmechanismus“ oder „staatliche Regulierung“ passt; damit ist das Individuum nicht als ausschließlich rational (gesetzeskonform) und eigennützig handelndes (marktorientiertes) Subjekt zu betrachten (Ostrom 2009).

Wie für Bourdieu (1896) stellt Sozialkapital auch für Coleman (1991) eine Ressource dar. Coleman (ebd.) thematisiert Sozialkapital in seiner Arbeit zur sozialwissenschaftlichen Handlungstheorie. Soziales Kapital ist seinen Annahmen zufolge kein Privateigentum einer einzelnen Person, sondern existiere zwischen zwei oder mehr Personen. Sozialkapital ist dabei nicht als Einzelgebilde aufzufassen, sondern bestehe aus verschiedenen Aspekten, die innerhalb einer Sozialstruktur eingebettet sind (z.B. Vertrauenswürdigkeit). Durch das Vorhandensein von sozialem Kapital ist es den Personen der Sozialstruktur möglich, Handlungen durchzuführen und Ziele zu erreichen. Dieses spricht dafür, dass Sozialkapital als produktiv aufzufassen ist. Soziales Kapital stellt zudem ein öffentliches Gut dar, was sich darin ausdrückt, dass nicht zwingend diejenigen Personen von der Ressource profitieren, die investieren, sondern auch diejenigen,

⁶⁵ Elinor Ostrom beschäftigte sich seit Ende der 1950er Jahren insbesondere mit der Frage, wie Gemeinschaften ihr Handeln organisieren, um wirtschaftlich erfolgreich zu sein. Im Fokus ihrer Betrachtungen standen unter anderem Allmendegüter („common-pool resources“). Diese zeichnen sich durch einen uneingeschränkten Zugang aus (z.B. Fischbestände, Wälder) und sind deshalb sowohl Rivalitäten ausgesetzt als auch der Gefahr einer frühzeitigen Ausschöpfung der Ressourcen. Derlei Güter können dann besonders effizient genutzt werden und der Gemeinschaft zugutekommen, wenn sich Gruppen selbst organisieren. Dieses beruht auf ausgehandelten Verhaltensregeln sowie einem hohen Maß an Vertrauen und dem Prinzip der Gegenseitigkeit (Ostrom 2009; Prize Lecture vom 8. Dezember 2009).

die nicht investieren, aber Mitglieder der Sozialstruktur sind. Diesen Aspekt verdeutlicht Coleman (1988) mit seinen Arbeiten zur Interaktion zwischen Sozial- und Humankapital. Am Beispiel des Indikators „Abbruch eines High School Besuchs von Jugendlichen“ kann empirisch gezeigt werden, dass sowohl die Beziehungen innerhalb der Familie als auch die Beziehungen der Eltern innerhalb der Gemeinde, das heißt ihr verfügbares soziales Kapital, als Mittler von Humankapital für die Jugendlichen fungiert. Das soziale Kapital der Eltern verschafft den Jugendlichen Zugang zu weiteren Personen der Sozialstruktur; dieses wird umso bedeutsamer je geringer das Humankapital der eigenen Eltern ist (ebd.)⁶⁶.

Bei dem Politikwissenschaftler Robert Putnam steht das Sozialkapital auf der gesellschaftlichen Ebene im Betrachtungsfokus. Für ihn bedeutsame Netzwerke sind entsprechend dieser Analyseperspektive insbesondere Verbands-, Vereins- und Parteistrukturen (Putnam & Goss 2001). Putnams zentrale Aussage ist, dass das Sozialkapital einer Region in einem hohen Grad an Solidarität, Bürgerbeteiligung und Vertrauenswürdigkeit zum Ausdruck kommt. Am Beispiel von Italien zeigt Putnam (1993), dass diese Werte für „civic communities“ kennzeichnend sind und die Grundlage für das Funktionieren demokratischer Institutionen darstellen. Die Entwicklungen des sozialen Kapitals in den USA beschreibt Putnam im Rahmen seines Buchs „Bowling Alone. The Collapse and Revival of American Community“ (2000); hier verdeutlicht er anhand von Indikatoren, die Ausdruck zivilen Engagements sind (z.B. Wahlbeteiligung, Kirchenbesuche), den Zerfall des sozialen Kapitals der Gemeinschaft. Wie Coleman (1991) geht auch Putnam (1993) davon aus, dass soziales Kapital ein Kollektivgut ist und häufig nicht bewusst gefördert wird, sondern als ein Nebenprodukt anderer Aktivitäten entsteht.

Formen sozialen Kapitals

Die zuvor genannten Erklärungsansätze klammern einen zentralen Aspekt von Sozialkapital bislang aus. Soziales Kapital kann nicht per se als positiv bewertet werden. Unter gewissen Gegebenheiten ist vielmehr davon ausgegangen, dass die Ressource auch negative Konsequenzen nach sich zieht. Diese können dann resultieren, wenn eine Gruppe einem zu engen Gemeinschaftsbewusstsein unterliegt, das die Handlungs- und Entscheidungsfreiheit des einzelnen begrenzt oder aber zur Abschottung von anderen Gruppen führt. Auf Gesellschaftsebene kann sich dieses z.B. in einer

⁶⁶ Coleman (1988) nutzt für seine empirischen Analysen Hilfsvariablen, da sich soziales Kapital nicht unmittelbar erheben lässt. Die Präsenz und Aufmerksamkeit gegenüber den Jugendlichen sowie die Erwartung an den Schulbesuch von Seiten der Eltern als Ausdruck innerfamiliärer Beziehungen stehen in einem Zusammenhang mit der Wahrscheinlichkeit eines High School Abbruchs. Ebenso verhält es sich mit dem Grad der elterlichen Integration in die Gemeinschaft, welche annäherungsweise mit dem Indikator „Anzahl eines Schulwechsels infolge eines Umzugs der Eltern“ definiert ist.

Verstärkung politischer und wirtschaftlicher Ungleichheiten äußern (Coleman 1991; Putnam & Goss 2001). Diese Überlegungen bedürfen einer Berücksichtigung unterschiedlicher Arten von Bindungen zwischen Personen. Nach Granovetter (1973) ist deshalb zwischen „weak ties“ und „strong ties“ zu unterscheiden; für die Zuordnung ausschlaggebend ist die Zeit, die Personen miteinander verbringen, die emotionale Intensität und auch Intimität ihrer Beziehung. Starke Bindungen bestehen z.B. mit guten Freunden oder Familienangehörigen, schwache Bindungen hingegen mit entfernten Bekannten. Beide Bindungsarten haben positive Effekte für das Individuum. Während sehr starke Bindungen sozialen Rückhalt bieten können, kann durch schwache Bindungen ein Zugang zu z.B. neuen Informationen anderer Gruppen gewährleistet werden. Starke Bindungen, die brückenbildende Beziehungen zu anderen Gruppen („*concept of the bridge*“ (ebd., S. 1364)) verneinen, gehen mit der Gefahr negativer Effekte eines ausgeprägten sozialen Kapitals einher.⁶⁷

Die Unterscheidung von „bridging“ und „bonding“ sozialem Kapital, die Ähnlichkeiten zu den Grundannahmen der „weak“ und „strong ties“ zeigen, wird als eine der bedeutendsten Unterscheidungen von Subtypen des Konstrukts Sozialkapital aufgefasst. Die Differenzierung zwischen bindendem und brückenbildendem sozialen Kapital (z.B. nach Granovetter 1973) findet sich nicht nur in einer netzwerkorientierten Ausrichtung zum Sozialkapital. Vielmehr können die grundsätzlichen Prinzipien unterschiedlicher Bindungen auch auf der Grundlage gemeinsamer Normen und Werte entstehen (Halpern 2005). Bindendes Sozialkapital drückt sich zusammenfassend in vertrauensvollen und kooperativen Beziehungen zwischen ähnlichen Personen aus, während brückenbildendes Sozialkapital auf Prinzipien wie Gegenseitigkeit und Respekt zwischen sehr unterschiedlichen Personen beruht (ebd.). Letzteres ist demnach nicht durch ein persönliches Vertrauen, sondern vielmehr durch ein generalisiertes Vertrauen charakterisiert – oder anders ausgedrückt, durch eine generelle Vertrauensbereitschaft gegenüber anderen Personen. Brückenbildendes Sozialkapital gewinnt mit zunehmender Komplexität eines Netzwerkes an Bedeutung. Haase Svendsen & Tinggaard Svendsen (2004) beschreiben die Funktion dabei wie folgt:

„More complex networks of mutual trust must woven together. Often, members must trust in the trust of others. Social networks may allow trust to become transitive and spread: I trust you, because I trust her and she assures me that she trusts you.“ (S. 39).

⁶⁷ Ein in der Literatur häufig benutztes Beispiel zur Verdeutlichung negativer Effekte sozialen Kapitals ist die Mafia, die eine sehr enge Gemeinschaft gegenseitiger Abhängigkeiten und Unterstützungsleistungen zugunsten organisierter Kriminalität nutzt. Auf dem Prinzip der Gegenseitigkeit verfestigen sich Macht und (politische) Einflussnahme.

Neben „bonding“ und „bridging“ Sozialkapital wird außerdem das sogenannte „linking“ Sozialkapital beschrieben. Dieses koppelnde soziale Kapital gewährleistet ähnlich wie das brückenbildende Sozialkapital Interaktionen zwischen unterschiedlichen Personen bzw. Personengruppen. Während erstes die Beziehung von horizontalen, das heißt gleichgestellten, aber dennoch verschiedenartigen Gruppen, ermöglicht, bezieht sich letzteres auf die Herstellung vertikaler Beziehungsstrukturen (Halpern 2005). Ein positives soziales Kapital basiert letztlich auf einem ausgeglichenen Verhältnis zwischen allen drei genannten Arten (Haase Svendsen & Tinggaard Svendsen 2004).

Zusammenfassende Betrachtung

Die Ausführungen zum sozialen Kapital verdeutlichen die unterschiedlichen Akzentsetzungen und Sichtweisen auf das Konstrukt. Für eine grobe Orientierung ist zwischen einer *kulturellen Variante* und einer Variante, die Sozialkapital als *soziale Beziehungen und Strukturen sozialer Netzwerke* auffasst, zu unterscheiden. Besonders einleuchtend wird die unterschiedliche Akzentsetzung, wenn man das Verständnis von beispielsweise Elinor Ostrom und Mark S. Granovetter vergleicht. Während erstere einen starken Fokus auf den kulturellen Aspekt von sozialem Kapital legt, beschreibt letzterer eindeutig eine netzwerkorientierte Komponente des Konstrukt. Allgemeine Definitionen von Sozialkapital beinhalten beide Komponenten und schließen darüber hinaus Sanktionen ein, die der Regulierung der Gemeinschaft bzw. dessen Handelns dienen (Halpern 2005). Diese Definitionen fokussieren insbesondere die Funktion von sozialem Kapital, die sich darin äußert, dass Individuen bzw. Gruppen zu kooperativem Handeln befähigt sind, um dadurch gemeinschaftliche Probleme zu lösen bzw. Ziele zu erreichen. Mit Schwerpunkt auf die netzwerkorientierte Betrachtung von sozialem Kapital geht es insbesondere um den Zugang zu Ressourcen (z.B. Informationen). Mit Fokus auf die Kulturkomponente steht die durch gemeinsame Normen vermittelte Vorhersehbarkeit von Verhaltensweisen einzelner Mitglieder einer Gemeinschaft im Mittelpunkt. Beide Aspekte basieren auf der Selbstorganisation von Gruppen und einem gegenseitigen Vertrauen (Haase Svendsen & Tinggaard Svendsen 2004).

3.3.2 Sozialkapital als Erklärungsansatz individueller und kollektiver Phänomene

Das Sozialkapital-Konstrukt wird in empirischen Untersuchungen herangezogen, um kollektive, das heißt gruppenbezogene oder auch individuelle Outcomes zu erklären. Eine Definition des Konstrukts findet demnach häufig über den Nutzen statt, den die Ressource für eine Gemeinschaft verspricht. Halpern (2005) unterscheidet zwischen zwei Traditionen an Forschungsarbeiten. Ursprünglich wurde das Konstrukt genutzt,

um positive Effekte auf Individualebene zu analysieren; dieser Forschungsstrang basierte insbesondere auf netzwerkorientierten Theorien. Die zentralen Annahmen dieser Forschungstradition sind anhand eines konzeptionellen Modells zu verdeutlichen, das den Zusammenhang zwischen sozialen Netzwerkstrukturen und der individuellen Gesundheit erklärt. Das Besondere an diesem Modell ist, dass nicht nur der unterstützende Effekt sozialer Beziehungen berücksichtigt wird (Forschungstradition zur sozialen Unterstützung), sondern dass gleichsam strukturelle Merkmale und kulturelle Kontexte einbezogen werden, die zum einen die Entstehung und zum anderen Art und Umfang sozialer Netzwerke bestimmen können (Berkman & Glass 2000; Berkman et al. 2000). Entsprechend der konzeptionellen Ausführungen wird deshalb angenommen, dass die individuelle Gesundheit nicht alleine auf einer Mikroebene erklärt werden kann. Vielmehr bedarf es der Berücksichtigung sozialer und kultureller Kontexte, im Rahmen dessen Netzwerkstrukturen überhaupt erst entstehen. Letztere nehmen über psychobiologische Prozesse Einfluss auf die Gesundheit bzw. das Wohlbefinden eines Individuums. Damit verknüpft das Modell Erkenntnisse unterschiedlicher Disziplinen. Herauszustellen sind drei Wirkzusammenhänge:

- a. Die von dem Netzwerk ausgehende soziale Unterstützung ermöglicht die Bereitstellung von Ressourcen, was einen direkten Einfluss auf die Gesundheit darstellen kann.
- b. Soziale Beziehungen können einen Einfluss auf den kognitiven sowie emotionalen Zustand eines Individuums nehmen. Bedeutsam sind in diesem Zusammenhang die soziale Integration und das damit einhergehende Gefühl von Zugehörigkeit. Sofern das Individuum eine als sinnhaft erlebte Rolle innerhalb eines Netzwerks (sowohl im privaten als auch beruflichen Kontext) einnimmt, trägt dieses zur Entwicklung der eigenen Identität und damit zur Steigerung des Selbstwertgefühls und des Selbstvertrauens bei. Beides hat wiederum eine positive Wirkung auf die psychische Gesundheit.
- c. Darüber hinaus wird angenommen, dass die Einbindung in ein soziales Netzwerk dem Einzelnen ein Gefühl von Orientierung und Sicherheit vermittelt. Dieses kann in einem positiven Zusammenhang mit dem Erleben von und dem Umgang mit Stresssituationen stehen. Schließlich ist anzunehmen, dass die Ausschüttung gesundheitsschädigender Stresshormone reguliert wird, sofern das Individuum eine Situation als beherrschbar wahrnimmt (ebd.).

Auf das Modell wird an späterer Stelle dieser Arbeit erneut Bezug genommen. Die wissenschaftliche Debatte zum Zusammenhang eines netzwerkorientierten Sozialkapitalansatzes und individueller Gesundheit ist vielschichtig und gilt insgesamt als empirisch gut abgesichert (siehe z.B. Kawachi et al. 2008).

Nach Halpern (2005) ist von der netzwerkorientierten Sozialkapitalforschung, die Effekte in erster Linie auf der Individualebene untersucht, eine neue Generation an Arbeiten zum Sozialkapitalansatz zu unterscheiden. Analysiert werden hier insbesondere Effekte auf der Makro-Ebene bzw. einer Umweltebene. Die Kulturkomponente erhält in diesen Arbeiten ein stärkeres Gewicht und basiert auf Kernideen, die bereits Durkheim im Rahmen seiner Selbstmordstudie betonte. Ein Beispiel für diese Analyseperspektive stellt eine länderübergreifende Untersuchung mit 50 Staaten dar, die den Zusammenhang zwischen dem sozialen Kapital eines Landes und dem Gesundheitszustand sowie dem Wohlbefinden der Bevölkerung analysiert. Sozialkapital wurde in dieser Untersuchung an Indikatoren zum öffentlichen Leben (Mitgliedschaftsverhalten), zu staatlichen Einrichtungen und dem Grad eines generellen Vertrauens bzw. einer Vertrauenswürdigkeit in der Bevölkerung gemessen. Es zeigte sich, dass insbesondere ältere Personen und Frauen von einem hohen Vorrat an sozialem Kapital eines Landes profitieren; Sozialkapital kann damit einen Beitrag zur Reduzierung sozialer Ungleichheiten leisten (Elgar et al. 2011).

Die vorgestellten Beispiele stammen aus dem Forschungsfeld zum Zusammenhang zwischen dem Sozialkapital und Gesundheit. Auch wenn die empirische Forschung keine Kausalzusammenhänge bestätigt, so fasst Putnam (2000) den Stand der Forschung dennoch wie folgt zusammen:

„Of all domains in which I have traced the consequences of social capital, in none is the importance of social connectedness so well established as in the case of health & well-being.“ (S. 326).

Neben der Bedeutung von sozialem Kapital für die Gesundheit und das Wohlbefinden finden sich in der wissenschaftlichen Debatte außerdem Untersuchungen, die den Zusammenhang zwischen Sozialkapital und den Outcome-Merkmalen *Kriminalität*, *Bildung* oder *ökonomische Performanz* untersuchen. Analysen werden dabei wiederum sowohl auf Mikro-, als auch Meso- und Makro-Ebene vorgenommen (Halpern 2005). Nachfolgend wird das Thema „ökonomische Performanz von Unternehmen“ und Sozialkapital näher erläutert; dabei ist die ökonomische Performanz in einem erweiterten Sinn zu verstehen. Im Mittelpunkt stehen die Effekte auf die Mitarbeitergesundheit und die Befähigung zur Selbstorganisation von Gemeinschaften. Diese Fokussierung führt dazu, dass im weiteren Verlauf dieser Arbeit insbesondere die theoretischen Annahmen der Kulturkomponente von Sozialkapital genutzt wird; damit stützt sich die Argumentation primär auf die Untersuchungen von Elinor Ostrom und Kollegen. Darüber

hinaus findet aber auch die netzwerkorientierte Komponente unter Berücksichtigung des Modells nach Lisa Berkman und Kollegen Anwendung.

3.3.3 Sozialkapital als organisationsbezogener Kontext

Die Prominenz des Konstrukts Sozialkapital im Kontext der Organisationsforschung geht unter anderem auf das Bielefelder Unternehmensmodell zurück. Ziel des Modells ist es, eine Verknüpfung von soziologischen, betriebswissenschaftlichen und gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnissen im Sozialkapitalansatz vorzunehmen, um dadurch eine wissenschaftliche Grundlage für eine mitarbeiterorientierte Unternehmenspolitik zu schaffen. Sozialkapital wird vor diesem Hintergrund als soziales Vermögen einer Organisation verstanden, das sich in der internen Vernetzung, gemeinsamen Überzeugungen, Regeln und Werten sowie der Qualität der Menschenführung ausdrückt. Der Vorrat an sozialem Kapital wird auch als Indikator zur Beurteilung der Qualität eines sozialen Systems, wie der Organisation, verstanden (Badura et al. 2008; Badura 2012; Badura et al. 2013). Diese Charakterisierung des Sozialkapitalansatzes verdeutlicht, dass das Konstrukt im Rahmen der Organisationsforschung sowohl die Kulturkomponente („Wertekapital“) als auch die Netzwerkkomponente („Netzwerkkapital“) einschließt, wobei – wie nachfolgend erläutert wird – insbesondere das Vorhandensein gemeinsamer Werte und Normen eine zentrale Rolle für das organisationale Handeln spielt. Darüber hinaus beinhaltet das Konstrukt auch den Aspekt „Sanktionen“, die belohnend oder bestrafend in einem sozialen System wirken können und dadurch zur Aufrechterhaltung von Beziehungen beitragen. Im Bielefelder Unternehmensmodell findet diese Komponente von Sozialkapital Ausdruck im „Führungskapital“. Auch im englischsprachigen Raum ist eine nachvollziehbare Dreiteilung einzelner Dimensionen von organisationsbezogenem Sozialkapital entwickelt worden. Nahapiet & Ghoshal (1998) unterscheiden zwischen der „*structural dimension*“⁶⁸, der „*cognitive dimension*“ und der „*relational dimension*“. Inhaltlich zeigen diese drei Komponenten Ähnlichkeiten zum Begriffsverständnis des Bielefelder Unternehmensmodells. Nachfolgend wird auf die Komponenten Werte-, Netzwerk- und Führungskapital unter Berücksichtigung der Arbeiten von Nahapiet & Ghoshal (1998) näher eingegangen.

Überzeugungs- und Wertekapital

Das Überzeugungs- und Wertekapital meint das Vorhandensein kultureller Prägungen auf der Ebene der Organisation. Charakteristisch für ein hohes Wertekapital ist, dass sich die Mitglieder einer Organisation auf gemeinsame Verhaltensstandards und ver-

⁶⁸ Um begriffliche Unstimmigkeiten auszuschließen, wird hier die Originalwortwahl in englischer Sprache benutzt und eine eigene Übersetzung vermieden.

bindliche Ziele verpflichten, die – zum Teil unkommuniziert – in der Organisation gelebt werden. Es handelt sich somit um einen wesentlichen Aspekt der Organisationskultur, die für ein hohes Gemeinschaftsgefühl förderlich ist und Konflikte reduziert. Prägnantes Merkmal eines hohen Vorrats an Wertekapital ist die gegenseitige Anerkennung und Wertschätzung unter den Mitarbeitern (Badura et al. 2013). Durch die inhaltliche Akzentsetzung des Wertekapitals im Bielefelder Unternehmensmodell ist an dieser Stelle auch auf Edgar H. Scheins Verständnis einer Organisationskultur hinzuweisen. Dieses ist aufzufassen als die Gesamtheit aller Einstellungen, Werte und Verhaltensmuster einer Gruppe, die sich erfahrungsgemäß bewährt haben, um Probleme zu lösen und Anpassungen an veränderte Bedingungen vorzunehmen (Schein 1985, S. 9). Damit wird die für ein soziales System stabilisierende Funktion des Überzeugungs- und Wertekapitals hervorgehoben. Inhaltliche Parallelen lassen sich auch zur „cognitive dimension“ von Nahapiet & Ghoshal (1998) finden. Gemeint ist hier, dass sich gemeinsam geteilte Werte in der Organisation finden, die dem Erreichen eines übergeordneten Organisationszwecks zugutekommen. Zur Einordnung des Wertekapitals in den interdisziplinären Diskurs ist zu sagen, dass sich hierin die Funktion des „*brückenbildenden Sozialkapitals*“ widerspiegelt.

Netzwerkkapital

Das Netzwerkkapital basiert auf den Annahmen des „*bindenden Sozialkapitals*“. Im Wesentlichen ist Netzwerkkapital vergleichbar mit der „relational dimension“ (Nahapiet & Ghoshal 1998). Badura et al. (2013) verstehen unter dieser Subkomponente die Güte sozialer Beziehungen in einer Organisation. Dieses drückt sich durch einen starken Gruppenzusammenhalt, einer gegenseitigen Unterstützung, der Integration aller Gruppenmitglieder und einem sozialen „Fit“ aus. Letzteres meint, dass Personen menschlich zueinander passen und harmonieren. Auch „relational dimension“ beschreibt die Qualität persönlicher Beziehungen zwischen Organisationsmitgliedern. Diese entstehen insbesondere durch Gegenseitigkeit (Nahapiet & Ghoshal 1998). Anders als das Wertekapital, das auf einer Unternehmensebene zu denken ist, bezieht sich das Netzwerkkapital vordergründig auf die unmittelbaren Arbeitskollegen, mit denen man im täglichen Kontakt steht. Die genannten Indikatoren eines hohen Vorrats an Netzwerkkapital stellen eine wesentliche Grundlage funktionierender Teamarbeit und verbesserter Prozessabläufe unter Kollegen dar. Außerdem basiert die Konzeption

dieser Komponente von sozialem Kapital auf dem Forschungsstand zur salutogenen⁶⁹ Wirkung vertrauensvoller und unterstützender Beziehungen.

Führungskapital

Das Führungskapital beschreibt die Güte der vertikalen Beziehung zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern. Führungskapital äußert sich in einer Mitarbeiterorientierung, Fairness und Gerechtigkeit gegenüber der Belegschaft und der Akzeptanz des Vorgesetzten. Im Mittelpunkt des Begriffsverständnisses steht demnach ein unterstützendes Handeln der jeweiligen Führungsperson, anstelle eines autoritären Führungsstils (Badura et al. 2013). Diese Form von organisationseigenem Kapital ist auch in der Ausprägung der Komponente „structural dimension“ im Analysemodell von Nahapiet & Ghoshal (1998) wiederzufinden. Die „structural dimension“ beschreibt das übergeordnete Beziehungsgefüge einer Organisation, das heißt die Ausgestaltung des Netzwerkes, welche sich wiederum ausdrückt in der Dichte der Beziehungen und der hierarchischen Strukturen. Insgesamt ist festzuhalten, dass das Führungskapital auf den zentralen Annahmen des „*koppelnden Sozialkapitals*“ beruht, das heißt, Vertrauen und Respekt in vertikalen Beziehungsstrukturen.

Empirische Prüfung des Modells

Das Bielefelder Unternehmensmodell wurde auf der Grundlage einer standardisierten Organisationsdiagnostik in unterschiedlichen Produktions- und Dienstleistungsorganisationen einer empirischen Überprüfung unterzogen. An diese Stelle sind die hieraus resultierenden zentralen Erkenntnisse zusammenzufassen, die die Gültigkeit des Modells stützen⁷⁰: Das soziale Kapital von Organisationen steht unabhängig vom Untersuchungssetting in einem Zusammenhang mit der Mitarbeitergesundheit, dem Auftreten von Organisationspathologien sowie der Qualität der Arbeitsergebnisse. In diesem Beziehungsgeflecht nimmt das Überzeugungs- und Wertekapital eine zentrale Rolle ein. So konnte in unterschiedlichen Analysen gezeigt werden, dass die Komponente mit der psychischen Gesundheit sowie dem allgemeinen Wohlbefinden und auch dem Commitment der Beschäftigten korrelieren; all diese Indikatoren sind als entscheidende

⁶⁹ Das Salutogenesemodell wurde von Aaron Antonovsky geprägt. In diesem Zusammenhang entwickelte er den sogenannten Kohärenzsinn, der für das Verständnis des Modells bedeutsam ist. Der Kohärenzsinn eines Menschen beschreibt die Fähigkeit, die Umwelt als „verstehbar“, „sinnhaft“ und „beeinflussbar“ wahrzunehmen, was sich förderlich auf die psychische und physische Gesundheit auswirken kann (Antonovsky 1997).

⁷⁰ In dem Zeitraum von 2006 bis 2012 wurde die Organisationsdiagnostik in insgesamt 15 Unternehmen durchgeführt. Die Stichprobe umfasst Unternehmen aus dem produzierenden Gewerbe, dem Sozial- und Gesundheitssektor sowie der Finanzdienstleistung. Die hier zusammengefassten Ergebnisse basieren auf einer unterschiedlichen Auswahl an Organisationen. Dies ist zum einen mit der jeweiligen Fragestellung und zum anderen mit dem Einsatz modifizierter Messinstrumente zu begründen; so existiert sowohl eine Langversion des Messinstruments als auch eine statistisch validierte Kurzfassung der Sozialkapital-Skala (Steinke et al. 2013).

Voraussetzung einer hohen Leistungsbereitschaft und -fähigkeit von Beschäftigten aufzufassen. Daneben spielen jedoch auch die Akzeptanz des Vorgesetzten – als eine Komponente des Führungskapitals – und die Güte der Beziehungen zu den Kollegen eine Rolle, um das Wohlbefinden und vor allem das Auftreten depressiver Verstimmungen von Mitarbeitern vorherzusagen (Badura et al. 2008; Rixgens & Badura 2012; Badura et al. 2013; Lückermann 2013). Zu verweisen ist in diesem Zusammenhang allerdings darauf, dass Führungskräfte ihren eigenen Gesundheitszustand und auch das Ausmaß an sozialem Kapital generell besser einschätzen als Mitarbeiter, sodass innerhalb der Organisation von einer ungleichen Verteilung von Ressourcen und Belastungen auszugehen ist (Rixgens & Badura 2012).

Auch Mobbing und innere Kündigung stehen in einem bedeutenden Zusammenhang mit dem Vorrat an sozialem Kapital von Organisationen. Dabei bestehen direkte Zusammenhänge insbesondere zwischen dem Führungs- und Netzwerkkapital sowie den genannten Outcome-Merkmalen (Steinke et al. 2013). Das Netzwerkkapital ist außerdem als bedeutender Prädiktor zur Vorhersage der selbsteingeschätzten Qualität der Arbeitsergebnisse zu verstehen (Lückermann 2013). Erste Ergebnisse deuten darauf hin, dass Interventionen, die auf der Grundlage einer Organisationsdiagnostik für das jeweilige Unternehmen zugeschnitten wurden, zur Steigerung des Vorrats an sozialem Kapital beitragen können (Steinke 2013). Auch wenn hier von einem langfristigen Prozess auszugehen ist, folgt das Bielefelder Unternehmensmodell der Grundannahme, dass die Kultur einer Organisation ein gestaltbares Merkmal ist.⁷¹ Insgesamt betonen die empirischen Ergebnisse die Notwendigkeit eines ausgeglichenen Verhältnisses unterschiedlicher Arten sozialen Kapitals, was die entscheidende Grundlage für positive Effekte innerhalb von Organisationen darstellt.

3.4 Sozialkapital von Gesundheitseinrichtungen

Unter Berücksichtigung der aufgezeigten Grundlagen zur Leistungssteuerung in Organisationen (siehe Kapitel 3.1 und 3.2) ist in diesem Kapitel zu verdeutlichen, warum soziales Kapital auch oder insbesondere für erfolgreich handelnde Organisationen der gesundheitlichen Versorgung eine entscheidende Rolle spielt. Ein hoher Vorrat an sozialem Kapital wird als Schlüsselressource zur Reduzierung der Komplexität eines sozialen Systems angesehen, indem es zur Selbstorganisation und Vernetzung unter-

⁷¹ Diese Annahme entspricht in der wissenschaftlichen Debatte keinem Konsens. So gibt es auch Ansätze, die davon ausgehen, dass sich die Kultur von Organisationen nicht formen lässt und vielmehr als gegeben aufzufassen ist (Davies et al. 2000). Diese Annahme wird jedoch im Rahmen dieser Dissertation nicht vertreten. An Evidenz für Strategien, die einen erfolgreichen Kulturwandel in Gesundheitseinrichtungen einleiten können, mangelt es bislang noch, da keine Studie, die im Zuge eines Cochrane Reviews gesichtet wurde, methodischen Mindestanforderungen genügt (Parmelli et al. 2011).

schiedlicher Personen- und Berufsgruppen befähigt. Entscheidend dabei ist der Effekt des Vertrauens, der durch Sozialkapital bereitgestellt wird. Wie nachfolgend zu erläutern ist, können resultierende Effekte eines hohen Vorrats an sozialem Kapital auf unterschiedlichen Ebenen erklärt werden. Neben den Effekten auf Seiten der Beschäftigten und der Versorgung, wird die Annahme untermauert, dass ein hoher Vorrat an sozialem Kapital auch den Patienten zugutekommt.

3.4.1 Sozialkapital als Basis von (berufsgruppenübergreifender) Kooperation

Konzeptionelle Arbeiten erklären das soziale Kapital einer Gesundheitseinrichtung neben dem Fachwissen und der Kompetenz des medizinischen und pflegerischen Personals als wesentliches Merkmal der Versorgung (Waisel 2005; DiCicco-Bloom et al. 2007; Hofmeyer & Marck 2008). Im Betrachtungsmittelpunkt steht die durch soziales Kapital verbesserte Kooperation und der dadurch wiederum ermöglichte Informationsaustausch sowie -zugang. Das brückenbildende Sozialkapital, das mit dem Wertekapital des Bielefelder Unternehmensmodells vergleichbar ist, stellt dabei eine Grundlage zur Gewährleistung eines berufs- und auch hierarchieübergreifenden Umgangs mit Problemen in der Versorgung dar. Das bindende Sozialkapital, das dem Netzwerkkapital entspricht, wird hingegen als Voraussetzung zur Schaffung einer effektiven Fehlerkultur innerhalb derselben Berufsgruppe angesehen (DiCicco-Bloom et al. 2007). Mit diesen Grundannahmen unterstreicht das Konzept den Zusammenhang zwischen Sozialkapital und Humankapital in Gesundheitsorganisationen. Sozialkapital wird dabei als entscheidende Voraussetzung von Patientensicherheit angesehen (Hofmeyer & Marck 2008).

Für Akutkrankenhäuser liegen bereits empirische Ergebnisse vor, die zeigen, dass die konzeptionellen Grundannahmen tragfähig sind. Im Fokus der Untersuchungen steht die Berufsgruppe der Pflegefachkräfte. Ein hohes Maß an Werte- & Vertrauenskapital trägt dazu bei, dass ablauforganisatorische Probleme reduziert werden (Pfaff et al. 2005), der Informationsaustausch unter den Kollegen gefördert (Chang et al. 2011) und in den Einrichtungen ein effektives Risikomanagement gelebt wird (Ernstmann et al. 2009). Treibende Kraft ist jeweils das Vorhandensein gemeinsam geteilter Werte und Überzeugungen sowie ein gegenseitiges Vertrauen; das heißt, es liegt ein Schwerpunkt auf der kulturellen Komponente des sozialen Kapitals⁷². Mit zunehmender Komplexität der Organisationsstrukturen wird auch die Fähigkeit berufsgruppenübergreifen-

⁷² Dabei ist darauf zu verweisen, dass nicht alle Untersuchungen eine Dreiteilung des sozialen Kapitals nach *bonding*, *bridging* und *linking* vornehmen, sondern zum Teil auch nur eine gemeinsame Kurzskaala zugrunde legen.

der Kooperation bedeutsamer. Auch hierzu liegt für das Akutkrankenhaus eine empirische Untersuchung vor, die zeigt, dass soziales Kapital die Koordination von Aufgaben berufsgruppenübergreifend erleichtert. Dabei ist darauf zu verweisen, dass sich die Urteile auf leitende medizinische Direktoren von Krankenhäusern beziehen und nicht die Wahrnehmung der gesamten Belegschaft berücksichtigen (Gloede et al. 2013).

Zusammenfassend deuten die Studien darauf hin, dass die Vertrauensressource zur Überwindung struktureller Herausforderungen von Gesundheitseinrichtungen beitragen und dadurch das Prinzip des Clans berufsgruppenübergreifend gewährleistet werden kann. Letzteres drückt sich insbesondere dadurch aus, dass Fehler- und Problemlösungskulturen berufs- und hierarchieübergreifend etabliert werden und eine hohe Versorgungsqualität im Sinne übergeordneter Organisationsziele erreicht wird. Dabei ist anzunehmen, dass gemeinsam geteilte Normen gegenseitiger Anerkennung und Wertschätzung insbesondere einen positiven Einfluss auf die Qualität der Führung nehmen, was sich dann wiederum unterstützend auf die Ausgestaltung berufsgruppenübergreifender Teamzusammenarbeit auswirkt.

3.4.2 Sozialkapital und Leistungsbereitschaft von Gesundheitspersonal

Als ein Maß zur Beurteilung, inwieweit Mitarbeiter gewillt sind, zu kooperieren und damit die Ziele der Organisation engagiert zu verfolgen, kann der Grad an Identifikation mit dem eigenen Unternehmen als Indikator herangezogen werden (Kramer et al. 1996). In der Fachliteratur ist die Rede von „Commitment“, wobei sich hinter diesem Konzept unterschiedliche inhaltliche Schwerpunktsetzungen verbergen (Moser 1997). Herauszustellen ist dabei, dass das Commitment von Organisationsmerkmalen abhängt. Davon abzugrenzen ist die Arbeitszufriedenheit, die sich stets auf den konkreten Arbeitsplatz bezieht (Moser 1997). Für diese Untersuchung von Relevanz ist ein vielfach genutztes Begriffsverständnis von Commitment nach Mowday und Kollegen aus dem Jahre 1982. Commitment wird hier als ein hoher Grad an Identifikation mit den Werten und Zielen einer Organisation verstanden. Dieses geht einher mit einer hohen Arbeitsbereitschaft und einem starken Bedürfnis sich längerfristig an die Organisation binden zu wollen (Mowday et al. 1982). Bindung an ein Unternehmen wird in der Organisationsforschung als ein Ausdruck von Leistungsfähigkeit des sozialen Systems verstanden. Dabei ist die Bindung nicht nur abhängig von dem „Bindungsbedürfnis“ des Individuums, sondern auch von der „Bindewirkung“ des sozialen Systems, die insbesondere durch sinnstiftende Tätigkeiten erzeugt wird (Badura & Walter 2014).

Für Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung ist festzustellen, dass Studien, die Effekte von Commitment zum Thema haben, vielfach aus dem asiatischen Raum stammen⁷³ und insbesondere die Gruppe der Pflegefachkräfte betrachten (Sourdif 2004; Liou 2008; Hsu et al. 2011; Ha et al. 2014). Die spezifische Betrachtung der Pflege ist damit zu erklären, dass insbesondere in dieser Berufsgruppe Fluktuation ein großes Problem darstellt und Commitment als zentraler Prädiktor von Fluktuationsneigung gilt. Die Empirie zeigt jedoch, dass ein hohes Bindebedürfnis an eine Organisation nicht nur mit der Fluktuationsneigung korreliert (Sourdif 2004; Galetta et al. 2012; Ha et al. 2014), sondern auch mit der selbstbeurteilten arbeitsplatzbezogenen Leistungsfähigkeit (Chu & Hsu 2011) und einem pro-sozialem Verhalten in der Versorgung⁷⁴ (Hsu et al. 2011). Insbesondere letztgenannte Aspekte haben wiederum einen unmittelbaren Einfluss auf die Patientenzufriedenheit. Entstehungsvoraussetzung für Commitment stellt hingegen wiederum das soziale Kapital der Gesundheitszentren dar; gemessen an der sozialen Interaktion, dem Vertrauen und gemeinsamen Visionen (Hsu et al. 2011). Für Organisationen der gesundheitlichen Versorgung konnte zudem gezeigt werden, dass die allgemeine Arbeitszufriedenheit, die von dem Commitment zu unterscheiden ist, für die Qualität der geleisteten Tätigkeit bzw. die Einsatzbereitschaft ebenfalls eine Rolle spielt. Auch diese wird, empirischen Ergebnissen zufolge, entscheidend durch einen hohen Vorrat an Sozialkapital bestimmt; die Stichprobe umfasste 277 Ärzte aus insgesamt vier Krankenhäusern (Ommen et al. 2009).

Neben der Leistungsbereitschaft steht auch die Leistungsfähigkeit im Betrachtungsmittelpunkt, wenn es darum geht, die Qualität geleisteter Arbeit in Dienstleistungsorganisationen vorauszusagen. Es liegen Studien vor, die den Einfluss des sozialen Kapitals auf den psychischen Gesundheitszustand des Personals analysieren. Outcome ist dabei das selbst beurteilte Burnout – gemessen an dem Grad der emotionalen Erschöpfung, der Entpersönlichung und der geminderten Leistungsbereitschaft. Dabei konnte nicht in allen Studien ein erwarteter präventiver Effekt des sozialen Kapitals bestätigt werden: An einer Stichprobe von 959 Pflegekräften aus fünf Akutkrankenhäusern zeigte sich für Ärzte (Stichprobe von 277 aus vier Krankenhäusern) ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an sozialem Kapital – gemessen an dem Werte-

⁷³ In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass interkulturelle Unterschiede entgegen der allgemeinen Erwartungen keinen Einfluss auf das organisationale Commitment und die psychologische Identifikation mit der jeweiligen Tätigkeit haben. Motive der Arbeitsmotivation, die in den Werten einer Kultur verankert sind, haben sowohl in Deutschland als auch Südkorea denselben Einfluss auf die Entstehung von Commitment (Park et al. 2009). Die Beobachtung dieser Studie ist als Indiz dafür zu werten, dass sich Erkenntnisse aus dem asiatischen Raum in der Tendenz auch auf europäische Länder übertragen lassen.

⁷⁴ Prosoziales Verhalten meint hier, dass die Pflegekräfte im Rahmen ihrer Arbeit den Patienten auf freiwilliger Basis mehr Unterstützung anbieten als dieses im Sinne ihrer beruflichen Verpflichtungen gefordert ist (Hsu et al. 2011).

und Vertrauenskapital – und einem erlebten Burnout (Kowalski et al. 2010a; Driller et al. 2011). Für 175 Mitarbeiter aus insgesamt fünf Seniorenheimen ließ sich dieser schützende Effekt statistisch hingegen nicht stützen. Fraglich ist, ob dieses der geringen Fallzahl geschuldet ist. Stattdessen erwiesen sich Arbeitsbedingungen wie die empfundene Arbeitsbelastung oder der erlebte Handlungsspielraum als einflussreich für die Entwicklung von Burnout (Kowalski et al. 2010a). Hierbei ist anzumerken, dass sich die Bedeutung immaterieller Arbeitsbedingungen für die psychische Gesundheit und das allgemeine Wohlbefinden auch in einigen der zuvor genannten Studien für andere Settings deutlich gezeigt hat; diese stehen wiederum in einem Zusammenhang mit Aspekten des sozialen Kapitals (Badura et al. 2008; Kowalski et al. 2010b; Rixgens & Badura 2012; Badura et al. 2013).

Um die Frage danach zu beantworten, wie der positive Zusammenhang zwischen dem organisationsbezogenem Sozialkapital und der psychischen Gesundheit der Mitarbeiter erklärt werden kann, ist an dieser Stelle auf das im Kapitel 3.3.3 vorgestellte Modell zum Zusammenhang sozialer Netzwerkstrukturen und Gesundheit von Berkman und Kollegen (2000) einzugehen. Von Relevanz ist in diesem Kontext zum einen die durch ein funktionierendes Netzwerk bereitgestellte soziale Unterstützung, die den Arbeitsalltag in vielerlei Hinsicht erleichtern kann. Zum anderen – und dieser Effekt ist als noch bedeutsamer anzusehen – ist auf die kognitiven und emotionalen Effekte einzugehen, die soziale Netzwerke versprechen. Anzunehmen ist, dass eine als sinnhaft erlebte Rolle innerhalb des beruflichen Kontexts dazu beiträgt, dass der einzelne Mitarbeiter ein hohes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen entwickelt. Grundvoraussetzung dafür stellt wiederum das Gefühl sozialer Integration und Zugehörigkeit dar. Vermittelt über ein gesteigertes Selbstwertgefühl ist ein indirekter Effekt sozialer Beziehungen auf das psychische Wohlbefinden und die psychische Gesundheit anzunehmen. Der einzelne entwickelt im besten Fall ein generalisiertes Vertrauen, das dazu beiträgt, dass die an ihn gestellten Aufgaben zu bewältigen sind. Dass der positive Effekt auf das Wohlbefinden und die (psychische) Gesundheit auch unter Zugrundelegung neurobiologischer Erkenntnisse gestützt werden kann, wurde in vorhergehenden Ausführungen bereits angedeutet. An dieser Stelle sind einige weiterführende Erkenntnisse diesbezüglich darzulegen: Wissenschaftliche Ergebnisse zeigen, dass „wir [Menschen] – aus neurobiologischer Sicht – auf soziale Resonanz und Kooperation angelegte Wesen *sind*“

(Bauer 2008, S. 23)⁷⁵. Hierfür verantwortlich sind menschliche Motivationssysteme, die nach sozialer Resonanz und Kooperation streben und dazu führen, dass alles menschliche Handeln im Kern darauf ausgerichtet ist „(...) zwischenmenschliche Anerkennung, Wertschätzung, Zuwendung oder Zuneigung zu finden und zu geben“ (ebd., S. 36). Die damit einhergehende Wirkung der Ausschüttung von körpereigenem Dopamin, Opioiden und Oxytocin führt zu einer Wohlbefinden steigernden Wirkung (ebd.).⁷⁶ Voraussetzung dafür ist eine zumeist unbewusste Hirnaktivität, die erlebte Situationen und Wahrnehmungen mit abgespeicherten Erfahrungen abgleicht. Je nach Bewertung kann es zu einer Aktivierung des limbischen Systems und damit zur Ausschüttung von körpereigenen Hormonen des Belohnungssystems kommen (Hüther & Fischer 2010).

Der beschriebene Wirkzusammenhang kann vor dem Hintergrund einiger Grundannahmen zum Salutogenesemodell und dem in diesem Zuge entwickelten Kohärenzsinn von Aaron Antonovsky noch weiter verdeutlicht werden. Das Kohärenzgefühl eines Menschen beschreibt die Fähigkeit, seine Umwelt als „sinnhaft“, „verstehbar“ und „beeinflussbar“ wahrzunehmen; dieses entspricht einem generalisierten Grundvertrauen in die Umwelt, was den Menschen wiederum dazu in die Lage versetzt, auf vorhandene Ressourcen zugreifen zu können (Antonovsky 1991; Antonovsky 1997). Die damit implizierten Grundannahmen über die Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit werden genutzt, um gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen zu gestalten (Badura et al. 2013). Im Rahmen einer empirischen Studie wurde für das Arbeitssetting Krankenhaus der Zusammenhang zwischen dem sozialen Kapital, dem Kohärenzsinn und dem Wohlbefinden sowie dem psychischen Befinden analysiert. Dabei wird unter Berücksichtigung empirischer Studien der Annahme gefolgt, dass das Kohärenzgefühl eines Menschen auch im Erwachsenenalter durch förderliche Kontextbedingungen beeinflussbar ist; nach Antonovsky ist die Kohärenzsinn hingegen als Persönlichkeitsmerkmal zu begreifen, der sich bereits im Kindesalter entwickelt. Den empirischen Da-

⁷⁵ Damit wendet sich Bauer von dem durch den Darwinismus geprägten Menschenbild ab, das den Menschen als selbstsüchtiges und eigennütziges Wesen mit dem Motiv „Kampf ums Dasein“ auffasst, ohne wie er selbst sagt, die darwinistische Abstammungslehre an sich anzuzweifeln (Bauer 2008, S.22). Dass gemeinschaftliches Handeln produktiver und für das menschliche Leben unverzichtbar ist, wird auch evolutionstheoretisch bekräftigt, indem die Gruppenselektion als der entscheidende Prozess der genetischen und kulturellen Evolution des Menschen verstanden wird. Erst das gemeinschaftliche Handeln führt laut dieser Theorie dazu, dass sich Menschen vermehren und andere Menschenarten im Laufe der Evolution verdrängt wurden (Wilson & Wilson 2009). Voraussetzung dafür, dass Menschen kooperieren können, ist die Ausstattung mit sozialkognitiven Fähigkeiten. Letztere ist die Grundlage dafür, dass sich eine geteilte Intentionalität entwickeln kann; das heißt, die Fähigkeit, sich aufeinander beziehen zu können (Tomasello 2010).

⁷⁶ Dopamin ermöglicht Bewegung und begünstigt psychischen Antrieb und Motivation. Opiode sind körpereigene Botenstoffe, die einen positiven Einfluss auf die emotionale Gestimmtheit und die Lebensfreude haben. Oxytocin hat ebenfalls eine Wohlbefinden steigernde Wirkung und ist Ursache von sozialer Bindung (Bauer 2008).

ten zufolge steht lediglich das Wertekapital in einem nennenswerten Zusammenhang mit dem Kohärenzsinn der Mitarbeiter; dieses führt zu der Annahme, dass das Wertekapital als grundlegende Bedingung für die Entstehung eines generalisierten Vertrauens aufzufassen ist, was wiederum den positiven Effekt auf das Wohlbefinden verspricht (Münch 2013).

Leistungsfähigkeit der Behandler und „klinische Empathie“

Die Gesundheit und Zufriedenheit von Beschäftigten in Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung ist nicht nur per se als bedeutsam zu bewerten. Darüber hinaus ist darauf zu verweisen, dass hierin immer auch ein therapeutischer Effekt zugunsten der Patienten liegt. Der Effekt resultiert vermittelt über das Ausmaß an „klinischer Empathie“, das die Behandler in die Versorgung einbringen. Klinische Empathie wird grundsätzlich als ein Schlüsselmerkmal hoher Versorgungsqualität deklariert. Die Effekte klinischer Empathie werden darin gesehen, dass der Behandler an mehr Informationen gelangt und somit eine fundierte Diagnose und Therapieentscheidung trifft, wenn er sich in den Patienten einfühlen kann (Neumann et al. 2009). In erster Linie geht es dabei um die *kognitive Empathie*, die von der *affektiven Empathie* abzugrenzen ist. Während ersteres die Fähigkeit umschreibt, Erfahrungen des anderen zu erkennen, dieses adäquat zu kommunizieren und letztlich in eine der Situation angemessene Handlung umzusetzen, meint letzteres das emotionale „Mitschwingen“ (Resonanz) mit den Gefühlen des Gegenübers (Decety et al. 2014). Die Fähigkeit Empathie entgegenzubringen ist neurobiologisch zu erklären und liegt in dem Spiegelneuronensystem des menschlichen Gehirns begründet. Durch dieses Nervensystem sind Menschen in der Lage ein neurophysiologisches Programm zu aktivieren, das es ihnen ermöglicht, angemessen auf ihr Gegenüber zu reagieren. Für diese Arbeit ist insbesondere die Erkenntnis von Relevanz, dass eine Person nur dann empathisch reagieren kann, wenn sie sich wohlfühlt und keinen Gefühlen wie Stress, Angst oder Druck ausgesetzt ist; in diesem Fall wäre das Spiegelneuronensystem blockiert (Bauer 2005; Rizzolatti & Sinigaglia 2006). Studien mit Medizinstudenten wiesen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass eine zu Beginn des Studiums hohe oder im Vergleich zu anderen Personen derselben Kohorte vergleichbare empathische Fähigkeit im Verlauf des Studiums tendenziell nachlässt. Burnout, Angst und Depressionen, die als Folge eines kontinuierlich hohen Stresslevels durch das Studium diskutiert werden, gelten als Erklärungsgründe für die Verschlechterung empathischer Fähigkeiten (Decety et al. 2014).

Der Tatsache zum Trotz dass Empathie in erster Linie ein Persönlichkeitsmerkmal darstellt, bleibt festzuhalten, dass auch der organisationsbezogene Kontext einen Einfluss

auf die Fähigkeit hat, sich in andere einfühlen zu können. An einer Stichprobe von Ärzten in der Akutversorgung wird dieser Zusammenhang bereits empirisch bestätigt: Die von den Patienten beurteilte Geschäftigkeit des Klinikpersonals stellte sich als stärkster Prädiktor für die wahrgenommene klinische Empathie heraus (Neumann et al. 2007). Eine auf Seiten der Patienten positiv wahrgenommene Interaktionsqualität zu den Behandlern trägt letztlich zu messbar verbesserten Behandlungsergebnissen bei. Die Interaktionsqualität steht dabei nicht nur in einem statistisch nachweisbaren Zusammenhang mit der Patientenzufriedenheit sowie der Akzeptanz der Behandlung (Richter et al. 2011a; Richter et al. 2011b; Quaschnig et al. 2013), sondern auch mit körperlichen Symptomen wie dem Schmerzempfinden (Dibbelt et al. 2010) und der psychischen Gesundheit – gemessen an dem Grad der Depressivität und der subjektiv beurteilten Lebensqualität (Neumann et al. 2007).

3.4.3 Sozialkapital und die „Ko-Produktion von Gesundheit“

Die beiden vorangegangenen Kapitel verdeutlichen die positiven Zusammenhänge zwischen dem organisationsbezogenem sozialen Kapital und dem innerbetrieblichen Geschehen. Unbeantwortet blieb bislang die Frage, inwieweit auch die Patienten von einem hohen Vorrat an sozialem Kapital profitieren können. Die Annahme, dass Patienten gemäß dem angewandten Begriffsverständnis einer Organisation ebenfalls als Mitglieder der Sozialstruktur verstanden werden müssen, ist wie folgt zu begründen: Mitgliedschaft definiert sich dabei über die Erwartungshaltung der Organisation an die Patienten, die Ausdruck in dem Konzept der Ko-Produzententhesen findet (siehe Kapitel 1.2.2). Das Verständnis sozialen Kapitals als ein öffentliches Gut rechtfertigt, dass die Patienten, die in der Regel nicht aktiv in die Sozialstruktur investieren, unmittelbar von der Ressource profitieren können (Coleman 1991)⁷⁷. Um diese Annahme zu stützen, sind nachfolgend zwei Aspekte zu fokussieren: Neben der Frage, was die Patienten dazu bewegt, überhaupt zu kooperieren und Kooperation aufrechtzuerhalten, geht es auch um ein grundlegendes Verständnis darüber, wie eine positiv erlebte Kooperation mit den Behandlern zur Krankheitsbewältigung bzw. zum Lernerfolg beitragen kann. Sozialwissenschaftliche Überlegungen können auch an dieser Stelle wieder mit neurobiologischen Erkenntnissen in Bezug gesetzt werden. Entsprechend der Ausrichtung dieser Arbeit steht dabei nicht die Qualität des persönlichen Kontakts zwischen Be-

⁷⁷ Der Zusammenhang lässt sich auch an einem anschaulichen Beispiel verdeutlichen: So ist davon auszugehen, dass Personen, die neu in eine Nachbarschaft kommen, welche sich durch Solidarität und gegenseitige Hilfeleistung auszeichnet, unweigerlich von dieser Ressource profitieren; auch dann, wenn sie vorher noch nicht in diese Gemeinschaft investiert haben.

handler und Patient im Mittelpunkt, sondern vielmehr die Bedeutung des organisationsbezogenen Kontextes, im Rahmen dessen Vertrauen entsteht.

Systemvertrauen und Kooperationsbereitschaft von Patienten

Um eine Erklärung dafür zu finden, warum Patienten überhaupt dazu bereit sind, zu kooperieren, ist das im Zuge der Grundannahmen zur Professionssoziologie herausgearbeitete *unpersönliche Klientenvertrauen* noch einmal gesondert zu betrachten. Dieses Konzept wurde insbesondere von der Soziologin Gaia di Luzio (2005, 2006) geprägt. Im Kern geht es um die Annahme, dass ein unpersönliches bzw. institutionelles Vertrauen zwischen Behandler und Patient die Grundvoraussetzung einer jeden Interaktion ist. Das von Seiten der Patienten entgegengebrachte Vertrauen ist Teil des Professionsbegriffs nach Eliot Freidson (1970) und Julia Evetts (2009). Ein institutionalisiertes Vertrauen ist deshalb unabdingbar, da sich der Patient bei jeder Behandlung in eine ungewisse Situation begibt (di Luzio 2005). Vertrauen stellt die einzige Möglichkeit dar, um diese Ungewissheit zu bewältigen. Im wissenschaftlichen Diskurs wird Vertrauen auch als „eine Form der Erwartung unter der Bedingung von Ungewissheit oder Unsicherheit“ verstanden (Nuissel 2002, S. 89). Die Erwartung bezieht sich dabei stets auf ein bestimmtes Ereignis, dessen Eintreten unbekannt und nicht kontrollierbar ist. Innerhalb von Gesundheitseinrichtungen wird versucht, das institutionelle Vertrauen durch Symbolik aufrechtzuerhalten. Ein Beispiel dafür ist das Tragen eines weißen Kittels der Ärzte, was von den Patienten mit Kompetenz assoziiert wird und es ihnen erleichtert, Vertrauen entgegenzubringen. Die Institution profitiert folglich von einer allgemein akzeptierten gesellschaftlichen Anerkennung (di Luzio 2005). Festzuhalten ist deshalb, dass Vertrauen – genau genommen ein „unpersönliches Vertrauen“ in die Institution – das zentrale Bindeglied zwischen Patient und Gesundheitseinrichtung darstellt und vor diesem Hintergrund als Grundvoraussetzung zur Einleitung der Ko-Produzententhesen zu verstehen ist. Für langfristige Behandlungserfolge ist es jedoch zwingend erforderlich, dass das Vertrauen im Verlauf des Behandler-Patienten-Kontakts aufrechterhalten bleibt. Bei längerfristigen Aufenthalten in einer Organisation steht dabei nicht nur der punktuelle Behandler-Patient-Kontakt im Betrachtungsmittelpunkt, sondern auch der Grad an Vertrauen und Vertrauenswürdigkeit in das gesamte System.

Dass das (institutionalisierte) Vertrauen in Wechselwirkung zwischen Organisation und Patient aufrechterhalten bleibt, kann unter Zugrundelegung neurobiologischer Erkenntnisse weiter verdeutlicht werden: So zeigt eine Laborstudie, dass die körpereigene Substanz Oxytocin, die bei positiv erlebten Beziehungen ausgeschüttet wird, immer

auch dafür verantwortlich ist, dass eine fortlaufende Kooperationsbereitschaft besteht. Anders ausgedrückt bedeutet das, dass Oxytocin maßgeblich dafür verantwortlich ist, dass eine Person weiterhin Vertrauen in die Beziehungsstruktur hat (Kosfeld et al. 2005). Kooperation ist damit als eine motivierte Handlung zu begreifen, die stets durch neurobiologische Prozesse determiniert ist. Nach theoretischen Überlegungen ist anzunehmen, dass insbesondere das Netzwerkkapital für den dargestellten Zusammenhang bedeutsam ist. Patienten können während der Zeit ihrer Behandlung, als Mitglieder der Organisation, Teil einer vertrauensvollen und unterstützenden Beziehungsstruktur auf Abteilungsebene werden. Dieses führt dazu, dass sie den einzelnen Behandlern ein der Kooperation förderliches Vertrauen entgegenbringen, das sich letztlich wechselseitig verstärkt. Das Gegenteil wäre der Fall, wenn die Patienten in einer konfliktgeladenen und feindseligen Umgebung partizipieren müssten. Inwieweit sich der Grad an wahrgenommener Vertrauenswürdigkeit und entgegengebrachtem Vertrauen förderlich auf Krankheitsbewältigungs- sowie Lernprozesse und damit auf Behandlungserfolge auswirken kann, ist mit nachfolgenden Erläuterungen weiter zu verdeutlichen.

Krankheitsbewältigung aus soziologischer Perspektive

Dass die Krankheitsbewältigung von mehr als krankheitsspezifischen Determinanten abhängt, ist seit langer Zeit bekannt und konnte im Rahmen empirischer Untersuchungen vielfach bestätigt werden. Beispielhaft ist auf eine Untersuchung von Schott (1987) zu verweisen, die Teil der Oldenburger Longitudinalstudie war. Die Analyse geht der Frage nach, welche Faktoren dazu beitragen, dass die Krankheitsbewältigung und die Anpassung an eine neue Lebenssituation bei Erstinfarktpatienten erfolgreich verlaufen. Zentrale Erkenntnis der Untersuchung ist, dass insbesondere krankheitsunabhängige soziale Determinanten den Bewältigungsprozess bestimmen. Soziale Determinanten (z.B. die Unterstützung durch den Lebenspartner) sind für die für kognitiven und emotionalen Prozesse des Krankheitserlebens und damit auch für dessen Bewältigung mit verantwortlich. Dieses führt zurück zu Kernannahmen des Modells sozialer Netzwerkstrukturen von Berkman und Kollegen (2000). Im Speziellen ist der durch soziale Netzwerke moderierte Effekt auf das Erleben von und den Umgang mit Stress herauszustellen. Nach dem analytischen Modell der Oldenburger Longitudinalstudie können nicht nur soziale Netzwerke aus dem persönlichen Umfeld des Betroffenen als Anti-stressoren fungieren, sondern auch die Behandler einer Gesundheitseinrichtung. Angenommen wird, dass die Signale der klinischen Umwelt einen Einfluss auf das Selbstbild des Patienten und damit die Strategieentwicklung zur Krankheitsbewältigung haben (Badura 1985).

Dieser Zusammenhang ist mit folgender Argumentationskette zu begründen: Der Klinikaufenthalt und die Krankheit bzw. Behinderung sind grundsätzlich als stressreiche Situationen zu verstehen; wobei inter-individuelle Unterschiede damit nicht ausgeschlossen werden sollen. Eine als stressreich erlebte Situation muss von dem einzelnen als kontrollierbar erlebt werden, damit eine angemessene Reaktion zur Bewältigung stattfinden kann. Neurobiologische Erkenntnisse weisen darauf hin, dass eine Situation, die als nicht kontrollierbar erlebt wird und anhaltende endokrinologische Stressreaktionen verursacht, Lernprozesse im Gehirn verhindert. In einer solchen Situation wird die biochemische Synthese unterdrückt, die dafür verantwortlich ist, dass sich synaptische Verschaltungen im Gehirn bilden/ verändern, die die Grundlage unseres Lernen sind (Kaluza 2012). Gelingt es einer Organisation demnach nicht, durch eine vertrauensvolle klinische Umwelt das individuelle Stresserleben des Patienten zu regulieren, so ist das Erlernen von Verhaltensänderungen als ein wesentlicher Bestandteil im Umgang mit chronischer Krankheit oder Behinderung erschwert. Dass das Stresserleben nicht nur eine individualpsychologische Reaktion ist, sondern vor dem Hintergrund der sozialen Umwelt und den hieraus resultierenden Ressourcen betrachtet werden muss, wird auch in neueren Untersuchungen zur Stressforschung betont (Häusser et al. 2012).

Die Berücksichtigung der Bedeutung von sozialen Determinanten in Stresssituationen findet im transaktionalen Stressmodell von Lazarus & Folkman (1984) nur unzureichend Berücksichtigung. Grundannahmen des Modells zur Frage, ob eine Situation als stressreich erlebt wird, können jedoch auch in dem hier betrachteten Kontext für das grundsätzliche Verständnis der Zusammenhänge förderlich sein. Das Modell betrachtet den Menschen als Subjekt, das sich aktiv mit seiner Umwelt auseinandersetzt und versteht Stress als einen Zustand, der auf kognitiven Bewertungsprozessen basiert⁷⁸. Nicht jede Situation wird demzufolge von jedem Individuum im selben Maße als stressig erlebt. Vielmehr entscheidet die subjektive Bewertung einer Situation (*appraisal*) über das individuelle Stresserleben. *Primary appraisal* meint die affektive Bewertung einer Situation, an die sich unmittelbar die Bewertung der zur Verfügung stehenden Ressourcen zur Situationsbewältigung anschließt (*secondary appraisal*). Dieses führt zum *re-appraisal*, das heißt zur kognitiven Neubewertung einer Situation und damit zum subjektiven Stresserleben. Die Bewertung einer Situation ist demnach nicht nur von individuellen Merkmalen abhängig (Einstellungen und Annahmen über die ei-

⁷⁸ Davon abzugrenzen sind Stresskonzepte, die den Menschen in seiner Umwelt als eher passiv begreifen. Stress definiert sich in solchen Stress-Reaktions-Modellen über belastende Umweltreize oder aber Belastungsreaktionen auf Seiten des Menschen. Eine Übersicht unterschiedlicher Erklärungsansätze der Stressforschung findet sich bei Schott (1996).

gene Person), sondern gleichsam von Merkmalen, die der Umwelt zuzuschreiben sind (Ressourcen). Erst das damit implizierte Zusammenspiel von Situation, Umwelt und Individuum entscheidet somit darüber, ob eine als stressig erlebte Situation als Bedrohung, als Herausforderung oder aber als Verlust erlebt wird. Dieses bestimmt wiederum den Entwurf einer Bewältigungsstrategie (ebd.). Eine positive Bewertung der jeweiligen Versorgungssituation und der verfügbaren Ressourcen der klinischen Umwelt (secondary appraisal) stellt vor diesem Hintergrund die Vorbedingung dafür dar, dass der Patient dazu bereit ist, zu kooperieren und letztlich dazu in der Lage ist, zu lernen. Neurobiologischen Untersuchungen zufolge kommt es bei dem Erleben positiver sozialer Beziehungen zu einer vermehrten Ausschüttung des Hormons Oxytocin. Dieses schlägt sich in einer reduzierten Aktivierung der Amygdala⁷⁹ wieder, was eine protektive Wirkung auf das emotionale Stresserleben hat (Ditzen & Heinrichs 2007); demnach handelt es sich um einen sich wechselseitig verstärkenden Prozess.

Abschließend ist darauf zu verweisen, dass die eingenommene Perspektive zur Bedeutung des organisationalen Handelns nicht darüber hinweg täuschen soll, dass auch individuelle, das heißt, die personenbezogene Disposition oder krankheitsspezifische Determinanten der Patienten (z.B. Schwere der Erkrankung zu Beginn der Maßnahme) den Lernprozess mitbestimmen (z.B. Badura et al. 1995). Auch die Bereitschaft Vertrauen in die Behandlung einzubringen, wird nicht nur durch die Situation in der Organisation bestimmt, sondern hängt ebenfalls von individuellen Voraussetzungen ab, Vertrauen entgegenbringen zu können; die Basis hierfür wird bereits in der frühen Kindheit im Synapsen-System des Einzelnen geschaffen (Kendal 2006; Hüther 2011). Dennoch bleibt zu betonen, dass ein hoher Vorrat an Netzwerkkapital jedem Patienten im Zuge der eigenen Krankheitsbewältigung zugutekommen sollte; die Stärke des Effekts kann dabei interindividuellen Differenzen unterliegen.

⁷⁹ Die Amygdala ist ein Kerngebiet des Gehirns und wird auch Mandelkern genannt. Sie spielt eine zentrale Rolle bei der emotionalen Situationsbewertung bzw. das Aufkommen von Emotionen und damit insbesondere bei der Entstehung von Angst (Bauer 2005; Goleman 2006).

3.5 Zusammenfassende Betrachtung: Sozialkapital als Voraussetzung kooperativer Aushandlungsprozesse in der medizinischen Rehabilitation

Die Ausführungen zum Stand der Forschung und Entwicklung sind an dieser Stelle abschließend zusammenzufassen und für die Versorgungssäule der medizinischen Rehabilitation zu spezifizieren. Herauszustellen ist in diesem Zusammenhang noch einmal, dass kooperative Strukturen in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation einen noch größeren Stellenwert als z.B. in der Akutversorgung einnehmen sollten. Schließlich nimmt die Komplexität eines sozialen Systems in Abhängigkeit von der Anzahl unterschiedlicher, auf der Grundlage internalisierter Werte autonom handelnder (Semi-) Professionen zu. Ebenso besteht auch gegenüber den Rehabilitanden eine höhere Erwartungshaltung im Hinblick auf die aktive Partizipation in der Behandlung. Die förderlichen Effekte sozialen Kapitals können wie folgt für die einzelnen Komponenten des Konstrukts zusammengefasst werden:

Das **Überzeugungs- und Wertekapital** fördert in erster Linie kooperative Strukturen zwischen den Berufsgruppen und dient damit der Befähigung zur Selbstorganisation einer Reha-Einrichtung („*brückenbildendes Sozialkapital*“). Die positive Wirkung einer „Brückenbildung“ bezieht sich dabei nicht nur auf den betrieblichen Kern, sondern meint auch die Vernetzung aller weiteren Organisationsteile, wie die Technostruktur, den Hilfsstab und die strategische Spitze. Gelingt es, funktionierende kooperative Strukturen berufsgruppenübergreifend herzustellen, so ist davon auszugehen, dass der Zugang zu neuen und hilfreichen Informationen verbessert wird und notwendige Abstimmungs- und Aushandlungsprozesse zielführend ausgeführt werden. Innerhalb der Versorgung sind im besten Fall transparente Behandlungsprozesse und eine Basis für einen vertrauensvollen Umgang mit Problemen zu ermöglichen. Darüber hinaus kann sowohl empirisch als auch theoretisch ein Zusammenhang zwischen einem hohen Vorrat an gemeinsamen Werten und Normen und der Leistungsbereitschaft der Mitarbeiter gezeigt werden. Insbesondere die positive Wechselwirkung mit dem Grad an Commitment gegenüber einer Organisation, kann dabei als förderlich für das Funktionieren eines berufsgruppenübergreifenden Clans im betrieblichen Kern verstanden werden. Commitment beschreibt, dass sich die Beschäftigten nicht nur mit den berufsständischen Werten und Normen, sondern auch mit der Organisation identifizieren. Dieses stellt wiederum die Grundlage dafür dar, dass Beschäftigte dazu bereit sind, im Sinne übergeordneter Organisationsziele, berufsgruppenübergreifend zusammenzuarbeiten.

In diesem Zusammenhang kommt den Führungspersonen und hier insbesondere der Ärzteschaft eine zentrale Rolle zu. Der institutionelle Kontext fordert von der Ärzte-

schaft ein Heraustreten aus der gesellschaftlich zugesprochenen Vormachtstellung innerhalb des interdisziplinären Teams. Führungspersonen sollen nicht autoritär agieren, sondern den berufsgruppenübergreifenden und damit immer auch den hierarchieübergreifenden Kompetenzaustausch fördern („*koppelndes Sozialkapital*“ im Sinne von **Führungskapital**).

Dem **Netzwerkkapital**, als dritte Komponente von Sozialkapital, ist ein produktiver Faktor zuzuschreiben. Dieser wird nicht nur darin gesehen, dass ein als positiv erlebter sozialer Rückhalt innerhalb der eigenen Abteilung, ein Wohlbefinden und damit leistungssteigernde Wirkung auf Seiten der Beschäftigten hat („*bindendes Sozialkapital*“). Auch ist anzunehmen, dass die Qualität sozialer Beziehungen die Ko-Produktion von Gesundheit mit den Patienten, als Teil des Versorgungsauftrags einer Reha-Einrichtung, unterstützt. Rehabilitanden, die als Mitglieder einer Netzwerkstruktur agierend, gelingt ein für den Behandlungserfolg förderlicher Lern- und Bewältigungsprozess des Krankheitserlebens umso besser, je höher der Grad an wahrgenommenem Vertrauen innerhalb der Organisation ist. Positive Effekte des Netzwerkkapitals sind damit anders als die des Werte- und Führungskapitals auch den Patienten unmittelbar zugänglich.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass sich Werte-, Netzwerk- und Führungskapital gegenseitig bedingen und in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander stehen sollten. Verfügt eine Einrichtung hingegen über einen hohen Vorrat an Netzwerkkapital bei gleichzeitigem Fehlen gemeinsamer Werte und Normen, so wäre die Gefahr negativer Effekte erhöht. In diesem Fall ist davon auszugehen, dass es zu einer starken Gruppenbildung und einer gegenseitigen Abschottung der Organisationseinheiten kommt, was der Effizienz des gesamten sozialen Systems schadet. Die beschriebenen Wirkzusammenhänge eines ausgeglichenen Sozialkapital-Vorrats zugunsten einer hohen Versorgungsqualität, sind in der Abbildung 1 noch einmal übersichtlich zusammengefasst. Dabei ist, wie in der Abbildung angedeutet, kein einfacher Kausalzusammenhang zwischen der Organisationsqualität und der Ko-Produktion von Gesundheit unterstellt. Vielmehr sind darüber hinaus auch die komplexen Wechselbeziehungen zu sowohl persönlichen sowie krankheitsbezogenen Merkmalen der Patienten als auch zu personenbezogenen Merkmalen der Beschäftigten und arbeitsplatzbezogenen Faktoren zu berücksichtigen. Zudem bedarf es vergleichbarer Standards der Strukturqualität (z.B. Behandlungsprogramm).

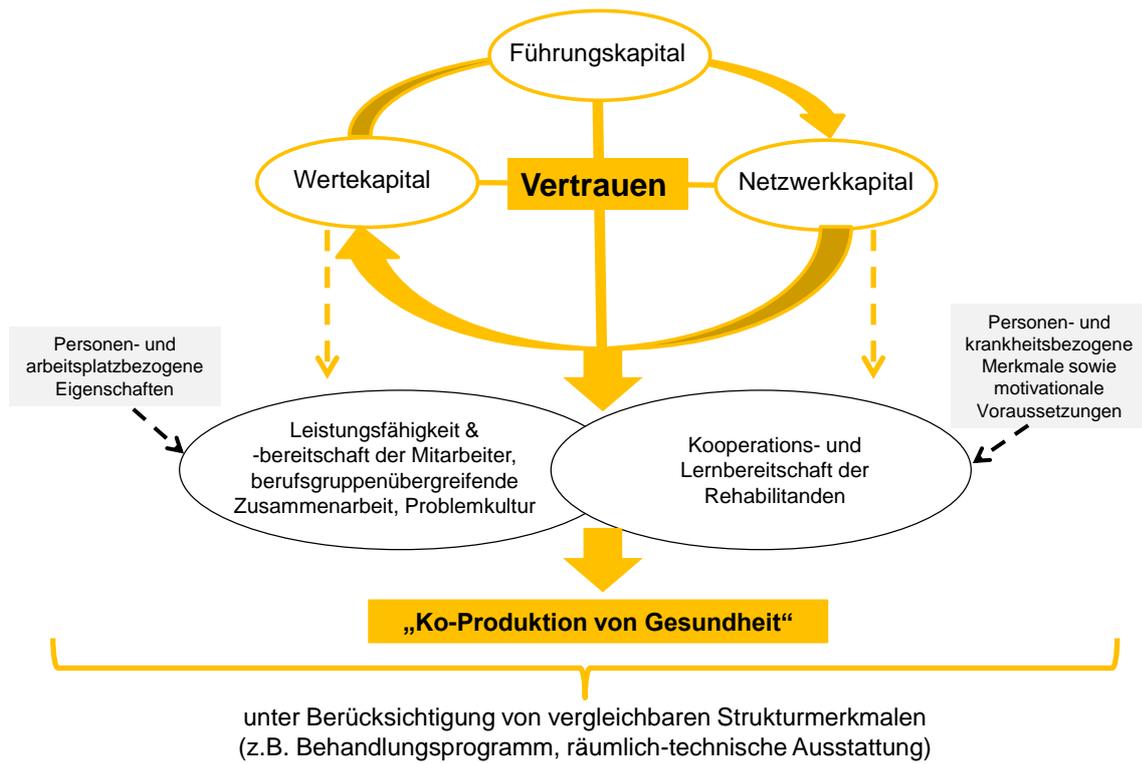


Abb. 1: Sozialkapital als Basis für die „Ko-Produktion von Gesundheit“

4 Methodik

Die theoretischen Erläuterungen des vorangegangenen Kapitels dienen als Grundlage zur Konzeptualisierung eines empirisch zu testenden Modells der Organisationsqualität. Die Modellierung basiert auf Daten eines quantitativen Organisationssurveys des Forschungsprojekts LORE, das an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Zentrum für Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaften der Universität Bielefeld durchgeführt wurde. Entsprechend der theoretischen Vorannahmen stellen Reha-Einrichtungen die Untersuchungseinheiten der empirischen Analysen dar. Nachfolgend werden die Konzeptualisierung des Modells sowie die darauf aufbauenden Hypothesen, das Forschungsdesign, die Datengrundlage, die anzuwendenden statistischen Auswertungsverfahren und die Stichprobe beschrieben. Da es in der organisationsbezogenen Versorgungsforschung bislang an einem einheitlichen Standard methodischer Qualitätsanforderungen mangelt, orientiert sich die empirische Analyse in erster Linie an sozialwissenschaftlichen Arbeitsweisen bzw. Forschungsmethoden. Daneben sind Empfehlungen eines Memorandums des DNVF e.V. zu berücksichtigen, die einen Beitrag zur Systematisierung von Erhebungs- und Auswertungsverfahren in der organisationsbezogenen Versorgungsforschung leisten (Pfaff et al. 2009).

4.1 Konzeptualisierung eines Organisationsmodells und Hypothesenbildung

In dieser Arbeit wird das Bielefelder Unternehmensmodell (siehe Kapitel 3.3.3) nicht in seiner vollen Komplexität einer empirischen Prüfung unterzogen. Vielmehr wird entsprechend der theoretischen Vorüberlegungen ein Schwerpunkt auf den Zweck der Organisationen, das heißt, die Ko-Produktion von Gesundheit, gelegt. Demnach geht es im Kern um die theoretisch hergeleiteten Zusammenhänge des organisationsbezogenen Kontextes (insbesondere Sozialkapital) und der Erreichung kooperativer Strukturen innerhalb des Behandlungsteams und optimaler Ergebnisse auf Seiten der Rehabilitanden. Insgesamt steht somit eine hohe Versorgungsqualität im Betrachtungsmittelpunkt. Abbildung 2 fasst das dieser Arbeit zugrundeliegende Modell zusammen.

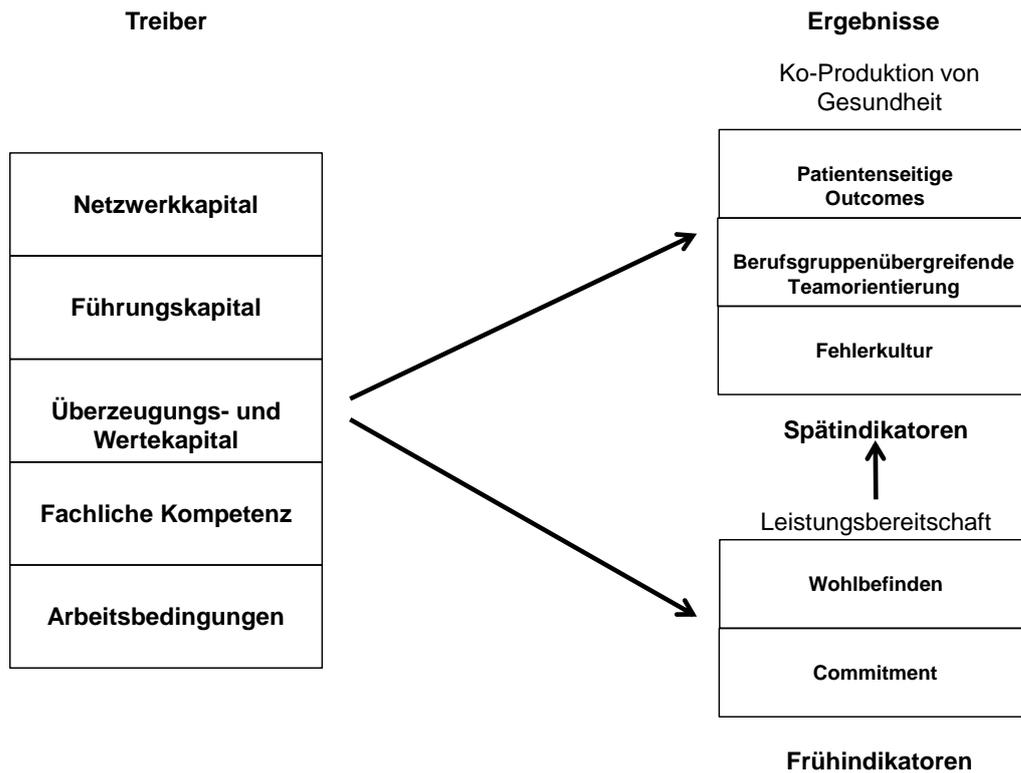


Abb. 2: Modell der „high performance“ Organisation in der medizinischen Rehabilitation modifiziert nach dem Bielefelder Unternehmensmodell von Badura et al. (2013, S. 50)

Die Treiber des Bielefelder Unternehmensmodells werden unverändert in die Analysen einbezogen. Als Leistungsbereitschaft der Mitarbeiter werden das Wohlbefinden und das Commitment erfasst. Diese Frühindikatoren werden als eine weitere zentrale Voraussetzung dafür angesehen, dass die Ko-Produktion von Gesundheit erreicht werden kann. Für Spätindikatoren wird im Rahmen des Modells bewusst auf den Begriff „Betriebswirtschaft“ verzichtet. Dieses wird konsistent zur angewandten Begriffsbestimmung einer „Organisation“ anstelle eines Unternehmens vorgenommen. Für die Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung wird es vielmehr als angemessen erachtet, Organisationsergebnisse normativ zu bestimmen. Unterschieden wird dabei zwischen der berufsgruppenübergreifenden Teamorientierung, dem Vorhandensein einer Problemkultur und patientenseitigen Outcome-Merkmalen (Behandlungserfolg, Patientenzufriedenheit etc.).

Im Fokus der Untersuchung stehen sowohl Unterschieds- als auch Zusammenhangsanalysen. Letztere können infolge des anzuwendenden Studiendesigns einer Querschnittserhebung nur eine empirische, nicht aber eine reale Kausalität unterstellen. Die empirische Kausalität stellt jedoch eine notwendige Voraussetzung zur Modellierung statistischer Analysen dar. Nachfolgend sind die zu testenden Hypothesen im

Einzelnen dargelegt. Entsprechend eines korrekten wissenschaftlichen Arbeitens wird stets gegen die Nullhypothese getestet (Bortz & Döring 2006); der besseren Lesbarkeit halber unterstellen die nachfolgenden Hypothesen stets einen Zusammenhang bzw. einen Unterschied, was der Alternativhypothese entspricht.

Unterschiedshypothesen⁸⁰:

In einem ersten Analyseschritt ist der Frage nachzugehen, inwieweit organisationsbezogene Ressourcen und die Versorgungsqualität zwischen den Einrichtungen der Stichprobe ungleich verteilt sind (Hypothesenblock I). Die Identifizierung von Unterschieden ist in erster Linie von inhaltlicher Bedeutung, da entsprechend der theoretischen Vorannahmen davon auszugehen ist, dass die in dieser Arbeit zu untersuchenden Ressourcen ungleich verteilt sind. Die Analyse der Variation von Merkmalen ist auch von methodischer Relevanz. So ist das Vorhandensein von Variabilität sowohl für die generelle Durchführbarkeit der Analysen als auch für das konkrete Auswertungsvorgehen richtungsweisend. Darüber hinaus ist zu prüfen, ob sich anhand der Daten ebenfalls Unterschiede in der Verteilung von Ressourcen sowie Belastungen zwischen Berufs- und definierten Personengruppen zeigen lassen (Hypothesenblock II).

Hypothesenblock I:

Ressourcen/ Treiber:

- Das soziale Kapital mit den Subkomponenten Netzwerk-, Führungs- und Wertekapital sowie die Güte immaterieller Arbeitsbedingungen sind zwischen den Reha-Einrichtungen der Untersuchungsstichprobe ungleich verteilt.

Ergebnisse I:

- Mitarbeiter zeigen nicht in allen Reha-Einrichtungen der Untersuchungsstichprobe dieselbe Leistungsfähigkeit und -bereitschaft.

Ergebnisse II:

- Qualitätsmerkmale der rehabilitativen Versorgung variieren zwischen den Einrichtungen der Untersuchungsstichprobe.
- Die Chance der Erreichung eines normativen Reha-Erfolgs der Rehabilitanden ist nicht in allen Einrichtungen gleich; Unterschiede bleiben auch nach Kontrolle für die jeweilige Rehabilitandenklientel bestehen.

⁸⁰ Die Konstrukte und Konzepte der einzelnen Hypothesen werden im Methodenkapitel dieser Arbeit weiter operationalisiert. Während die Treiber entsprechend des ProSoB-Fragebogens des Bielefelder Ansatzes übernommen wurden, weichen die Ergebnisindikatoren von diesem ab.

Hypothesenblock II:

- Es gibt Unterschiede in der berufs- und personengruppenspezifischen Beurteilung der zur Verfügung stehenden organisationsbezogenen Ressourcen.

Zusammenhangshypothesen:

In einem weiteren Schritt geht es um die Testung multivariabler Zusammenhänge im innerbetrieblichen Geschehen. Die Analysen entsprechen dem Ansatz neuer Ansätze der Sozialkapitalforschung, indem die Bedeutung kultureller Aspekte auf kollektive Phänomene untersucht wird (siehe hierzu Kapitel 3.3.2). Die multivariablen Zusammenhänge werden, sofern erforderlich unter Kontrolle personenbezogener oder berufsgruppenbezogener Merkmale modelliert.

Hypothesenblock III:

- Die Leistungsbereitschaft der Mitarbeiter steht in einem Zusammenhang mit dem Vorrat an sozialem Kapital und der Güte immaterieller Arbeitsbedingungen.
- Die kollektive Leistungsfähigkeit des sozialen Systems – gemessen an der Qualität der Teamorientierung – steht in einem Zusammenhang mit dem Vorrat an sozialem Kapital und der Güte immaterieller Arbeitsbedingungen.
- Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein einer Problemkultur und dem Vorrat an sozialem Kapital.

Das wesentliche Potenzial der Analysen liegt in der Verknüpfung von scheinbar unabhängigen Daten zu auf der einen Seite *patientenseitigen Ergebnismerkmalen* und auf der anderen Seite *Merkmale des organisationsbezogenen Kontextes*. Durch Zusammenführung dieser Daten unterschiedlicher Analyse-Ebenen⁸¹ wird die Prüfung des theoretisch begründeten Einflusses der „Organisation“ auf individuelle Outcomes möglich. Dieser Ansatz entspricht in seiner Logik der traditionellen netzwerkorientierten Forschungstradition zum Sozialkapitalansatz (siehe Kapitel 3.3.2).

Hypothese IV:

- Die Chance einen normativen Reha-Erfolg zu erreichen, steht in einem Zusammenhang mit personenbezogenen sowie maßnahmenbezogenen Merkmalen und darüber hinaus mit dem Netzwerkkapital einer Reha-Einrichtung.

⁸¹ Dieses meint Daten auf der Ebene der Organisation und der Ebene der Rehabilitanden. Die Datensätze werden im Methodenkapitel näher erläutert.

Alle genannten Zusammenhangsanalysen stellen das soziale Kapital in den Mittelpunkt der Untersuchung. Abschließend sind deshalb Hypothesen zu formulieren, die die Varianz des sozialen Kapitals in Abhängigkeit von Strukturmerkmalen der Organisation prüfen. Diese Hypothesen leiten sich nicht unmittelbar aus dem Modell zur Organisationsqualität ab.

Hypothesenblock V⁸²:

- Der Vorrat an einrichtungsbezogenen sozialem Kapital steht in keinem Zusammenhang mit strukturellen Merkmalen der Organisation wie der Klinikgröße (gemessen an der Bettenanzahl), dem Vorhandensein eines BGM-Systems, der Qualität von QM-Maßnahmen und der Auslastungsquote.

Die gemeinsame Betrachtung aller Hypothesen gibt ein differenziertes Bild einer „high performance“ Organisation, die sich nicht nur durch eine beständig hohe Leistungsfähigkeit auszeichnet, sondern auch durch einen achtsamen Umgang mit den Beschäftigten und dem Streben nach einer stetigen Verbesserung der eigenen Kernkompetenzen. Damit zielen die empirischen Analysen darauf ab, die Variation von sozialen und personalen versorgungsrelevanten Strukturen zu beschreiben und Zusammenhänge mit der Versorgungsqualität sowie patientenbezogenen Outcomes aufzuzeigen. Dieses ist eines der typischen Ziele in der organisationsbezogenen Versorgungsforschung (Pfaff et al. 2009).

4.2 Forschungsdesign: Organisationssurvey

Sozialwissenschaftliche Studien, die die Organisation als soziales System kooperierender Individuen betrachten, erheben in der Regel Daten auf die Mikroebene. Dieses wird realisiert, indem einzelne Mitarbeiter einer Organisation befragt oder aber beobachtet werden. Da sozialwissenschaftliche Analysen sich weniger für das einzelne Individuum und vielmehr für *kollektive Phänomene* interessieren, sind Daten aggregiert⁸³ je Einrichtung zu interpretieren, sofern gemäß theoretischen Vorüberlegungen

⁸² Entsprechend der theoretischen Vorannahmen wird hier im Vergleich zu den übrigen Hypothesen die Nullhypothese formuliert, da dieses der theoretischen Argumentation entspricht.

⁸³ Dabei ist zu betonen, dass kollektive Phänomene nicht immer aus der Summe individueller Handlungen bestehen. Oftmals handelt es sich auch um komplexere Beziehungen zwischen individuellen Handlungen und dem sozialen Kontext; hier bedarf es differenzierterer Erklärungsansätze. Abraham und Büschges (2009) beschreiben die Wechselwirkung zwischen individuellen Handlungen, dem sozialen Kontext und den kollektiven Phänomenen auch als *strukturell-individualistisches Programm*. Die dahinterliegenden Grundannahmen stehen im Zusammenhang mit dem *Mikro-Makro-Modell* nach Esser (1993).

von organisationsbezogenen Merkmalen ausgegangen werden kann (Abraham & Büschges 2009).

Ist nicht eine sondern eine größere Anzahl von Organisationen Forschungsgegenstand, so spricht man von einem Organisationssurvey. Ziel dieses Vorgehens ist es, annähernd repräsentative Daten zu erhalten, die es erlauben, Aussagen über die Verbreitung, Ursache oder Gesetzmäßigkeiten organisationaler Phänomene zu treffen (Lang 2009). Organisationssurveys stellen keine spezifische Methode der organisationsbezogenen Versorgungsforschung dar, sondern können in unterschiedlichen Disziplinen zur Anwendung kommen und folglich auch jeden Organisationstypus zum Gegenstand haben. Die thematische Ausrichtung von Organisationssurveys hat sich in den letzten Jahren entsprechend eines veränderten Erkenntnisinteresses in den Arbeits- und Organisationswissenschaften stetig gewandelt: Während in den 50er Jahren insbesondere die Arbeitsgestaltung sowie die Mitarbeiterzufriedenheit im Aufmerksamkeitsfokus von Erhebungen standen, ging es in den 60er und 70er Jahren zunehmend um die Erfassung von Normen und Standards; seit den 70er Jahren setzten sich die heute bekannten systematischen schriftlichen Befragungen durch. In den 80er sowie 90er Jahren standen erstmals Aspekte des Qualitätsmanagements sowie eine damit einhergehende Kundenorientierung im Betrachtungsmittelpunkt. Erst in den 90er Jahren erhielten strategische Instrumente wie Benchmarks⁸⁴ Beachtung (ebd.; Brake 2009).

Der hier vorliegende Organisationssurvey der LORE-Studie basiert auf zwei Datengrundlagen. Auf der einen Seite werden Daten in Form einer einrichtungsübergreifenden systematischen Mitarbeiterbefragung⁸⁵ erhoben. Auf der anderen Seite wird auf patientenbezogene Routinedaten zweier großer Rentenversicherungsträger zurückgegriffen. Im Fokus stehen hier die routinemäßig erstellten Entlassungsberichte (E-Berichte), die für jeden Rehabilitanden zum Ende einer Maßnahme erstellt werden. Während ersteres der systematischen Erfassung von Handeln und Einstellungen in Reha-Einrichtungen dient, werden letztgenannte Daten in dieser Arbeit genutzt, um organisationsbezogene Ergebnisse definieren zu können (z.B. Reha-Erfolg). Das organisationale Handeln wird mittels standardisierter schriftlicher Mitarbeiterbefragung er-

⁸⁴ Benchmarks dienen dazu, Prozesse oder Ergebnisse einer Organisation zu festgelegten Bezugs- oder Vergleichswerten in Beziehung zu setzen. Benchmarks finden sowohl im industriellen Sektor als auch im Dienstleistungssektor Anwendung und werden ebenso im Gesundheitswesen systematisch eingesetzt. Ziel dieses strategischen Instruments ist es, von anderen Organisationen oder aber vorbildlichen Lösungen zu lernen, um dadurch die eigene Leistung verbessern zu können (Geraedts & Selbmann 2011).

⁸⁵ Zu betonen ist in diesem Zusammenhang noch einmal, dass die Einnahme der Mitarbeiterperspektive deshalb sinnvoll erscheint, da die Wettbewerbsfähigkeit jeder Dienstleistungsorganisation in erster Linie von der Leistungsbereitschaft und -fähigkeit der Belegschaft abhängt.

hoben. Diese Form der Datengenerierung wird auch als Instrument der Einstellungsmessung verstanden, da standardisierte Fragebögen keine objektive, sondern die eigene Realität der Mitarbeiter abbilden (Bungard 1997). Im Rahmen dieser Untersuchung ist die Mitarbeiterbefragung als systematische Organisationsdiagnostik zu verstehen. Untersucht werden keine Einzelaspekte des Arbeitsalltags, sondern komplexe Zusammenhänge organisationsbezogener Aspekte oder Symptome (Bornewasser 2009). Während die Organisationsanalyse ein unvoreingenommenes Herangehen an die Beschreibung und Erklärung kollektiver Phänomene darstellt, ist die Organisationsdiagnostik stets problemorientiert. Das heißt, die Datenerhebung basiert auf einem theoretischen Vorverständnis.

Neben der Organisationsdiagnostik sind einige Kontextmerkmale der Organisationen (Größe der Einrichtung, Strukturmerkmale etc.) zu erheben. Dieses dient dazu, die Vergleichbarkeit der Untersuchungseinheiten sicherzustellen. Diese Angaben sind einmalig durch leitende Personen unter Einsatz eines standardisierten Einrichtungsfragebogens übermittelt worden. Insgesamt ist jedoch davon auszugehen, dass sich die Reha-Einrichtungen der potenziell in Frage kommenden Grundgesamtheit in wesentlichen Struktur- und Prozessmerkmalen ähneln. Schließlich handelt es sich um Einrichtungen, die alle von der gesetzlichen Rentenversicherung belegt werden und damit den gesetzlichen Anforderungen zur Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 2a SGB IX⁸⁶ genügen müssen.

Grundgesamtheit der Organisationen

Für den Organisationssurvey der LORE-Studie kamen insgesamt 43 Reha-Einrichtungen in Frage. Diese 43 Einrichtungen wurden anhand der von den Rentenversicherungsträgern zur Verfügung gestellten Routinedaten ausgewählt. Dabei lagen folgende Einschlusskriterien zugrunde:

- Angebot von stationären Reha-Maßnahmen (Anschlussheilbehandlung oder allgemeines Antragsverfahren)
- Fallzahl von ca. 70 bis 100 Rehabilitanden pro Jahr⁸⁷ in den Schwerpunktindikationen Orthopädie und/ oder Herz-Kreislaufkrankungen

Die vorgenommene Beschränkung auf die Indikationsschwerpunkte Orthopädie und/ oder Herz-Kreislaufkrankheiten ist mit der gesellschaftlichen Bedeutung dieser Krank-

⁸⁶ Eine Zertifizierung nach einem von der BAR anerkannten QM-System mussten alle Reha-Einrichtungen bis Oktober 2012 durchlaufen haben.

⁸⁷ Diese Fallzahl ist methodischen Anforderungen geschuldet, auf die im Zuge der Erläuterungen zu statistischen Auswertungsverfahren näher eingegangen wird.

heitsbilder zu begründen; so wird hier häufig auch von Volkskrankheiten gesprochen. Dieses führt dazu, dass auf eine große Anzahl an Fachabteilungen zurückgegriffen und dadurch wiederum die Rekrutierungsphase erleichtert werden konnte. Orthopädische Abteilungen machen mit 27% den größten Anteil an allen Fachabteilungen in den stationären Reha-Einrichtungen aus. Die Kardiologie nimmt nur einen Anteil von 8% an allen Fachabteilungen ein (DRV 2013), dennoch eignet sich diese Indikation für die LORE-Studie aufgrund der Verfügbarkeit einer ausreichend hohen Rehabilitandenfallzahl in den Routinedaten.

Alle 43 potenziell in Frage kommenden Reha-Einrichtungen wurden schriftlich und telefonisch um eine Teilnahme an der Studie gebeten. Insgesamt stimmten 21 Einrichtungen zu. Dieses entspricht einer Teilnahmequote von 49 %. Die Nicht-Teilnahme an dem Organisationssurvey wurde von Seiten der Reha-Einrichtungen wie folgt begründet:

- (1) personelle Umstrukturierungen,
- (2) bauliche Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Befragung den Arbeitsalltag stören oder
- (3) zeitlich überlagernde eigene Mitarbeiterbefragungen im Rahmen des QM-Systems.

Auf Seiten der Geschäftsführung wurden die Bedenken geäußert, dass das Mitarbeiterurteil durch die genannten Rahmenbedingungen verzerrt oder dass die Beteiligung zu gering ausfallen könnte.

Teilnehmende Organisationen

Die 21 Reha-Einrichtungen der Stichprobe stellen ein vielfältiges Bild der Reha-Landschaft dar. An dem Organisationssurvey beteiligten sich sowohl private Einrichtungen (n=14) als auch solche unter öffentlich-rechtlicher Trägerschaft (n=7)⁸⁸. Von Dachgesellschaften bis hin zu Familienbetrieben sind die unterschiedlichsten Organisationsformen vertreten. Örtlich betrachtet sind die Kliniken in den Bundesländern Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Hessen und Rheinland-Pfalz angesiedelt. Tabelle 1 listet einige Strukturmerkmale der eingeschlossenen Einrichtungen auf. Im Durchschnitt weisen die Kliniken eine Mitarbeiteranzahl von 177 und eine Bettenanzahl von 261 auf. Als strukturelles Merkmal zur Charakterisierung der Innovations- bzw. Lernbereitschaft einer Klinik wurde die *erstmalige Zertifizierung* nach §20 Abs. 2a SGB IX er-

⁸⁸ In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass an keiner Stelle des Projekts ein Vergleich der Einrichtungen nach Trägerschaft vorgenommen wird. Diese Fragestellung ist von politischer Bedeutung, deren Brisanz nicht Teil dieser Untersuchung ist. Zur Beurteilung der Vielfalt der Stichprobe ist die Information jedoch nennenswert, dass beide Formen vertreten sind.

fragt. Aus der Tabelle 1 wird ersichtlich, dass es Einrichtungen gibt, die sich bereits im Jahre 2003 erstmals erfolgreich zertifizieren ließen. Bis 2008 durchliefen weitere 15 der 21 Einrichtungen einen solchen Prozess. Darüber hinaus ist die Implementierung eines *BGM-Systems* – verstanden als Werthaltung gegenüber den Mitarbeitern – erfasst worden. Lediglich acht der 21 Reha-Einrichtungen gaben an, ein BGM-System implementiert zu haben. Nur eine der 21 Kliniken erfüllt nach Selbstauskunft jedoch Mindestanforderungen nach dem „Social Capital and Occupational Health Standard“ (SCOHS)⁸⁹ (Badura & Steinke 2011). Dabei ist deutlich darauf zu verweisen, dass die Mindestanforderungen gemäß dem abgefragten Zertifizierungslevel „Silber“ lediglich grundlegende Merkmale erfassen, die die Integration eines effektiven BGMs langfristig erst ermöglichen können.

Erhoben wurden außerdem einige Aspekte der Rehabilitandenversorgung, von denen im Vorfeld angenommen wurde, dass diese zwischen den Einrichtungen variieren, wengleich darauf hinzuweisen ist, dass nur geringe Unterschiede in der Praxis zu beobachten sind. Von den 21 befragten Reha-Einrichtungen gaben alle an, *Patientenschulungsprogramme*⁹⁰ in das eigene Klinikkonzept integriert zu haben. Die Befragung bestätigt, dass nicht alle Qualitätskriterien, die in der Literatur diskutiert werden, auch Umsetzung finden. Eine Manualisierung der Patientenschulungsprogramme wurde in 62% der teilnehmenden Einrichtungen vorgenommen, eine curriculare Verknüpfung in sogar 67%. Feste Gruppengrößen sind in 57% der teilnehmenden Einrichtungen vorgesehen und interaktive Übungen finden lediglich in 24% statt. Zwei der 21 Reha-Einrichtungen erfüllen laut Selbstauskunft alle abgefragten Qualitätskriterien eines Patientenschulungsprogramms. Vorbereitung auf die Rehabilitation und eine entsprechende Nachsorge sind weitere zentrale Kriterien erfolgreicher Maßnahmen. 20 der 21 Kliniken nehmen vor der Reha-Maßnahme Kontakt mit ihren Rehabilitanden auf. Dabei handelt es sich bei der Mehrzahl der Kliniken lediglich um den postalischen Versand allgemeiner Informationen zur Klinik. Individuell auf die Rehabilitanden zugeschnittene Nachsorgeprogramme bieten hingegen 12 der 21 Einrichtungen an.

⁸⁹ Kriterien, die dem Zertifizierungslevel „Silber“ als Minimalanforderung eines BGM-Systems entsprechen sind: (1) Durchführung einer Organisationsdiagnostik, (2) Implementierung eines Controllings der Systeme und Projekte, (3) Benennung eines BGM-Beauftragten, (4) sowie dessen Qualifizierung und Fortbildung, (5) Realisierung eines Qualifizierungsplans für Fach- & Führungskräfte, (6) Aufbau eines regelmäßigen Berichtswesens.

⁹⁰ Patientenschulungsprogramme stellen ein wesentliches Therapieelement der medizinischen Rehabilitation dar. Dabei geht es nicht nur um die reine Wissensvermittlung, die in Form von Vorträgen seit jeher in den Einrichtungen durchgeführt werden. Die Programme zielen vielmehr auf den Erwerb praktischer Kompetenzen und auf eine Einstellungsänderung gegenüber der Krankheit oder Behinderung ab. Dieses erfordert nicht nur eine Informationsvermittlung, sondern gleichsam Training und Schulung (Ehlebracht-König 2001).

| Klinik | Ausgewählte Strukturmerkmale | | | | Merkmale der Versorgung (Bezugsjahr 2012 ⁹¹) | | | |
|--------|------------------------------|------------------------|--|--|--|------------------------------|--------------------------|--|
| | Betten- anzahl | Mitarbeiter- anzahl | erstmalige Zertifizierung nach §20 Abs. 2a SGB IX | BGM-System (gemäß Zertifizie- rungslevel „Silber“ nach SCOHS) | Auslas- tungsquote (in %) | Schwerpunkt- Indikationen | % AHB- Rehabilitanden | % Rehabilitanden im allg. Antrags- verfahren |
| 1 | 268 | 139 | 2010 | Nein | 90 | Orthopädie | 60 | 40 |
| 2 | 308 | 240 | 2006 | Ja (nein) | 93,2 | Orthopädie | 72 | 28 |
| 3 | 269 | 149 | fehlend | Ja (nein) | 93 | Kardiologie | 84 | 16 |
| 4 | 196 | 168 | 2004 | Nein | 100 | Orthopädie | 60 | 40 |
| 5 | 200 | 122 | 2012 | Ja (nein) | 99,91 | Orthopädie | 35 | 65 |
| 6 | 455 | 400 | 2003 | Nein | 95 | Orth./Kard. | 63 | 37 |
| 7 | 189 | 149 | 2003 | Nein | 98 | Orth./Kard. | 60 | 40 |
| 8 | 250 | 144 | 2010 | Ja (nein) | 87,2 | Orthopädie | 83 | 17 |
| 9 | 256 | 160 | 2006 | Nein | 99,65 | Orthopädie | 60 | 40 |
| 10 | 206 | 135 | 2008 | Ja (nein) | 101,4 | Kardiologie | 44 | 56 |
| 11 | 200 | 147 | fehlend | Ja (ja) | 98,81 | Orthopädie | 36 | 64 |
| 12 | 140 | 83 | 2010 | Nein | 85 | Orthopädie | 85 | 15 |
| 13 | 265 | 136 | 2007 | Nein | 80 | Kardiologie | 43 | 57 |
| 14 | 140 | 74 | 2007 | Nein | 60,73 | Orthopädie | 55 | 45 |
| 15 | 450 | 378 | 2007 | Ja (nein) | 91 | Orthopädie | 46 | 54 |
| 16 | 185 | 155 | 2006 | Nein | 92,5 | Kardiologie | 80 | 20 |
| 17 | 547 | 230 ⁹² | 2006 | Nein | 93,5 | Orthopädie | 61,5 | 33,5 |
| 18 | 224 | 151 | 2008 | Nein | 98 | Orthopädie | 85 | 13 |
| 19 | 316 | 182 | 2008 | Nein | 80 | Orthopädie | 20 | 76 |
| 20 | 238 | 165 | 2007 | Ja (nein) | 91,23 | Orthopädie | 87,7 | 12,25 |
| 21 | 180 | 124 | 2005 | Nein | 100 | Orthopädie | 1 | 99 |
| Ø | 261 | 177 | - | - | 91,8 | - | 58,1 | 39,89 |

Tab. 1: Beschreibung der Stichprobe der 21 stationären Reha-Einrichtungen (Erhebungsjahr 2013)

⁹¹ Das Bezugsjahr 2012 resultiert daher, dass die Befragung 2013 durchgeführt wurde und das Jahr 2012 rückwirkend als abgeschlossen betrachtet werden konnte.

⁹² Das an dieser Stelle nicht stimmige Verhältnis der Betten- und Mitarbeiteranzahl ist darauf zurückzuführen, dass nur Mitarbeiter in die Befragung einbezogen wurden, die einer der genannten Indikationen zugeordnet waren. Eine äquivalente Aufteilung der Bettenanzahl war deshalb nicht möglich, da die Mitarbeiter in zwei Häusern tätig sind, die zusammen die Reha-Einrichtung bilden.

Durchführung der standardisierten Organisationsdiagnostik

Pro Reha-Einrichtung wurden alle beständigen Mitarbeiter um die Teilnahme an der schriftlichen, postalisch organisierten Befragung gebeten; beständig meint in diesem Fall vollwertige Mitglieder, die nach Meinung der Geschäftsführung einen wesentlichen Beitrag zum Erfolg beitragen. Damit wurde eine Vollerhebung angestrebt, wobei Non-Response aufgrund der Freiwilligkeit der Befragung einzuplanen war. Auf die Ziehung einer Stichprobe wurde angesichts der sehr kleinen Fallzahl einzelner Berufsgruppen bewusst verzichtet. Eine Powerberechnung war ebenfalls nicht notwendig, da keine Effekte berechnet werden sollen bzw. können. Die Datenerhebung der Mitarbeiterbefragung erstreckte sich insgesamt über einen Zeitraum von sieben Monaten. Mit der ersten Klinik wurde Mitte Januar 2013 begonnen, die letzte Erhebungsphase endete in einer Klinik im August desselben Jahres. Die achtmonatige Laufzeit der Datenerhebung ist zum einen der unterschiedlichen Rekrutierungszeitpunkte des Erstkontakts (September 2012 bis Mai 2013) geschuldet, welche aufgrund organisatorischer Rahmenbedingungen des Feldzugangs vorgenommen werden musste⁹³. Zum anderen musste der Erhebungszeitraum flexibel an Präferenzen der einzelnen Einrichtungen angepasst werden; dabei galt es zu vermeiden, die Befragung in Spitzenbelegungszeiträumen durchzuführen, um einen möglichst hohen Rücklauf zu erzielen. Die Datenerhebung basiert auf Urteilen des ärztlichen, psychologischen, sozialpädagogischen sowie pflegerischen Dienstes, dem medizinischen Hilfspersonal, dem Bereich Service und Technik sowie der Verwaltung und des Managements. Der Fragebogen wurde postalisch an insgesamt 3.621 Mitarbeiter der 21 Einrichtungen versandt.

Um pro Reha-Einrichtung eine ausreichend hohe Rücklaufquote zu erreichen wurde die Datenerhebung nach der „Total Design Method“ (1978) bzw. der „Tailored Design Method“⁹⁴ (2007) (TDM) von Don A. Dillman gestaltet. TDM stellt ein empirisch überprüftes Verfahren zur Fragebogenkonstruktion und Datenerhebung dar, das darauf abzielt einen quantitativ hohen und qualitativ hochwertigen Rücklauf zu gewährleisten. Die Besonderheit von TDM ist, dass es sich nicht um eine schlichte Aneinanderreihung von Empfehlungen handelt, sondern dass Strategien in Anlehnung an die *Austauschtheorie in sozialen Beziehungen* entwickelt wurden. Die Beantwortung eines Fragebogens wird nach Dillman – wie jede andere soziale Interaktion – als Austauschprozess zwischen Personen verstanden. Die Teilnahme an einer Befragung ist dabei als indivi-

⁹³ Jede Einrichtung wurde persönlich vor Ort über das Vorgehen der Studie informiert. Die Koordination der Termine stellte sich als Herausforderung dar, da neben der Geschäftsführung, mindestens die ärztliche Leitung und die Personalvertretung an dem Gespräch teilnehmen sollten.

⁹⁴ „Tailored Design Method“ stellt eine Weiterentwicklung der „Total Design Method“ dar. Berücksichtigt werden die neuen Erhebungsverfahren, die die modernen Kommunikationssysteme (insbesondere Internet) ermöglichen. Beide Methoden basieren jedoch auf denselben Grundideen.

duelle Handlungen zu verstehen, die durch das Vertrauen motiviert ist, dass sich ein zu leistender Aufwand (in diesem Fall das Ausfüllen eines Fragebogens) auf lange Sicht auszahlen wird. Jede Fragebogenkonstruktion und Datenerhebung muss demnach darauf abzielen, ein solches Vertrauen bei den Teilnehmern zu erlangen.⁹⁵ TDM umfasst ein Repertoire von unterschiedlichen Strategien zur Fragebogenkonstruktion und Datenerhebung, wobei jede Befragung lediglich einzelne Elemente in unterschiedlicher Kombination integrieren kann. Im Rahmen der LORE-Studie wurden folgende Maßnahmen umgesetzt:

- Vorankündigung der Befragung durch Informationsmaterial (Poster, Flyer),
- Gestaltung des Fragebogens in Form einer Broschüre im farbigen Druck,
- Betonung der Bedeutsamkeit der Befragung durch a.) persönliche Ansprache, b.) eine zweimalige Erinnerung und c.) Beilegung eines frankierten Rückumschlags

Um den Mitarbeitern eine absolute Vertraulichkeit der zurückgemeldeten Informationen zuzusichern, wurden die ausgefüllten Fragebögen direkt an das Forscherteam zurückgesandt. Dieses Vorgehen wurde gewählt, damit die Beschäftigten sich nicht der Gefahr ausgesetzt sahen, dass die Teilnahme an der Befragung zu Nachteilen am eigenen Arbeitsplatz führt; schließlich wurden auch sensible Daten (z.B. Führungsverhalten) erfragt. Können derlei Ängste nicht reduziert werden, so ist mit Non-Response zu rechnen, was die Gefahr einer Stichprobenverzerrung und eingeschränkt interpretierbarer Ergebnisse birgt (Brake 2009). Ebenso ist darauf zu verweisen, dass Mitarbeiter dazu neigen, „Self-Impression-Management“ mit dem Ziel zu betreiben, sich als funktionsfähige Organisationsmitglieder darzustellen. Ein dadurch erzeugtes „geschöntes“ Antwortverhalten kann umso größer ausfallen, wenn die Befragten annehmen, dass die Fragebögen von Entscheidungsträgern in der jeweiligen Organisation einsehbar sind (Bungard 1997). Abschließend bleibt darauf zu verweisen, dass trotz guter Vorbereitung und Planung einer organisationalen Befragung ein Teil von Non-Respondern nicht erreicht wird. Diese als aktiv zu bezeichnenden Teilnahmeverweigerer sind grundsätzlich nicht dazu bereit, Fragebögen auszufüllen, die mit ihrer Organisation in Verbindung stehen. Eine Systematisierung von Studienergebnissen zeigt in diesem Zusammenhang, dass aktive Non-Responder sich von der Organisation ungerecht behandelt oder ausgebeutet fühlen und wenig Unterstützung erfahren. Dieses prägt letztlich ihr Handeln in der Arbeitsumgebung und kann deshalb eine Teilnahmeverweigerung vorher-

⁹⁵ Dillman (1978, 2007) selbst berichtet, dass die Anwendung des TDM-Designs Rücklaufquoten von bis zu 70% verspricht. Doch auch andere Forschergruppen haben TDM hinsichtlich seiner Erfolgsgarantie getestet und hohe Rücklaufquoten erzielt (z.B. Hoddinott & Bass 1986; Nakai et al. 2005).

sagen. Davon zu unterscheiden sind passive Non-Responder, die lediglich die spezifische Befragung ablehnen (Spitzmüller et al. 2006).

Rücklaufquote der Organisationsdiagnostik

Von den 3.621 angeschriebenen Mitarbeitern beteiligten sich insgesamt 1.980 an der Befragung. Dieses entspricht über alle Einrichtungen einem Rücklauf von 54,7%. Der größte Anteil an zurückgesandten Fragebogen entfiel, wie zu erwarten, auf das erste Anschreiben. Durchschnittlich wurde der Rücklauf in den einzelnen Einrichtungen durch die Erinnerungspostkarte um ca. 14% und durch den anschließenden Erinnerungsbrief um noch einmal ca. 9% gesteigert. Die höchste Rücklaufquote einer Einrichtung beträgt 69,7%, während die geringste Beteiligung an der Befragung bei 30,9% in einer anderen Einrichtung liegt. Zur Beurteilung der Aussagekraft der Rücklaufquoten ist folgende Faustregel zu berücksichtigen: Bei schriftlichen Befragungen in Unternehmen sollte eine Rücklaufquote um die 50% erreicht werden, um aussagekräftige Erkenntnisse zu gewinnen; eine Responserate von 70 % gilt bereits als hervorragend (Bungard 1997). Insgesamt ist auch darauf hinzuweisen, dass die Werte des Rücklaufs stets an der Realität anzupassen sind⁹⁶.

Tabelle 2 listet die einrichtungsspezifischen Rücklaufquoten unter Angabe der absoluten Fallzahlen auf. Angesichts der genannten Faustformel ist für 16 Einrichtungen eine akzeptable und für zwei Einrichtungen sogar eine hervorragende Rücklaufquote erzielt worden. Drei Einrichtungen zeigen hingegen Rücklaufquoten von $\leq 45\%$ ⁹⁷. Die Ergebnisse der Organisationsdiagnostik dieser Einrichtungen gelten als nicht eindeutig interpretierbar. Folglich wurde entschieden, die Daten dieser Einrichtungen aus den Analysen auszuschließen. Dadurch kann eine valide Interpretation kollektiver Phänomene im Einrichtungsvergleich sichergestellt werden.

⁹⁶ Für diese Untersuchung von Bedeutung ist die Tatsache, dass das gesetzlich verpflichtende QM in der Rehabilitation ohnehin einrichtungseigene Mitarbeiterbefragungen vorsieht. Nicht auszuschließen ist deshalb, dass insbesondere in Kliniken, in denen keine positiven Erfahrungen mit solchen Befragungen gemacht wurden, eine geringere Teilnahmebereitschaft besteht.

⁹⁷ Darauf hinzuweisen ist, dass keine systematischen Zusammenhänge zwischen der Rücklaufquote und der klinikinternen Vorbereitung der Studie zu beobachten ist.

| Klinik | Angeschriebene Grundgesamtheit | Rücklauf (absolut) | Rücklauf (in Prozent) |
|-----------------------------|--------------------------------|--------------------|-----------------------|
| 1 | 139 | 43 | 30,9 |
| 2 | 240 | 140 | 58,3 |
| 3 | 149 | 72 | 48,3 |
| 4 | 168 | 89 | 52,9 |
| 5 | 122 | 71 | 58,2 |
| 6 | 400 | 180 | 45,0 |
| 7 | 149 | 90 | 60,4 |
| 8 | 134 | 84 | 62,7 |
| 9 | 160 | 106 | 66,2 |
| 10 | 135 | 94 | 69,6 |
| 11 | 147 | 87 | 59,2 |
| 12 | 83 | 47 | 56,7 |
| 13 | 136 | 69 | 50,7 |
| 14 | 74 | 40 | 54,0 |
| 15 | 378 | 233 | 61,6 |
| 16 | 155 | 108 | 69,7 |
| 17 | 230 | 101 | 43,9 |
| 18 | 151 | 73 | 48,3 |
| 19 | 182 | 96 | 52,7 |
| 20 | 165 | 97 | 58,8 |
| 21 | 124 | 58 | 46,7 |
| Gesamt | 3.621 | 1.978 | 54,6 |
| <i>Fehlend⁹⁸</i> | | 2 | 0,1 |

Tab. 2: Einrichtungsspezifische Rücklaufquoten

Alle eingegangenen Fragebögen wurden nach Abschluss der Datenerhebung mit zweimaligem Prüfdurchgang durch ein spezialisiertes Datenerfassungsinstitut in eine SPSS-Datei überführt. Abbildung 3 fasst die Arbeitsschritte des Organisationssurveys noch einmal übersichtlich zusammen. Im anknüpfenden Kapitel sind die beiden für die Analysen zur Verfügung stehenden Datensätze inhaltlich zu beschreiben, um einen Überblick zu den Auswertungs- und Analysemöglichkeiten zu erhalten.

⁹⁸ Zwei teilnehmende Personen habe die zugehörige Einrichtungs-Identifikationsnummer des Fragebogens unkenntlich gemacht.

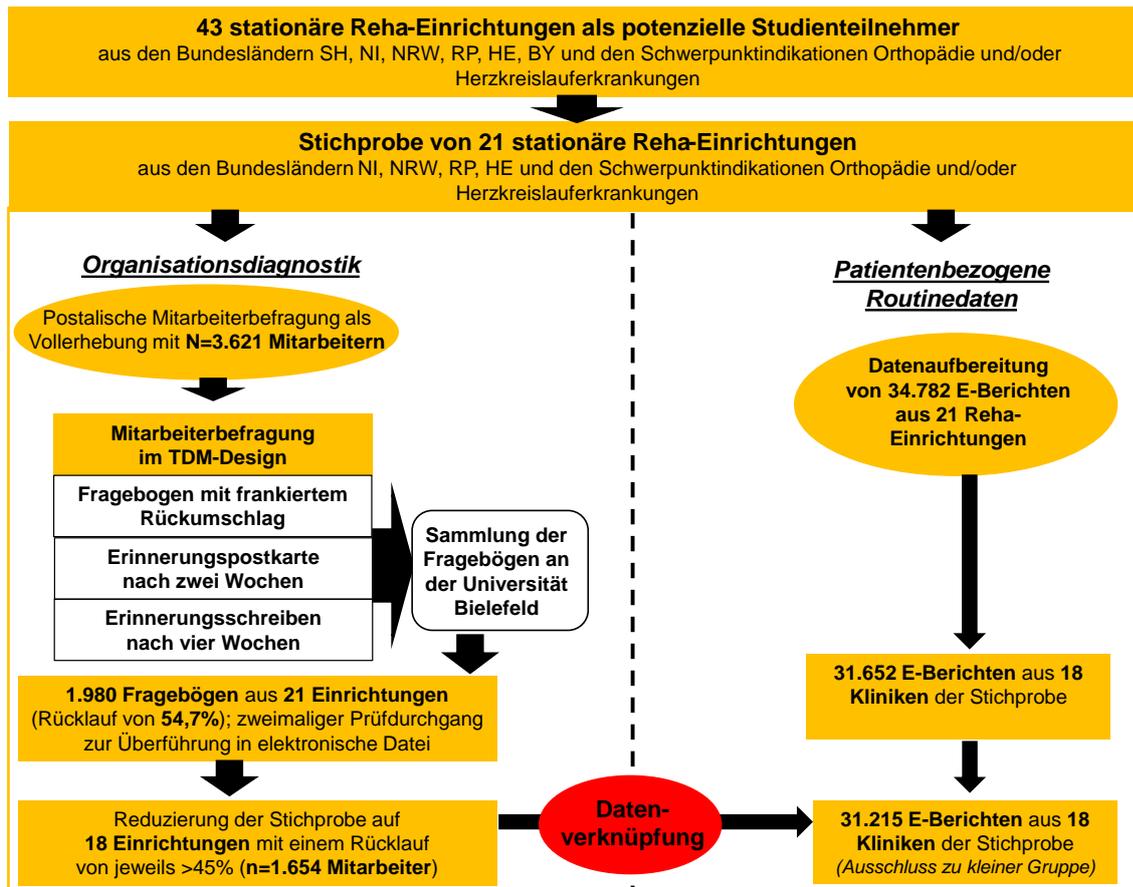


Abb. 3: Umsetzung des Organisations surveys

4.2.1 Psychometrische Prüfung des Messinstruments

Kernstück der Organisationsdiagnostik ist ein standardisierter Fragebogen, der in seiner Zusammenstellung erstmals im Rahmen der LORE-Studie eingesetzt wurde. Eine Vielzahl der Kennzahlen basiert jedoch auf Skalen, die von anderen Forschergruppen erhoben und überprüft wurden (siehe hierzu Tabelle 3). Um die Angemessenheit des neu zusammengestellten Erhebungsinstruments vor Praxiseinsatz für den rehabilitations-spezifischen Kontext sicherzustellen, wurde eine literaturbasierte Zusammenstellung von Skalen mit ausgewählten Experten diskutiert. Befragt wurden sowohl leitende Personen in Reha-Einrichtungen als auch Rehabilitations- und Organisationswissenschaftler (N=7). Die endgültige Zusammenstellung des Erhebungsinstruments wurde zudem einem qualitativen Pretest mit Praktikern aus Gesundheitseinrichtungen (N=3) unterzogen. Zum Einsatz kamen dabei kognitive Methoden wie das „Thinking Aloud“ und das „General Probing“ (Collins 2003). Nach der Datenerhebung wurden außerdem Gütekriterien der Skalen für die vorliegende Stichprobe ermittelt. Die dafür vorzunehmende psychometrische Prüfung der Skalen basierte auf folgenden Analysen mittels der Statistiksoftware SPSS (Version 20): (1) explorative Faktorenanalyse (Hauptkom-

ponentenanalyse mit Varimax Rotation)⁹⁹ zur Bestimmung der faktoriellen Validität, (2) Berechnung von Trennschärfekoeffizienten¹⁰⁰ und interner Konsistenz (Cronbach's Alpha¹⁰¹) als Maß zur Beurteilung der Reliabilität. Die Einzelitems wurden in der Regel im vierstufigen Antwortformat¹⁰² als „quasi-metrische“ Likert-Skalen konzipiert, sodass die Anwendung multivariater Verfahren und damit die Einzelschritte der psychometrischen Prüfung als zulässig anzusehen ist (Westermann 1985; Bortz & Döring 2006). Auf der Grundlage aller Angaben konnte entschieden werden, welche Skalen sich zur statistischen Hypothesentestung eignen.

Zur Abbildung der Skalen¹⁰³ wurden aus den jeweiligen Einzelitems Summenscores gebildet. Um dieses auf einer statistisch validen Basis durchführen zu können, ist für die interessierenden Einzelitems im Vorfeld eine Missing-Analyse durchgeführt worden. Für alle Einzelitems konnte die MCAR-Bedingung (*Missing completely at Random*) bestätigt werden, wodurch nicht von systematischen Ausfällen auszugehen ist. Zudem lag der prozentuale Anteil fehlender Werte je Item bei <5%, was als grundsätzlich akzeptabel zur Anwendung des Standardverfahrens „fallweiser Ausschluss“ gilt (Lüdtke et al. 2007; IBM 2011). Trotz der Tatsache, dass die Stichprobe insgesamt auf einer großen Fallzahl basiert, sind fehlende Werte in einigen Skalen bis zu einer definierten Anzahl an Items durch den fallbezogenen Mittelwert ersetzt worden. Dabei liegt die Annahme zugrunde, dass eine Person ein einzelnes Item in der Tendenz so beantwortet wie alle übrigen Items derselben Skala. Nach Abschluss dieses einfachen imputationsbasierten Verfahrens lag der Anteil fehlender Werte je Skala bei maximal 3,6%. Die fallweise Ersetzung durch den Mittelwert ist damit zu begründen, dass für ausgewählte Analysen Subgruppen der Stichprobe betrachtet werden und somit zum Teil kleinere Fallzahlen vorlagen. Um Inkonsistenzen der Datengrundlage zu vermeiden, wurde die Bildung des Summenscores mit Ersetzung fallbezogener Mittelwerte für alle Analysen

⁹⁹ Geprüft wird, ob der KMO-Koeffizient als Maß für die Eignung der Stichprobenangemessenheit der Variablen mindestens .7 beträgt; Werte, die zwischen .6 und .7 liegen, sprechen nur für eine mittelmäßige Stichprobenangemessenheit. Die einzelnen Faktorladungen, die die Korrelationen zwischen dem Item und dem jeweiligen Faktor angeben, sollten einen Wert von mindestens .5 annehmen (Eckey et al. 2002).

¹⁰⁰ Als Faustformel dient ein Trennschärfekoeffizient von mindestens .4 (Bortz & Döring 2006).

¹⁰¹ Ein Cronbach's Alpha von mindestens .7 gilt in der Fachliteratur als akzeptable interne Konsistenz einer Skala (Peterson 1994).

¹⁰² Mit der Entscheidung für ein vierstufiges Antwortformat weicht die Skalierung zum Teil von den Originalinstrumenten ab. Dieses wurde nur dann vorgenommen, wenn es sich um Instrumente handelt, die keinen Cut-Off-Werten infolge der Prüfung an geeichten Stichproben unterliegen. Von Relevanz ist lediglich die Positionierung auf der jeweils vorliegenden Gesamtskala. Mit Einsatz einer vierstufigen Likert-Skala wurde das Ziel verfolgt, die befragten Personen zu einer eindeutigen Positionierung hinsichtlich ausgewählter Merkmale zu bewegen, indem auf die neutrale Mitte verzichtet wurde.

¹⁰³ Alle Einzelitems der eingesetzten Skalen sind im **Anhang 1** dieser Arbeit einsehbar.

vorgenommen. Die nachfolgende Tabelle 3 listet die Skalen und Einzelitems des eingesetzten Fragebogens übersichtlich auf.

| Skala | Quelle | Items | Hauptkomponentenanalyse | | Cronbach's Alpha | zugelassene Missings |
|---|---------------------------|-------|-------------------------|------|------------------|----------------------|
| | | | Varianzaufklärung | KMO | | |
| Organisationsressourcen | | | | | | |
| Sozialkapital | BISI ¹⁰⁴ | 30 | | | 0,96 | 5 |
| Netzwerkkapital | | 10 | 48,3% | 0,97 | 0,95 | 2 |
| Wertekapital | | 10 | 12,4% | | 0,93 | 2 |
| Führungskapital | | 10 | 6,9% | | 0,95 | 2 |
| Immaterielle Arbeitsbedingungen | | | | | | |
| Klarheit der Aufgabe/ Rollenklarheit | COP-SOQ ¹⁰⁵ | 4 | 38,3% | 0,83 | 0,79 | 0 |
| Partizipationsmöglichkeiten | SALSA ¹⁰⁶ | 3 | 15,1% | | 0,75 | 0 |
| Sinnhaftigkeit der Arbeit | ProSoB | 3 | 12,2% | | 0,76 | 0 |
| Leistungsfähigkeit und -bereitschaft der Mitarbeiter | | | | | | |
| Commitment | - ¹⁰⁷ | 3 | 66,6% | 0,67 | 0,75 | 0 |
| Wohlbefinden | WHO-5 ¹⁰⁸ | 5* | 72,8% | 0,87 | 0,90 | 1 |
| Versorgungsmerkmale | | | | | | |
| Interdisziplinarität | - ¹⁰⁹ | 5** | <i>Keine Skala</i> | | | - |
| Teamorientierung | Team-skala ¹¹⁰ | 6 | 57,0% | 0,84 | 0,85 | 1 |
| Problemkultur | - | 1 | <i>Keine Skala</i> | | | - |
| Wahrnehmung von QM | - | 1 | <i>Keine Skala</i> | | | - |
| Wahrnehmung von Qualitätszirkeln | - | 1 | <i>Keine Skala</i> | | | - |
| Die Spannweite der Einzelitems beträgt 0 bis 3 | | | | | | |
| *Die Spannweite dieser Einzelitems beträgt 0 bis 5 | | | | | | |
| ** Die Einzelitems nehmen die Werte 0 oder 1 an | | | | | | |

Tab. 3: Ausgewählte Skalen und Items des Messinstruments¹¹¹

¹⁰⁴ Kurzskala des „Bielefelder Sozialkapital-Index“ (Rixgens 2010) nach ProSoB (Badura et al. 2006/ 2007)

¹⁰⁵ Psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz COPSOQ: deutsche Standardversion (Nübling et al. 2007)

¹⁰⁶ Salutogenetische subjektive Arbeitsanalyse (Rimann & Udris 1997)

¹⁰⁷ Für die Skala *Commitment* konnte in der Originalfassung aus dem interproQ (Brücker. 2004) keine zufriedenstellende Stichprobenangemessenheit der Variablen (KMO-Wert) festgestellt werden. Gebildet wurde eine neue Skala, die sowohl aus interproQ-Items als auch eigenen Items bestand. Diese neu gebildete Skala zeigt eine bessere Modellpassung, wenngleich die Ergebnisse auch hier nicht optimal sind; eine Überprüfung der Skala erfolgte in AMOS.

¹⁰⁸ Fragebogen zum Wohlbefinden (Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Centre in Mental Health 1998)

¹⁰⁹ Es handelt sich um keine überprüfte Skala. Die Items wurden jedoch in Anlehnung an eine konzeptionelle Arbeit von Körner & Bengel (2004) entwickelt. Erfragt wird, in welcher Form die Behandlung der Rehabilitanden zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen ausgestaltet wird und wie die Struktur des Teams zu charakterisieren ist.

¹¹⁰ Teamskala zur Messung der Partizipation der Behandler im Behandlungsteam (Körner et al. 2008)

¹¹¹ Die Ergebnisse der Hauptkomponentenanalysen und die Trennschärfekoeffizienten sind dem **Anhang 2** zu entnehmen.

Der Tabelle 3 ist zu entnehmen, dass die für die Analysen eingesetzten Skalen den allgemeinen Gütekriterien genügen. Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) der Skalen fällt in dieser Stichprobe ähnlich aus wie in anderen Untersuchungskontexten, die in der Literatur berichtet werden. So sind für die drei Subskalen zum Sozialkapital Werte zwischen $\alpha=0,91$ und $\alpha=0,94$ zu finden (Rixgens 2010). Für die Skalen *Sinnhaftigkeit der Arbeit* und *Partizipationsmöglichkeiten* zeigt Cronbach's Alpha in der hier vorliegenden Stichprobe etwas bessere Werte. Während in der Literatur für erstere Skala eine interne Konsistenz von 0,66 berichtet wird (Badura et al. 2006/ 2007), ist für letztere ein Wert von 0,62 zu finden (Rimann & Udris 1997). Die COPSOQ-Skala zur *Rollenklarheit* ist in der Literatur mit einer internen Konsistenz von 0,83 (Nübling et al. 2007) und die Teamskala mit 0,87 (Körner & Wirtz 2013) ausgewiesen. Um die einzelnen Skalen näher zu charakterisieren, listet Tabelle 4 jeweils das prototypische Item auf; das heißt, das Item, das je Skala die höchste Trennschärfe zeigt.

| Skala | Item | Trennschärfe <i>r</i> |
|---------------------------------|---|--------------------------|
| Wertekapital | In unserer Reha-Einrichtung ist die Wertschätzung eines jeden Mitarbeiters sehr hoch. | .80 |
| Netzwerkkapital | In meiner Abteilung passen die Kollegen menschlich gut zusammen. | .83 |
| Führungskapital | Mein direkter Vorgesetzter ist ein Mensch, dem man in jeder Situation absolut vertrauen kann. | .85 |
| Sinnhaftigkeit | Ich habe fast immer das Gefühl, dass meine Arbeit wirklich wichtig ist. | .62 |
| Partizipation | Bei wichtigen Entscheidungen in meiner Abteilung kann ich fast immer mitreden und mitentscheiden. | .65 |
| Rollenklarheit | Ich weiß genau, was von mir bei der Arbeit erwartet wird. | .65 |
| Commitment | Ich bin stolz darauf, für diese Einrichtung arbeiten zu können. | .64 |
| Wohlbefinden | In den letzten zwei Wochen habe ich mich energisch und aktiv gefühlt. | .80 |
| Teamorientierung ¹¹² | Die Behandler arbeiten Hand in Hand. | .68 |

Tab. 4: Prototypisches Item der eingesetzten Skalen

¹¹² Die beiden Skalen Wertekapital und Teamorientierung zeigen inhaltlich einige Parallelen, wobei gemäß theoretischen Vorannahmen jeweils etwas anderes dahintersteht: Im Wesentlichen zeichnet sich die Teamarbeit durch einen höheren Verbindlichkeitsgrad aus und bezieht sich explizit auf die Abstimmung im interdisziplinären Team hinsichtlich der Rehabilitandenversorgung. Wertekapital ist hingegen auf der Ebene der gesamten Organisation zu verstehen und meint im Allgemeinen die Frage nach einem Miteinander, das auf gegenseitiger Wertschätzung und Anerkennung basiert. Um jedoch sicherzustellen, dass sich beide Skalen auch statistisch voneinander trennen lassen, wurde für alle 16 Items eine weitere Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation durchgeführt. Der rotierten Komponentenmatrix zufolge lassen sich die Einzelitems eindeutig voneinander trennen und jeweils einem der beiden Faktoren zuordnen. Die Ergebnisse dieser Analyse sind dem **Anhang 3** zu entnehmen.

4.2.2 Routinedaten

Für die Analysen standen Routinedaten der *Reha-Statistik-Datenbasis* (RSD) und der *Rentenantrags- und Erledigungsstatistik* zweier großer Rentenversicherungsträger zur Verfügung. Die Datenbanken enthalten personenbezogene Angaben aller Versicherten, die in den einzelnen Vertragskliniken eine Reha-Maßnahme in Anspruch nahmen. Neben soziodemografischen Merkmalen enthält die RSD außerdem Angaben zur Reha-Maßnahme und zum sozialmedizinischen Entlassungsurteil hinsichtlich Leistungsfähigkeit und Behandlungserfolg (E-Bericht). Letzteres wird im Abschlussgespräch einer Reha-Maßnahme von dem behandelnden Arzt erstellt und mit dem jeweiligen Rehabilitanden ausgehandelt. Die E-Berichte werden dem Rentenversicherungsträger anschließend routinemäßig übermittelt. Dadurch werden Basisdaten für Rehabilitationsstatistiken systematisch gesammelt, die für Analysen oder für die Versorgungsplanung genutzt werden können. Der E-Bericht hat außerdem die Funktion Informationen zum Reha-Verlauf sowie zu erhobenen Befunden an z.B. behandelnde Ärzte weiterzugeben. Mit den Angaben zu funktionalen Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf das Erwerbsleben ist der E-Bericht auch als sozialmedizinisches Gutachten anzusehen (DRV 2007).

Für die hier durchzuführenden Analysen standen zum Zeitpunkt der Datenübermittlung Datenbestände aus den Jahren 2010 und 2011 zur Verfügung¹¹³. Der Einschluss zweier Erhebungsjahre hat zwei Gründe: (1) Für eine valide Modellschätzung war eine ausreichend große Stichprobe an Rehabilitanden je Einrichtung nötig. (2) Durch die Berücksichtigung zweier Erhebungsjahre ist zu überprüfen, ob der prozentuale Anteil an positiven Entlassungsurteilen im Jahresvergleich einrichtungsbezogen starken Schwankungen unterliegt. Je geringer die Variation der prozentualen Anteile, desto valider können die übermittelten Informationen der E-Berichte als stabile Einrichtungsergebnisse interpretiert werden. Nachfolgend sind die einzelnen Variablen des Datensatzes aufgelistet. Dabei ist darauf zu verweisen, dass die Routinedaten so gut wie keine fehlenden Werte beinhalten, wodurch ein begründeter Umgang mit Missings nicht erforderlich ist.

¹¹³ Die Tatsache, dass die Routinedaten nicht aus demselben Erhebungsjahr stammen wie die Organisationsdiagnostik ist dem Umstand geschuldet, dass die Routinedaten die Grundlage für den Feldzugang darstellten und somit vor der Organisationsdiagnostik vorliegen mussten. Die aufbereiteten Auswertungen lagen zum Zeitpunkt des Feldzugangs lediglich für ein abgeschlossenes Jahr zuzüglich der sechs Monate vor. Bezugnehmend auf die theoretischen Vorannahmen sind die zeitversetzt erhobenen Datenbestände jedoch als unproblematisch anzusehen. Schließlich wird angenommen, dass Organisationsmerkmale – wie das soziale Kapital – stabil sind und Veränderungen erst über längere Zeiträume erreicht werden können.

Variablen des Routinedatensatzes:

Angaben zur Reha-Maßnahme:

- Indikationsstellung für die Rehabilitation (erste Entlassungsdiagnose nach ICD-10):
 - (1) Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
 - (2) Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Anschlussheilbehandlung oder allgemeines Antragsverfahren
- Dauer der Maßnahme (in Tagen)

Personenbezogene Merkmale:

- Geschlecht
- Alter (in Jahren)
- Nationalität
- Beruflicher Status vor der Reha-Maßnahme
- Stellung eines Rentenantrags vor der Reha-Maßnahme

Sozialmedizinisches Entlassungsurteil:

- Leistungsfähigkeit nach der Reha-Maßnahme in Stunden (in dem alten Beruf und in einem anderen Beruf)
- Behandlungsergebnis (gebessert, unverändert, verschlechtert)

Langzeitverlauf:

- Rentenantragstellung sechs Monate nach der Reha-Maßnahme

Angaben zur Reha-Maßnahme:

Die einzelnen Rehabilitanden sind hinsichtlich der Erstdiagnose zusammengefasst. Eine differenzierte Aufgliederung der Rehabilitandengruppe ist anhand der Daten nicht möglich; bekannt ist lediglich, welche Indikationsschlüssel nach ICD-10 (DIMDI 2014) in den beiden Gruppen subsummiert sind. Die durchgeführten Analysen beschränken sich auf die orthopädische¹¹⁴ und die kardiologische Rehabilitation¹¹⁵. Eine im Rahmen der Analysen differenzierte Betrachtung gemäß der Erstdiagnose ist deshalb sinnvoll, da sich kardiologische und orthopädische Rehabilitanden in der Tendenz zum einen in

¹¹⁴ Hierunter sind folgende Diagnosegruppen nach ICD-10 zusammengefasst: **M00-M99**: Artropathien, Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, Krankheiten der Weichteilgewebe, Osteopathien und Chondropathien; **S02**: Verletzungen des Kopfes; **S12**: Verletzungen des Halses; **S22**: Verletzungen des Thorax; **S32**: Verletzungen des Abdomens, der Lendenwirbelsäule und des Beckens; **S42**: Verletzungen der Schulter und des Oberarms; **S52**: Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarms; **S62**: Verletzungen des Handgelenkes und der Hand; **S72**: Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels; **S82/ S83**: Verletzungen des Knies und des Unterschenkels; **S92**: Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes; **T02**: Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen; **T12**: Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten oder anderer Körperregionen; **T84**: Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen; **Z966**: Personen mit funktionellen Gesundheitsrisiken aufgrund der Familien- und Eigenanamnese ; **Q65-Q79**: Angeborene Fehlbildungen und Deformationen des Muskel-Skelett-Systems

¹¹⁵ Hierunter sind folgende Diagnosegruppen nach ICD-10 zusammengefasst: **I00-I15**: Akutes rheumatisches Fieber, chronische rheumatische Herzkrankheiten, Hypertonie; **I26-I52**: Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufs; **I20-I25**: Ischämische Herzkrankheiten; **I60-I69**: Zerebrovaskuläre Krankheiten; **I70-I99**: Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren; **Q20-Q28**: Angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems; **Z95**: Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten

soziodemografischen Merkmalen voneinander unterscheiden. Zum anderen ist aus Studien auch bekannt, dass orthopädische Rehabilitanden – insbesondere mit unspezifischen chronischen Rückenschmerzen – besondere Aufmerksamkeit in der Behandlung beanspruchen; Krankheitsmodelle, Behandlungserwartungen und Ziele zwischen Behandlern und Patienten mit chronischen Rückenschmerzen divergieren häufig sehr viel stärker als in anderen Indikationsgruppen (Baker et al. 2011). Neben der Erstdiagnose ist für jeden Rehabilitanden die Art der in Anspruch genommenen Maßnahme vermerkt. Unterschieden wird zwischen Anschlussheilbehandlungen und dem allgemeinen Antragsverfahren, die jeweils eine andere Rehabilitanden-Klientel einschließen; im Datensatz waren ausschließlich stationäre Maßnahmen verzeichnet. Bei AHB-Rehabilitanden handelt es sich um Personen, bei denen zuvor in der Regel ein medizinischer Eingriff vorgenommen wurde. Die Gruppe der Rehabilitanden im allgemeinen Antragsverfahren ist heterogener; der Anlass einer Rehabilitation sollte in hohem Ausmaß multikausal bedingt sein. Aussagen hierüber sind den Daten nicht zu entnehmen.

Die Dauer der Reha-Maßnahme ist im Rahmen dieser Untersuchung als Surrogat-, das heißt, Ersatz-Variable für die Schwere der Erkrankung bzw. für mögliche Komplikationen zu interpretieren. Dabei wird unterstellt, dass die Schwere der Erkrankung mit der Länge der Maßnahme zusammenhängt. Aus den Analysen ausgeschlossen, werden alle Rehabilitanden, deren Reha-Dauer weniger als 20 Tage und mehr als 43 Tage¹¹⁶ beträgt. Diese Extreme können inhaltlich nicht interpretiert werden. Gründe dafür, dass Personen weniger als 20 Tage in der Einrichtung blieben, sind dem Datenmaterial nicht zu entnehmen. Es bleibt lediglich zu vermuten, dass es sich hier um Teilnehmer einer Studie handelt oder aber um einen vorzeitigen Abbruch der Reha-Maßnahme. Letzterer kann privaten Gründen geschuldet sein. In beiden Fällen ist anzunehmen, dass die Reha-Einrichtung keinen wesentlichen Einfluss auf den Rehabilitationsverlauf hat und die Hypothesentestung für diese Fälle damit nicht sinnvoll ist.

Personenbezogene Merkmale:

Der Datensatz beinhaltet eine Reihe an personenbezogenen Merkmalen, die als Kontroll- bzw. Adjustierungsvariablen dienen. Neben dem Geschlecht, dem Alter und der Nationalität sind den Daten außerdem Angaben zum Berufsleben der Rehabilitanden vor der Reha-Maßnahme zu entnehmen. Aus wissenschaftlichen Untersuchungen ist bekannt, dass Personen mit Migrationshintergrund in Reha-Einrichtungen benachteiligt sein können. Neben kulturellen Unterschieden, die ein Grund einer eingeschränkten Teilnahme an Behandlungen darstellt, sind außerdem Sprachprobleme eine Barriere.

¹¹⁶ Eine stationäre Reha-Maßnahme ist für die genannten Indikationsschwerpunkte auf drei Wochen festgelegt. Je nach Verlauf kann die Maßnahme verlängert werden.

Beide Aspekte führen dazu, dass die Rehabilitanden nur eingeschränkt von einer Reha-Maßnahme profitieren (Schott & Razum 2012). Die Stellung im Beruf als weitere bedeutsame Adjustierungsvariable lässt sich sinnvoll zusammenfassen in die Personengruppen *Arbeiter, Angestellte/ Beamte* und *Erwerbslose*. Ausgeschlossen werden Azubis, da diese keiner der genannten Personengruppen eindeutig zuzuordnen sind. Außerdem im Datensatz aufgeführt ist die Frage danach, ob jemand vor der Reha-Maßnahme bereits einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt hat oder nicht. Bei dieser Personengruppe ist davon auszugehen, dass das persönliche Ziel einer Maßnahme nicht vordergründig darin liegt, langfristig im Erwerbsleben zu bleiben; das Entlassungsurteil sollte demnach durch die Haltung des jeweiligen Rehabilitanden negativ beeinflusst sein.

Sozialmedizinisches Entlassungsurteil:

Die Angaben des sozialmedizinischen Entlassungsurteils sind das Zentrum der Analysen, da sie zur Operationalisierung eines patientenseitigen Outcomes bzw. eines normativen Reha-Erfolgs dienen. Mit den ärztlichen Urteilen, die im Rahmen des Abschlussgesprächs gemeinsam mit den Rehabilitanden ausgehandelt werden, liegt für jede Person die Prognose zur Leistungsfähigkeit in Stunden (<3 Stunden, 3 bis 6 Stunden, >6 Stunden) und das Behandlungsergebnis (gebessert, gleich geblieben, verschlechtert) vor. Ersteres wird unterschieden in *Leistungsfähigkeit im alten Beruf* und *Leistungsfähigkeit in einem anderen Beruf*. Die Angabe zur Leistungsfähigkeit in einem anderen Beruf ist, zumindest für wissenschaftliche Analysen, inhaltlich nicht zu interpretieren. Schließlich handelt es sich hier um ein fiktives Urteil zur Leistungsfähigkeit, das die Ressourcen und beruflichen Möglichkeiten der einzelnen Rehabilitanden unberücksichtigt lässt. Angaben zum Behandlungsergebnis zeigen über die Gesamtstichprobe gesehen eine sehr geringe Varianz, sodass die Anwendung statistischer Verfahren an Grenzen stößt; ca. 95% der Rehabilitanden verlassen die Reha-Einrichtung mit einem gebesserten Behandlungsergebnis.

Folglich wird die Leistungsfähigkeit im alten Beruf zum Zeitpunkt der Reha-Entlassung im Rahmen der Untersuchung als **normativer Reha-Erfolg** definiert. Die Bezeichnung „normativ“ bezieht sich darauf, dass der Parameter den gesetzlich verpflichtenden Versorgungsauftrag aller von den Rentenversicherungen belegten Einrichtungen abbildet. Schließlich ist das organisationale Handeln stets darauf auszurichten, dass die Rehabilitanden in ihre beruflichen Rollen (re-) integriert werden (§9 SGB VI). Dabei gilt eine Person als nicht erwerbsgemindert, wenn sie unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden erwerbsfähig sein kann (§43

SGB VI). Da das Urteil sich auf die ärztlichen Entlassungsberichte stützt und nicht auf subjektive Angaben der Rehabilitanden ist nicht von *Behandlungserfolg* zu sprechen. Dennoch eignen sich die Daten dafür, die Umsetzung der Ko-Produzententhese auf Seiten der Rehabilitanden abzubilden.

Langzeitverlauf der Reha-Maßnahme:

Da das erstellte sozialmedizinische Entlassungsurteil nicht für Forschungszwecke übermittelt wurde, ist eine Limitation der Datenqualität nicht auszuschließen. Um die Aussagekraft der Entlassungsurteile zur Erwerbsfähigkeit zu überprüfen, ist der Langzeitverlauf der Reha-Maßnahme als bedeutsame Zusatzinformation hinzuziehen. Für jeden Rehabilitanden liegt die Angabe vor, ob ein halbes Jahr nach der Reha-Maßnahme ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt wurde. Die Angaben des sozialmedizinischen Entlassungsberichts sind im Rahmen statistischer Tests mit dem Langzeitverlauf der Erwerbstätigkeit in Bezug zu setzen.

4.3 Statistische Analyseverfahren

In diesem Kapitel werden die statistischen Analyseverfahren zur Testung der in Kapitel 4.1 aufgeführten (multivariable¹¹⁷) Zusammenhangs- und Unterschiedshypothesen vorgestellt. Aufgrund des vorliegenden Studiendesigns eines Organisationssurveys weist die Datengrundlage einige Besonderheiten auf, die die Anwendung einfacher Regressionsanalysen (zur Quantifizierung von Zusammenhängen) oder einfaktorieller Varianz- und Kovarianzanalysen (zur Analyse von Gruppenunterschieden) in Frage stellen. Dieses ist mit nachfolgenden Ausführungen weiter zu verdeutlichen:

- **Clusterstruktur der Daten:** Sowohl die Daten der Organisationsdiagnostik als auch die Routinedaten entstammen jeweils unterschiedlichen Reha-Einrichtungen und damit geclusterten Stichproben. Dadurch kann nicht automatisch von einer Unabhängigkeit der Daten ausgegangen werden. Vielmehr muss angenommen werden, dass die Daten einrichtungsbezogen korreliert sind. Inhaltlich bedeutet das, dass Mitarbeiter bzw. Rehabilitanden einer Einrichtung sich sehr viel mehr ähneln sollten, als Mitarbeiter bzw. Rehabilitanden unterschiedlicher Einrichtungen. Aus diesem Grund müssen systematische Unterschiede der Zusammenhänge von Variablen, die auf die Kontextzugehörigkeit (Reha-Einrichtung) zurückzuführen sind, korrekterweise als unerklärte Varianzanteile in einem Modell berücksichtigt werden (Eid et al. 2011). Einfache Regressionsanalysen setzen die Unkorreliertheit

¹¹⁷ Multivariable meint, dass eine abhängige Variable und mehrere unabhängige, erklärende Variablen in ein Modell integriert werden.

von Residuen voraus; bei Missachtung einer vorhandenen Clusterstruktur können somit verzerrte Schätzungen resultieren.

- **Mehrebenenproblem:** Eine Mehrebenenstruktur von Daten liegt immer dann vor, wenn geclusterte Daten auf Individualebene mit Daten einer höheren Analyse-Ebene in Bezug gesetzt werden. Typische Beispiele solcher Analyse-Beziehungen sind Patienten, die in unterschiedlichen Gesundheitseinrichtungen behandelt werden, Schüler, die in unterschiedlichen Schulen unterrichtet werden oder aber Bürger, die in unterschiedlichen Stadtbezirken bzw. Nachbarschaften wohnen. Möchte man individuelle Outcome-Merkmale vorhersagen bzw. eine zu beobachtende Varianz erklären, so muss bei den genannten Beispielen stets angenommen werden, dass nicht nur personenbezogene Merkmale, sondern auch Kontextmerkmale einen Einfluss ausüben; dieses ist in statistischen Modellen adäquat zu berücksichtigen. Ein solches Modell setzt sich sowohl aus Level-1-Einheiten (Individuen) als auch Level-2-Einheiten (Gruppen) sowie deren Prädiktorvariablen zusammen. Würde man Koeffizienten auf Level-2 mit einem einfachen Regressionsmodell schätzen, so ist davon auszugehen, dass die Ergebnisse zu optimistisch ausfallen und der α -Fehler erster Art – das meint, das fälschlicherweise Zurückweisen der Nullhypothese – steigt (Snijders & Boskers 1999; Hinz 2009)¹¹⁸. Deutlich wird dieses, wenn man sich vorstellt, wie eine Datenanalyse durchzuführen ist, die zwar inhaltlich unterschiedliche Ebenen betrachtet, die Mehrebenenstruktur aber mathematisch missachtet: Jedes Individuum würde in diesem Fall einen Wert für das jeweilige Kontextmerkmal zugewiesen bekommen, dem es ausgesetzt ist. Dadurch wird unterstellt, dass das Kontextmerkmal nicht über die einzelnen Gruppen variiert, sondern über die einzelnen Individuen. Dieses hat wiederum zur Folge, dass die Berechnung des Standardfehlers für den Kontext-Koeffizienten auf einer künstlichen Erhöhung der Stichprobe basiert. Das Resultat wäre eine Überschätzung von Koeffizienten.

Eine adäquate Berücksichtigung der Besonderheiten der Cluster- und Mehrebenenstruktur der Daten wird als Qualitätsmerkmal von Studien der organisationsbezogenen Versorgungsforschung angesehen (Pfaff et al. 2009). Für diese Analyse haben die genannten Ausführungen folgende Konsequenzen:

1. Zusammenhangsanalysen, die den Einfluss von Prädiktorvariablen unterschiedlicher Untersuchungsebenen auf ein definiertes Outcome betrachten, setzen die Berücksichtigung der Mehrebenenstruktur zwingend voraus. Besonders deutlich wird

¹¹⁸ Diese in der Literatur aufgeführte Beobachtung konnte anhand der eigenen Daten dokumentiert werden: So fielen Koeffizienten in der einfachen Regressionsanalyse größer aus und wurden zudem sehr viel eher signifikant, wenn die Mehrebenenstruktur der Daten missachtet wurde.

dieses für die Hypothese IV, die darauf abzielt, eine zu beobachtende Varianz des patientenseitigen Outcomes (normativer Reha-Erfolg) sowohl mit personenbezogenen Merkmalen als auch mit Organisationsmerkmalen der Reha-Einrichtungen zu erklären. Doch auch zur Untersuchung des Einflusses von Strukturmerkmalen der Reha-Einrichtungen auf organisationsbezogene Merkmale (Hypothese V) ist die Zwei-Ebenen-Struktur entsprechend zu beachten.

2. Die Analyse der Unterschiedshypothesen (Hypothesenblock I) setzt die statistische Modellierung der Kontextzugehörigkeit ebenfalls voraus. Auch dann, wenn keine Level-2-Prädiktoren in das Modell integriert werden, ist die Kontextzugehörigkeit zu berücksichtigen, um Einrichtungsunterschiede nicht zu überschätzen.
3. Inwieweit im Rahmen der Testung der Hypothesenblöcke II und III die Clusterstruktur der Daten zu berücksichtigen ist, muss mittels Prüfverfahren analysiert werden. Die beiden Hypothesenblöcke beschränken sich auf den Datensatz der Organisationsdiagnostik und zielen auf eine differenzierte Analyse von Zusammenhängen im innerbetrieblichen Geschehen ab. Sofern Kontexteffekte eine geringe praktische Varianz zeigen, kann die Clusterstruktur gegebenenfalls vernachlässigt werden und die Stichprobe als voneinander unabhängig betrachtet werden, da eine Modellierung der Gruppenzugehörigkeit zu keiner nennenswerten Modellverbesserung führt.

Um den genannten Herausforderungen der Datenstruktur gerecht zu werden, sind an gegebener Stelle sogenannte *Mixed-Models*¹¹⁹ zu modellieren. Zeigen Voranalysen, dass eine Berücksichtigung der Clusterstruktur keine nennenswerte Modellverbesserung verspricht, ist auf einfache Analyseverfahren in SPSS zurückzugreifen. In der Literatur wird bei einem Mixed-Model häufig auch von einer zwei-Ebenen-Regressionsanalyse bzw. einem hierarchischen System von Regressionsgleichungen gesprochen (Hox 1997), um sowohl die Ähnlichkeiten als auch die Unterschiede zu einfachen Regressionsanalysen herauszustellen. Mathematisch betrachtet unterscheiden sich die Modelle von einfachen Regressionsanalysen dadurch, dass sowohl *fixe* Parameter (=Regressionskoeffizienten auf unterschiedlichen Ebenen) als auch *zufällige* Parameter (=Varianzkomponenten auf unterschiedlichen Ebenen) geschätzt werden. Die Zufallseffekte sind zu unterscheiden in eine geschätzte Variation der adjustierten gruppenbezogenen Werte auf Level-2 (Tau) und eine geschätzte Variation inner-

¹¹⁹ In der Literatur finden sich eine Reihe an unterschiedlichen Bezeichnungen für diese Modelle: *random coefficient model*, *variance component model* oder *hierarchical linear model* (Hox 1997). Im Deutschen wird verallgemeinernd häufig von *Mehrebenenmodellen* gesprochen (z.B. Langer 2004; Hinz 2009; von Eid et al. 2011). In dieser Arbeit wird jedoch der Begriff des *Mixed-Models* genutzt, da nicht in allen Analysen Variablen auf zwei Ebenen einbezogen werden, die Clusterstruktur der Daten und die damit einhergehende Kombination von festen und zufälligen Effekten aber dennoch weiter berücksichtigt wird.

halb der Gruppen auf Level-1 (Sigma); einfache Regressionsanalysen definieren den Gruppeneffekt nicht als zufällig (Hox 2010).

Die Modellierung von Mixed-Models ist mittels der Statistiksoftware HLM 7 (*Hierarchical Linear and Nonlinear Modeling*)¹²⁰ umsetzbar. Hierbei handelt es sich um eine speziell für diese Modelle entwickelte Software, die auch eine Analyse mit ordinalen oder dichotomen Outcome-Merkmalen erlaubt. Während einfache Regressionsanalysen in z.B. SPSS auf der OLS-Schätzung (gewöhnliche Kleinstquadratmethode) basieren, nutzen Mixed-Models mit HLM die Methode der GLS-Schätzung (verallgemeinerte Kleinstquadratmethode) (Hox 2010). Nachfolgend werden detaillierte Ausführungen zu den jeweils anzuwendenden Analyseverfahren und zur Spezifizierung einzelner statistischer Modelle gegeben.

4.3.1 Prüfung auf nicht-adjustierte und adjustierte Einrichtungsunterschiede

Im Rahmen des **Hypothesenblocks I** (siehe Kapitel 4.1) ist der Frage nachzugehen, ob sich die Reha-Einrichtungen der Stichprobe sowohl hinsichtlich definierter Organisationsmerkmale als auch hinsichtlich definierter Erfolgsfaktoren (normativer Reha-Erfolg) voneinander unterscheiden. Die beiden zur Verfügung stehenden Datenpools der Organisationsdiagnostik und der Routinedaten sind an dieser Stelle noch nicht zu kombinieren, sondern separat zu analysieren. Unterschiede der 18 in die Analysen eingeschlossenen Reha-Einrichtungen der Stichprobe wurden mittels deskriptiver Statistik in SPSS Version 20 ermittelt. Je nach Skalierung der einzelnen Variablen wurden gruppenbezogene Lageparameter (arithmetisches Mittel) und Streumaße (Standardabweichung, Konfidenzintervall) oder prozentuale Anteile berechnet. Ziel dabei war ein roher Vergleich, das heißt, es wurde vorerst keine Adjustierung für potenzielle Confounder des jeweiligen Outcomes vorgenommen. Als grafische Visualisierung der rohen Einrichtungsvergleiche wurde die League-Tabelle gewählt; hierbei handelt es sich um eine der Größe nach aufsteigende Ordnung von Einrichtungen hinsichtlich definierter Parameter (z.B. arithmetisches Mittel). Bei quasi-metrisch-skalierten Variablen wird das arithmetische Mittel mit dem jeweiligen 95%-Konfidenzintervall (Vertrauensintervall) angegeben. Letzteres stellt einen Unsicherheitsbereich dar, der das Intervall angibt, in dem sich ein unbekannter zu schätzender Parameter mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% befindet (Bender & Lange 2007). Beim Vergleich einrichtungsbezogener Mittelwerte mit dem zugehörigen Konfidenzintervall lassen sich erste Hin-

¹²⁰ Mixed-Models können mit unterschiedlichen Softwareprogrammen modelliert werden (z.B. SPSS, MLwin, MPlus). HLM stellt jedoch eine Software dar, die ausschließlich für diese Modelle entwickelt wurde. Dadurch weist das Programm den Vorteil Empirical-Bayes-Schätzer auf, was bedeutet, dass Gruppenunterschiede hinsichtlich zufälliger Werte ebenfalls korrigiert werden (Farin 2005).

weise darauf finden, ob Gruppenunterschiede signifikant sind. Dieses ist dann der Fall, wenn sich mindestens zwei einrichtungsbezogene Vertrauensintervalle nicht überlappen. Um die grafische Visualisierung jedoch weiter absichern zu können, ist die Durchführung eines statistischen Tests notwendig, der mittels HLM in Form eines sogenannten *Random-Intercept-Only-Models*¹²¹ durchführbar ist.

Random-Intercept-Only-Model (Mixed-Model)

Random-Intercept-Only-Models sind auch bekannt als Nullmodelle, da sie lediglich eine Outcome-Variable beinhalten. Ziel des Modells ist es, zu prüfen, ob sich die gruppenspezifischen Regressionskonstanten (je Einrichtung) von einem Gesamt-Gruppenwert γ_{00} signifikant unterscheiden. Ist dieses der Fall, so ist von überzufälligen Einrichtungsunterschieden auszugehen. Bei Variablen, deren Skalenniveau als *quasi-metrisch* interpretiert werden kann, wird ein lineares Modell mit Restricted-Maximum-Likelihood geschätzt. Dieses Modell zeigt Ähnlichkeiten zu einer einfaktoriellen ANOVA (Varianzanalyse); mit dem Unterschied, dass der Gruppeneffekt im Mixed-Model als zufällig angenommen wird. Binäre Outcome-Variablen weisen hingegen eine binomial verteilte Fehlerstruktur auf, was ein logistisches Mixed-Model unter Einsatz des Schätzverfahrens Penalized Least Square (PQL) erfordert. Verglichen werden folglich keine Mittelwerte, sondern Chancenverhältnisse (Odds Ratio)¹²².

Exkurs: Schätzverfahren bei dichotomen Outcomes

Zur Modellierung eines Modells mit dichotomer Outcome-Variable stehen in HLM zwei Schätzverfahren zur Verfügung. Diese sind a.) das „Penalized Quasi-Likelihood“-Verfahren (PQL) und b.) das Laplace-Verfahren. Während ersteres, wie bereits der Name verrät, auf einer „quasi-likelihood“-Methode beruht, stellt letzteres eine gute Approximation an die Maximum-Likelihood-Methode dar (Raudenbush et al. 2000; Hox 2010). Die Frage, welches Schätzverfahren besser geeignet ist, kann anhand der aktuell verfügbaren Literatur nicht grundsätzlich beantwortet werden. Einigkeit besteht darüber, dass das Laplace-Verfahren zu einer besseren Schätzung der Varianzkomponente führt (Raudenbush et al. 2000; Austin 2000; Diaz 2007). Die verbesserte Schätzung der Varianzkomponente geht allerdings mit einer größeren mittleren quad-

¹²¹ Grundlagenliteratur zu Mixed-Model-Analysen liegt bislang insbesondere in englischsprachiger Literatur vor. Aus diesem Grund werden in dieser Arbeit die englischen Begrifflichkeiten beibehalten.

¹²² Bei einem binären Outcome-Merkmal stellt das Odds Ratio – verstanden als Chancenverhältnis – ein übliches Zusammenhangsmaß kategorialer Daten dar. Durch den angewandten natürlichen Logarithmus der Odds sind die Werte einer logistischen Regression stets >0 . Das Odds Ratio eignet sich als Maß zur Quantifizierung der Stärke des Effekts: Die 1 stellt dabei den Nulleffekt dar, Werte >1 deuten darauf hin, dass das Eintreten eines Ereignisses begünstigt ist, während Werte <1 ausweisen, dass die Chance durch den Einfluss eines Faktors abnimmt (Bender et al. 2007).

ratischen Abweichung einher. Dieses hat zur Folge, dass höhere Standardfehler der zu schätzenden Regressionskoeffizienten resultieren, was wiederum häufiger zu nicht signifikanten Ergebnissen der fixen Effekte führen kann (Diaz 2007). Zudem erfolgen im Zuge einer Laplace-Schätzung verschiedene Anpassungsschritte, die zu nicht transparenten Fehlern in der Parameterschätzung führen können (Dey & Lim 2013). Bei sehr kleiner Level-2-Fallzahl kann aufgrund von Konvergenzproblemen kein Modell mit dem Laplace-Verfahren geschätzt werden. Nach Aussage der Software-Entwickler selbst ist das PQL-Verfahren hingegen als grundsätzlich robust zu bewerten ist; auch dann, wenn die Varianz auf Level-2 gering ausfällt (Raudenbush & Bryk 2002). Letzteres trifft auf die hier vorliegende Datenbasis zu. Diaz (2007) schlägt auf der Grundlage einer Simulationsstudie eine Kombination der Schätzverfahren PQL und Laplace vor, wenn die Daten dieses erlauben. Dabei sollte die Berechnung des ICCs und der between-Varianz auf der validen geschätzten Varianzkomponente des Laplace-Verfahrens basieren. Gleichzeitig weist er jedoch auch auf einen weiteren Forschungsbedarf bei einer Datenstruktur mit großer Level-1- und kleiner Level-2-Fallzahl hin; dieses trifft auf die hier vorliegende Datenbasis zu.

Das Random-Intercept-Only-Modell schätzt lediglich eine Regressionskonstante sowie die Varianzkomponenten auf Level-1 und Level-2. Der Test auf signifikante Einrichtungsunterschiede (Varianzkomponente des Level-2) basiert auf einem Chi-Quadrat-Wert. Kann die Nullhypothese zurückgewiesen werden, so spricht dieses dafür, dass der Einbezug der Regressionskonstante zu einer signifikanten Modellverbesserung beiträgt und die Berücksichtigung der Clusterstruktur bzw. Kontextzugehörigkeit somit sinnvoll ist. Neben diesem statistischen Test kann darüber hinaus ein sogenannter *Intra-Klassen-Korrelationskoeffizient* (ICC) berechnet werden, der auch als praktische Varianz definiert ist. Der ICC gilt als Faustformel zur Bestimmung von Gruppenunterschieden im Nullmodell¹²³. Die Berechnung basiert auf den von HLM ausgegebenen Varianzen auf Level-1 (Sigma) und Level-2 (Tau). Ermittelt wird ein maximaler Anteil an Varianz, der durch die Kontextzugehörigkeit (in diesem Fall Einrichtungszugehörigkeit) erklärt werden kann; es handelt sich demnach um eine „Obergrenze“ an Vari-

¹²³ Der ICC ist ein anschaulicher Wert. Dennoch darf nicht unterschätzt werden, dass es sich lediglich um eine Faustformel handelt, die ergänzende Informationen liefern kann. In einigen Publikationen wird die Veränderung des ICCs über unterschiedliche Modelle berichtet, um den Einfluss von Prädiktor-Variablen zu verdeutlichen. Streng genommen eignet sich eine Berechnung des ICCs jedoch nur im Nullmodell.

anzaufklärung auf Level-2. Der ICC wird von den Softwareprogrammen nicht ausgegeben, sondern muss per Hand berechnet werden¹²⁴ (Garson 2013; Hox 2010).

Mit einem Random-Intercept-Only-Model kann vorerst nur die Frage beantwortet werden, ob sich die Reha-Einrichtungen hinsichtlich definierter Merkmale signifikant voneinander unterscheiden. Insbesondere bei Einrichtungsvergleichen, die patientenseitige Erfolgsmerkmale als Outcome zugrunde legen, muss jedoch eine Adjustierung für die jeweilige Patientenklientel vorgenommen werden. Nur so sind faire Vergleiche zu ermöglichen, da die Einrichtungen ihre jeweilige Rehabilitandenklientel nicht oder nur marginal beeinflussen können. Um dieses gewährleisten zu können, ist das Random-Intercept-Only-Model um Prädiktorvariablen zu erweitern, was zu einem Random-Intercept-Model führt.

Random-Intercept-Model (Mixed-Model)

Zur Modellierung eines Random-Intercept-Models in HLM sind entsprechend einer einfachen Regressionsanalyse Prädiktorvariablen in das Modell aufzunehmen. Diese Prädiktoren können sowohl auf Level-1 (in diesem Fall die Rehabilitanden) als auch auf Level-2 (in diesem Fall die Reha-Einrichtungen) angesiedelt sein. Die Level-1-Prädiktoren gehen fallbezogen in die Analysen ein und prüfen unabhängig von der Kontextzugehörigkeit den Einfluss auf ein definiertes Outcome. Bei den Level-2-Prädiktoren handelt es sich hingegen um aggregierte Werte auf der Ebene der unterschiedlichen Gruppen oder aber um dichotome Variablen. Das Modell geht davon aus, dass die Regressionskoeffizienten zwischen den Gruppen (Einrichtungen) variieren, die Steigungskoeffizienten in allen Gruppen jedoch gleich sind. Das bedeutet, dass der Einfluss von Prädiktorvariablen auf ein definiertes Outcome in den einzelnen Gruppen (Einrichtungen) identisch modelliert wird. Dadurch können ausschließlich mittlere Effekte bzw. Haupteffekte geschätzt werden. Bei quasi-metrisch-skalierten Outcome-Variablen zeigt ein solches Random-Intercept-Modell Ähnlichkeiten mit einer ANCOVA; mit dem Unterschied, dass der Gruppeneffekt als zufällig angesehen wird. Die Interpretation der resultierenden Regressionskoeffizienten (fixe Effekte) des Mixed-Models entspricht der in einer ANCOVA oder einer einfachen Regressionsanalyse. Die im Random-Intercept-Only-Model zu beobachtenden Einrichtungsunterschiede sind im weiterentwickelten Random-Intercept-Model folglich um die Effekte der Level-1- und/oder Level-2-Prädiktoren adjustiert; der Chi-Quadrat-Test gibt Auskunft darüber, ob Gruppenunterschiede trotz Kontrolle für die einzelnen Variablen bestehen bleiben.

¹²⁴ Die Berechnung eines ICCs ist wie folgt vorzunehmen: Die Gruppenvarianz (Tau) wird ins Verhältnis gesetzt zur Gesamtvarianz, die sich wiederum aus der Gruppenvarianz (Tau) und der Individualvarianz (Sigma) zusammensetzt. Für logistische Mixed-Model-Analysen wird nur die Gruppenvarianz (Tau), nicht aber eine Individualvarianz (Sigma) ausgegeben. Dieses ist damit zu begründen, dass die Fehlervarianz auf Individualebene in logistischen Modellen fix ist ($\pi^2/3=3,29$) und folglich keine Level-1-Varianz geschätzt werden kann (Hox 2010).

Der Einfluss einzelner Variablen auf das Outcome ist an dem angegebenen B-Koeffizienten¹²⁵ und dem zugehörigen Standardfehler abzulesen. Bei einem binären Outcome-Merkmal wird zudem das Odds Ratio von HLM ausgegeben. Dieses stellt das für kategoriale Daten üblicherweise verwendete Zusammenhangsmaß eines Chancenverhältnisses dar (Bender et al. 2007). Für eine stabile Modellschätzung ist abschließend darauf zu verweisen, dass es sich empfiehlt, die Spannweiten einzelner Variablen anzupassen; dieses ist insbesondere dann sinnvoll, wenn (quasi-) metrisch skalierte Variablen mit einer Vielzahl an Dummy-Variablen, die lediglich die Werte Null und Eins annehmen, in ein Modell integriert werden.

In den hier vorzunehmenden Analysen der rehabilitandenseitigen Erfolgsmaße sollen die rohen Einrichtungsvergleiche mit den adjustierten Einrichtungsvergleichen zueinander in Bezug gestellt werden. Dadurch wird deutlich, ob sich die Rangordnung der Kliniken durch die Kontrolle für die jeweilige Rehabilitandenklientel verändert. Während der rohe Einrichtungsvergleich auf deskriptiven Maßen basiert, wird der adjustierte Vergleich durch die Anwendung eines Random-Intercept-Models ermöglicht. Als Parameter zur Visualisierung des adjustierten Einrichtungsvergleichs eignet sich das einrichtungsbezogene mittlere Regressionsresiduum mit 95%-Konfidenzintervall (Farin 2005; Meyer 2008b). Regressionsresiduen stellen nicht-kontrollierte, messfehlerbereinigte Einflüsse dar, die nicht mit den Variablen des Modells erklärt werden können; anders ausgedrückt handelt es sich um eine nicht erklärbare Restvarianz (Goldstein & Spiegelhalter 1996; Schneeweiss & Sangha 2001). Regressionsresiduen beziehen sich auf den individuellen Fall, das heißt, den einzelnen Rehabilitanden. Um mittlere Regressionsresiduen je Einrichtung zu erhalten, sind unterschiedliche Arbeitsschritte vorzunehmen:

- In einem ersten Schritt ist eine Zwei-Ebenen-Regressionsgleichung in HLM zu schätzen. Hierzu sind sowohl Level-1-Prädiktoren (z.B. Alter, Geschlecht der Rehabilitanden) als auch Level-2-Prädiktoren (z.B. mittleres Alter, Anteil an Frauen) einzubeziehen, die nach (alltags-) theoretischen Überlegungen einen potenziellen Einfluss auf ein definiertes patientenbezogenes Outcome ausüben.

¹²⁵ HLM gibt keine standardisierten Koeffizienten aus, die es erlauben würden, den Einfluss einzelner Variablen miteinander zu vergleichen. Möchte man dieses vornehmen, so sind die Variablen vor Überführung in HLM in SPSS mit der z-Standardisierung zu transformieren. Eine z-standardisierte Variable weist stets den Erwartungswert Null und eine Standardabweichung von eins auf. Dieses führt zu einer Vergleichbarkeit unterschiedlich skalierten Variablen. Eine z-Standardisierung kann nur bei (quasi-)metrisch skalierten Variablen sinnvoll angewandt werden. Eine weitere Möglichkeit Variablen zu standardisieren stellt die Zentrierung am gemeinsamen oder aber gruppenspezifischen Mittelwert dar. Beide Verfahren können von HLM automatisch durchgeführt werden. Die Anwendung dieser Standardisierungen erleichtert die Interpretation der Regressionskontanten (Kohler & Kreuter 2008).

Durch den gleichzeitigen Einbezug von Level-1- und Level-2-Prädiktoren wird das Ziel verfolgt, einen maximalen Anteil der Varianz des Erfolgskriteriums, der auf die Patientenklientel der Einrichtung zurückzuführen ist, zu erklären.

- In einem weiteren Schritt ist in SPSS für jeden einzelnen Rehabilitanden ein prognostizierter Wert hinsichtlich des definierten Outcomes zu berechnen¹²⁶. Hierzu wird die geschätzte hierarchische Regressionsgleichung genutzt. Fallbezogene Residuen ergeben sich aus der Subtraktion des erwarteten Wertes (basierend auf der hierarchischen Regressionsgleichung) von dem beobachteten Wert.
- Die individuellen Residuen der einzelnen Rehabilitanden werden in einem letzten Schritt je Einrichtung gemittelt (Farin 2005; Meyer 2008b).

4.3.2 Modellierung von Prädiktor-Effekten auf Individualebene

Die **Hypothesenblöcke II und III** zielen darauf ab, innerbetriebliche Unterschiede hinsichtlich der Ressourcenausstattung mit Organisationsmerkmalen sowie Zusammenhänge zwischen organisationsbezogenen Merkmalen und Qualitätsaspekten der Versorgung zu analysieren. Streng genommen sind derlei Unterschieds- und Zusammenhangsanalysen unter Berücksichtigung der Clusterstruktur durchzuführen. Inwieweit jedoch die Durchführung von Mixed-Model-Analysen gegenüber einfachen Analysen im konkreten Fall Vorteile verspricht, ist vorerst auf der Grundlage von Random-Intercept-Only-Models zu überprüfen. Von inhaltlicher Relevanz ist hier der ICC. Nimmt dieser einen Wert nahe Null an, so ist auf die Modellierung von Random-Intercept-Modellen zu verzichten und stattdessen auf einfache Varianz- und Regressionsanalysen in SPSS zurückzugreifen. Dadurch wird zwar ein zufallsbedingter Gruppeneffekt missachtet, dennoch lassen sich in SPSS differenziertere Analysen durchführen. Inhaltlich lässt sich außerdem anführen, dass die Hypothesenblöcke II und III nicht in erster Linie darauf abzielen, Einrichtungsunterschiede zu modellieren, sondern Theoriebasierte Zusammenhänge bzw. Gesetzmäßigkeiten des organisationalen Handelns statistisch abzusichern.

Varianzanalyse

Gruppenunterschiede (Hypothesenblöcke II) hinsichtlich der Merkmale der Organisationsdiagnostik wurden in dieser Arbeit je nach Gruppenanzahl mittels T-Test oder F-Test in SPSS auf Signifikanz überprüft. Bei mehr als zwei Analysegruppen wurde eine ANOVA (einfaktorielle Varianzanalyse) durchgeführt. Der Lévene-Test gibt dabei an,

¹²⁶ Für binäre Outcome-Merkmale findet sich eine entsprechende Formel bei Bender et al. (2002).

ob von einer Varianzhomogenität auszugehen ist. Liegt Varianzhomogenität vor, so ist das Verfahren auch bei Abweichung von der Normalverteilungsannahme¹²⁷ als robust zu bewerten. Sicherzustellen ist auch, dass die Anzahl der Fälle, die unter eine Faktorstufe fallen, annähernd gleich groß ist, um valide Schätzungen zu ermöglichen (Rudolf & Müller 2004). Der F-Test der ANOVA ist der gemeinsame Signifikanztest für die zu schätzenden Parameter. Es handelt sich um einen Globaltest, der Aufschluss darüber gibt, ob die Varianz zwischen den Gruppen größer ist als innerhalb der Gruppen; ist dieses der Fall, so ist ein Post-Hoc-Test sinnvoll (Rasch et al. 2004). Sofern aus inhaltlichen Gründen notwendig, wird die einfaktorielle ANOVA um weitere Faktoren erweitert, um Haupt- und Wechselwirkungseffekte mehrerer unabhängiger Variablen auf die abhängige Variable zu untersuchen; durch dieses Verfahren werden varianz- und regressionsanalytische Techniken vereint (Rudolf & Müller 2004; Bortz 2005). Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass die Durchführung einer Varianzanalyse auch bei Abweichung von der Normalverteilung als unproblematisch angesehen wird, wenn eine gleichmäßige Zellenbesetzung von mindestens 50 Fällen vorliegt (Stevens 1999).

Regressionsanalyse

Einfache multivariable Regressionsanalysen dienen zur Überprüfung komplexer Zusammenhänge zwischen Variablen (basierend auf dem T-Test); mittels standardisierter Regressionskoeffizienten kann die Stärke des Einflusses der einzelnen Prädiktorvariablen verglichen werden. Um eine valide Ergebnisinterpretation zu ermöglichen, ist die Prüfung auf Multikollinearität notwendig. Dieses bezeichnet eine deutliche Korrelation zwischen unabhängigen Variablen eines Modells, was unter Umständen zu unerwünschten Effekten führt. Multikollinearität äußert sich zum einen darin, dass ein Prädiktor innerhalb des Modells redundant wird, weil er dieselben Informationen liefert wie ein anderer Prädiktor. In multivariablen Analysen wird nicht zwingend dieser Prädiktor redundant, der eine geringere Korrelation mit der Kriteriumsvariablen zeigt, sondern dieser, der unter Berücksichtigung aller weiteren Variablen zur Vorhersage weniger geeignet ist (kleinste Quadratschätzer). Zum anderen können Suppressioneffekte die Folge von Multikollinearität sein. Dieses meint, dass ein Prädiktor, der nur in einem schwachen Zusammenhang mit der Kriteriumsvariablen steht, scheinbar einen großen Anteil an Varianz erklärt. Der Grund ist, dass der Prädiktor unerwünschte Varianzanteile eines anderen Prädiktors kompensiert und dadurch der Anteil an erklärter Gesamtvarianz zunimmt. Um Modelle vor genannten Widersprüchen zu bewahren, bedarf

¹²⁷ Bei extrem schiefer Verteilung einer Variablen sollte hingegen auf Nicht-parametrische Verfahren zurückgegriffen werden. Statt einer ANOVA empfiehlt sich in diesem Fall ein Kruskal-Wallis-Test (Rudolf & Müller 2004). Als Maß zur Prüfung auf Normalverteilung kann die Schiefe betrachtet werden; als Grenzwert wird in der Literatur I2I diskutiert (Meißner 2004, S. 84). Darüber hinaus kann auch der Kolmogorov-Smirnov-Test durchgeführt werden.

es stets einer gleichzeitigen Betrachtung von Beta-Gewichten und Korrelationskoeffizienten (Rudolf & Müller 2004). Darüber hinaus stehen die Maße Toleranz und VIF für einen schnellen Überblick über das Vorhandensein möglicher Kollinearität zur Verfügung; ein Toleranzwert $\geq 0,25$ und ein VIF-Wert nahe Eins weisen eine unproblematische Datenbasis aus (Janssen & Laatz 2013).

Globalmaße der Regressionsanalyse stellen der F-Test und das R^2 dar. Ersteres ist der Signifikanztest zur Prüfung, ob die eingeschlossenen Variablen des Modells gemeinsam einen regressionsanalytischen Erklärungsbeitrag leisten. R^2 wird als Maßzahl zur Bestimmung des Modellfits herangezogen. Dabei ist das korrigierte R^2 dem unkorrigierten vorzuziehen, da hier die Anzahl zusätzlich aufgenommener Modellparameter und die Beobachtungseinheiten berücksichtigt werden. Dieses ist notwendig, da sich R^2 mit jedem zusätzlichen Modellparameter automatisch erhöht (Kohler & Kreuter 2008). Die Regressionsmodelle werden sowohl mit dem Verfahren „Einschluss“ als auch „Vorwärts“ erstellt. Während ersteres Verfahren alle unabhängigen Variablen in das Modell einschließt, führt letzteres dazu, dass nacheinander signifikante Variablen (Grenzwert $\alpha \leq .05$) in das Modell aufgenommen werden; dabei erfolgt die Modellintegration in der Reihenfolge der Korrelationsstärke zwischen Prädiktor- und Kriteriumsvariable. Durch diese sukzessive Entwicklung eines Modells werden Veränderungen der Beta-Werte unter Kontrolle neu hinzukommender Prädiktoren sichtbar (Janssen & Laatz 2013).

4.3.3 Modellierung von Prädiktor-Effekten im Zwei-Ebenen-Regressionsmodell

Die **Hypothesen IV und V** dienen der Analyse des Einflusses von Prädiktorvariablen unterschiedlicher Ebenen auf ein definiertes Outcome. Hierzu wird wiederum ein Random-Intercept-Modell entwickelt. Auf der Grundlage der von HLM ausgegebenen Varianzen auf Level-1 (Sigma) und Level-2 (Tau) kann ähnlich wie für einfache Regressionsanalysen ein R^2 als Maß für die Modellgüte berechnet werden. In linearen Mixed-Models ist zwischen R^2 auf Level-1 und Level-2 zu differenzieren. Hierzu werden die Varianzkomponenten des Nullmodells und des Random-Intercept-Modells sowohl für Level-1 als auch Level-2 zueinander in Bezug gesetzt (Raudenbush & Bryk 2002 zit. in Hox 2010)¹²⁸. Für logistische Mixed-Models, das heißt Modelle, die ein Outcome mit binomial verteilter Fehlerstruktur vorhersagen, muss entsprechend einfacher logistischer Regressionen auf ein Pseudo- R^2 zurückgegriffen werden. Die Aussagekraft solcher Pseudo- R^2 wird in der Literatur als kritisch bewertet, da der Modellfit nicht als An-

¹²⁸ Die Formeln zur Berechnung der Gütemaße sehen wie folgt aus:

$$R^2_{\text{(Level-1)}} = (\text{Sigma}_{\text{(Random-Intercept-Only-Modell)}} - \text{Sigma}_{\text{(Random-Intercept-Modell)}}) / \text{Sigma}_{\text{(Random-Intercept-Only-Modell)}}$$
$$R^2_{\text{(Level-2)}} = (\text{Tau}_{\text{(Random-Intercept-Only-Modell)}} - \text{Tau}_{\text{(Random-Intercept-Modell)}}) / \text{Tau}_{\text{(Random-Intercept-Only-Modell)}}$$

teil erklärter Varianz in einem Modell verstanden werden kann. Formeln zur Modellierung von Pseudo- R^2 in Mixed-Models werden zudem als problematisch angesehen (Hox 2010)¹²⁹. Die Schwierigkeiten nehmen zu, wenn Varianzkomponenten, auf denen die Berechnung des Indikators basiert, infolge kleiner Level-2-Komponenten verzerrt geschätzt werden. Aufgrund der mangelnden Aussagekraft eines Pseudo- R^2 wird auf die Berechnung dieses Maßes in den vorgenommenen Analysen verzichtet; die Information des Indikators leistet keinen zusätzlichen Erklärungsbeitrag für die Leithypothese.

Die Hypothesen IV und V können alle mit einem Random-Intercept-Modell getestet werden. Ergebnis dieser Modelle ist stets ein mittlerer Effekt bzw. Haupteffekt. Diese Haupteffekte können die Frage danach beantworten, ob einzelne Prädiktorvariablen überhaupt einen Einfluss auf ein definiertes Outcome ausüben und wie stark der mittlere Einfluss jeweils zu bewerten ist. Um weiterführende Cross-Level-Interaktionen zu analysieren, würde es der Entwicklung eines *Intercepts-and-Slopes-as-Outcome-Models* bedürfen; dieses baut sukzessiv auf einem *Random-Intercept-Modell* auf. Ein solches Modell geht davon aus, dass sich nicht nur die Regressionskoeffizienten der einzelnen Gruppen voneinander unterscheiden, sondern auch ihre Steigungskoeffizienten. Damit wird angenommen, dass der Einfluss von Prädiktorvariablen auf ein definiertes Outcome in den einzelnen Gruppen (Einrichtungen) unterschiedlich ausfällt. Cross-Level-Interaktionen dienen in diesem Fall zur Vorhersage von Gesetzmäßigkeiten. Ziel solcher Analysen ist es, einen unterschiedlich starken Effekt von Level-1-Einheiten auf ein definiertes Outcome mittels Prädiktoren auf Level-2 weiter zu erklären. Die Entscheidung darüber, ob Cross-Level-Interaktionen vorliegen, wird anhand von zu schätzenden Varianzkomponenten getroffen; diese sind bei kleiner Fallzahl auf Level-2 unter Umständen jedoch verzerrt.

Auf die Analyse solcher Ebenen-übergreifenden Interaktionseffekte der Prädiktorvariablen muss in dieser Arbeit verzichtet werden, da eine relativ kleine Anzahl an Level-2-

¹²⁹ Ist ein Pseudo- R^2 für Analysen notwendig, so sollte eine von Snijders & Bosker (1999) entwickelte Formel verwendet werden, die ursprünglich von McKelvey & Zavoina (1975) vorgestellt wurde. Die Formel sieht dabei wie folgt aus: $R^2_{MZ} = \sigma^2_F / (\sigma^2_F + \sigma^2_R + \sigma^2_{\mu_0})$ (zitiert in Hox 2010). $\sigma^2_{\mu_0}$ steht für die Residualvarianz der Regressionskonstanten auf Level-2, σ^2_R für die Residualvarianz der Regressionskonstanten auf Level-1 und ist mit 3,29 fix. σ^2_F ist nicht unmittelbar aus HLM abzulesen. Gemeint ist die Residualvarianz der Level-1-Prädiktoren. Die fallbezogenen Residuen sind hierfür in SPSS mittels einer in HLM geschätzten Regressionsgleichung zu ermitteln. Anschließend lässt sich die Residualvarianz unter Berücksichtigung der Anzahl an Level-1-Einheiten je Level-2-Einheit berechnen; eine entsprechende Formel zur Berechnung der Residualvarianz im Mixed-Modell findet sich bei Eid und Kollegen (2013).

Einheiten vorliegt. Über eine angemessene Stichprobengröße auf Level-1 als auch Level-2 in Mixed-Model-Analysen wird seit geraumer Zeit diskutiert. Verschiedene Simulationsstudien versuchen hierüber Aufschluss zu geben. Pötschke (2014) fasst die wissenschaftliche Diskussion zur Stichprobengröße in einem Übersichtsartikel zusammen. Herauszustellen ist, dass die Fallzahl insbesondere vor dem Hintergrund der Zielsetzung einer Fragestellung zu treffen ist. Dabei gilt: Je komplexer ein Modell sein soll, desto größer muss die Fallzahl insbesondere auf der zweiten Ebene sein. Ist man z.B. an Cross-Level-Interaktionen interessiert, so bedarf es laut Faustformel an 50 Level-2-Einheiten mit jeweils 20 Individuen. Möchte man Varianz-Kovarianz-Komponenten untersuchen, so sind sogar 100 Level-2-Einheiten mit jeweils 10 Individuen nötig, um aussagekräftige Ergebnisse zu erzielen (Hox 1997; Maas & Hox 2005; Snijders 2005). In der hier vorgenommenen Hypothesentestung stand die Schätzung von Regressionskoeffizienten im Mittelpunkt. Diese können auch bei kleiner Fallzahl an Level-2-Einheiten in der Regel robust geschätzt werden. In Simulationsstudien wurde gezeigt, dass bei metrisch skalierten Outcomes bereits zehn Level-2-Einheiten als ausreichend bewertet werden (Maas & Hox 2005).¹³⁰ Bei dichotomen Outcomes gilt grundsätzlich, dass die Fallzahl für valide Schätzungen etwas größer sein sollte (Hox 1995). In Simulationsstudien wird diesbezüglich von einer Mindestfallzahl von zehn bis fünfzehn Level-2-Einheiten berichtet (Austin 2010). Zu einer ähnlichen Empfehlung kommt auch Farin (2005).

Auf den vorliegenden Stichprobenumfang konnte in der Sekundärdatenanalyse jedoch nur begrenzt Einfluss genommen werden. Auch wenn die Anzahl an Level-2-Einheiten bei einer indikationsübergreifenden Analyse und einer großen Level-1-Fallzahl als ausreichend eingeschätzt wird, sollte bedacht werden, dass die Modelle mit steigender Fallzahl grundsätzlich an Power gewinnen. Vor diesem Hintergrund müssen die Standardfehler der Level-2-Einheiten unter Vorbehalt betrachtet werden, da diese zum Teil überschätzt werden können, sodass Prädiktor-Effekte weniger häufig signifikant werden. Die Schätzung der Regressionskoeffizienten wird als solche hingegen als unverzerrt eingeschätzt. Oberste Priorität erhält jedoch die Prämisse, Modelle möglichst einfach zu halten, um eindeutige Interpretationsschlüsse gewährleisten zu können.

¹³⁰ Laut Maas & Hox (2005) ist es bei kleinen Level-2-Einheiten empfehlenswert, die Standardfehler der Level-2-Prädiktoren mit einem Resampling-Verfahren (Bootstrapping) zu schätzen. Hierbei werden auf der Grundlage der vorliegenden Stichprobe wiederholt Statistiken berechnet, was im Resultat zu kleinen T-Werten führen kann. Dieses Verfahren erfordert jedoch eine sehr hohe Rechenleistung und steht in der Software HLM nicht zur Verfügung. Goldstein (2011) weist außerdem darauf hin, dass das Verfahren des Bootstrappings insbesondere bei komplexen Modellen mit verschiedenen Zufallseffekten sinnvoll ist. Dieses trifft auf die hier entwickelten Random-Intercepts-Models nicht zu.

Aus inhaltlichen Gründen ist es sinnvoll, Subgruppen von Rehabilitanden¹³¹ separat zu betrachten¹³². Die Ergebnisse der einzelnen zwei-Ebenen-Regressionsmodelle können nicht unmittelbar zueinander in Bezug gesetzt werden, da sie auf jeweils eigenen Schätzern basieren. Dennoch lassen sich durch die Subgruppen-Analysen erste Hinweise darauf finden, ob eine differenziertere Betrachtung in weiterführenden Studien sinnvoll erscheint.

¹³¹ Entsprechend der Datenbeschreibung sind in der Stichprobe Rehabilitanden aus unterschiedlichen Indikationsschwerpunkten und zudem unterschiedlichen Maßnahmen vorhanden (AHB und allgemeines Antragsverfahren). Eine Missachtung dieser Unterschiede wäre aus inhaltlichen Gründen nicht gerechtfertigt.

¹³² Für einige Analysen können weniger als fünf Level-2-Einheiten berücksichtigt werden. Vor dem Hintergrund der Gefahr verzerrter Schätzungen in einfachen Regressionsanalysen wurde ein Mixed-Model bevorzugt.

4.4 Stichprobenbeschreibung des Organisations surveys

Um eine Vorstellung von den Daten zu bekommen, auf die die zuvor dargelegten Analyseverfahren anzuwenden sind, dient das nachfolgende Kapitel einer detaillierten Beschreibung der Verteilung von Variablen. Dieses ist notwendig, um die Ergebnisse der Hypothesentestung entsprechend interpretieren und bewerten zu können. Darüber hinaus ist die Verteilung einzelner Variablen abzubilden, was als Entscheidungsgrundlage für jeweils anzuwendende Analyseverfahren dient. Entsprechend der Logik der vorangegangenen Kapitel wird die Organisationsdiagnostik wieder separat von den Routinedaten betrachtet.

4.4.1 Stichprobe der Organisationsdiagnostik

Die Organisationsdiagnostik basiert auf 1.654 Mitarbeiterangaben aus den 18 Reha-Einrichtungen, die in die Auswertung eingeschlossen werden konnten. Über alle Einrichtungen gesehen beteiligten sich überproportional viele Personen aus der Verwaltung und des Managements an der Befragung ($\geq 60\%$). Die Rücklaufquoten in den anderen Berufsgruppen variieren zwischen 45% und 55%.¹³³ Der Grund für den hohen Rücklauf in der Verwaltung und im Management kann in dem Schreibtischarbeitsplatz oder zeitlichen Ressourcen für die Teilnahme an einer solchen Befragung vermutet werden. Der Tabelle 5 ist die prozentuale Zusammensetzung der Stichprobe nach Berufsgruppenzugehörigkeit zu entnehmen.

| Berufsgruppe | absolut | in Prozent (gültig) |
|---|--------------|---------------------|
| Arzt | 136 | 8,4 |
| Psychologe, Sozialarbeiter/ -pädagog ¹³⁴ | 70 | 4,3 |
| Therapeut | 414 | 25,5 |
| Pflegefachkraft | 307 | 18,9 |
| Medizinisches Hilfspersonal | 114 | 7,0 |
| Verwaltung/ Management | 300 | 18,5 |
| Service & Technik | 283 | 17,4 |
| Gesamt | 1.624 | 100 |
| <i>Fehlend</i> | 30 | - |

Tab. 5: Stichprobe der Organisationsdiagnostik nach Berufsgruppe

¹³³ Die Rücklaufquoten je Berufsgruppe können nur annäherungsweise und nicht exakt bestimmt werden, da die Angaben der Einrichtungen zu der jeweiligen Personalbesetzung in den Einrichtungsfragebögen nicht immer mit der tatsächlich angeschriebenen Personenanzahl übereinstimmte. Interne Umstrukturierungen oder Unstimmigkeiten hinsichtlich der Berufsgruppeneinteilung können hierfür als nur eine Erklärung herangezogen werden.

¹³⁴ Die Zusammenfassung dieser Personengruppen ist deshalb gerechtfertigt, da sie in der Praxis für gewöhnlich einer gemeinsamen Abteilung angehören.

Einrichtungsbezogen weicht die Verteilung der Mitarbeiter nach Berufsgruppe zum Teil von der Zusammensetzung in der Gesamtstichprobe ab, wenngleich darauf zu verweisen ist, dass in allen Einrichtungen alle Berufsgruppen in einem ausreichenden Umfang vertreten sind. Kleinere Stichproben-Abweichungen betreffen neun der 18 Einrichtungen hinsichtlich des prozentualen Anteils an Beschäftigten in der Psychologie, dem medizinischen Hilfspersonal und dem Service. Dabei lässt sich keine Systematik feststellen.

Von den 1.654 Mitarbeitern, die sich an der Organisationsdiagnostik beteiligten, haben 297 Personen eine Führungsverantwortung (18,1% der gültigen Angaben). Eingeschlossen sind sowohl Mitarbeiter der mittleren als auch der höheren Führungsebene; ersteres umfasst z.B. diejenigen Mitarbeiter, die eine leitende Position innerhalb einer Berufsgruppe einnehmen. Die Beschäftigungsdauer ist über alle Einrichtungen gesehen relativ ausgeglichen verteilt: So geben 45% der Teilnehmer an, dass sie ≤ 10 Jahre und 55%, dass sie > 10 Jahre einer der Organisationen angehören. Dass Personen in der Tendenz längerfristig in ein und derselben Organisation beschäftigt sind, lässt sich auch damit erklären, dass ein Teil der Einrichtungen ($n=7$) unter öffentlich-rechtlicher Trägerschaft steht. Knapp 87% der Stichprobe ist älter als 30 Jahre (siehe Tabelle 6).

| Position in der Organisation | absolut | in Prozent (gültig) |
|--|----------------|----------------------------|
| Führungsverantwortung | 297 | 18,1 |
| keine Führungsverantwortung | 1.344 | 81,9 |
| Gesamt | 1.641 | 100 |
| <i>Fehlend</i> | 13 | - |
| Beschäftigungsdauer in der Organisation | absolut | in Prozent (gültig) |
| ≤ 10 Jahre | 739 | 45,0 |
| > 10 Jahre | 902 | 55,0 |
| Gesamt | 1.641 | 100 |
| <i>Fehlend</i> | 13 | - |
| Alter der Mitarbeiter | absolut | in Prozent (gültig) |
| < 30 Jahre | 216 | 13,1 |
| 30 bis 50 Jahre | 825 | 50,2 |
| > 50 Jahre | 604 | 36,7 |
| Gesamt | 1.645 | 100 |
| <i>Fehlend</i> | 9 | - |
| Geschlecht der Mitarbeiter | absolut | in Prozent (gültig) |
| männlich | 376 | 22,9 |
| weiblich | 1.267 | 77,1 |
| Gesamt | 1.643 | 100 |
| <i>Fehlend</i> | 11 | - |

Tab. 6: Personenbezogene Merkmale¹³⁵ der Stichprobe der Organisationsdiagnostik

Das Geschlechterverhältnis erscheint auf den ersten Blick mit 77,1% Frauen und 22,9% Männer unausgeglichen (siehe Tabelle 6). Bei einem Abgleich mit der Gesundheitspersonalbesetzung im Gesundheitswesen lässt sich jedoch feststellen, dass die Untersuchungsstichprobe ein Abbild der Realität darstellt. Pundt und Drees (2011) fassen die Kernfakten diesbezüglich in einem Übersichtsartikel zusammen. Demnach sind 74% aller Beschäftigten in den Gesundheitsberufen Frauen; der Anteil erhöht sich auf 80%, wenn man diese Beschäftigten betrachtet, die unmittelbar an der gesundheitlichen Versorgung beteiligt sind. Die einzige Gruppe, in der Frauen nicht überrepräsentiert sind, ist die Ärzteschaft. Auch letztgenannter Aspekt ist in der Untersuchungsstichprobe festzustellen: Lediglich unter den Ärzten sind annähernd gleich viele Männer (58,2%) wie Frauen (41,8%) vertreten. Insbesondere in der Pflege (90,8%) und im medizinischen Hilfsstab (96,5%), das heißt in den nicht-akademischen Berufen, sind hingegen in der hier vorliegenden Stichprobe erwartungsgemäß fast ausschließlich Frauen beschäftigt (siehe Tabelle 7).

¹³⁵ Eine detailliertere Erfassung personenbezogener Merkmale konnte nicht vorgenommen werden, da einzelne Personen sich dadurch der Gefahr ausgesetzt sahen, ihre Anonymität zu verlieren. Dieses betrifft insbesondere Berufsgruppen mit einer sehr kleinen Mitarbeiteranzahl.

| Berufsgruppe | Frauen | Männer | Gesamt |
|---------------------------------------|--------|--------|--------|
| Arzt | 56 | 78 | 134 |
| <i>in %</i> | 41,8 | 58,2 | 100 |
| Psychologe, Sozialarbeiter/ -pädagoge | 47 | 22 | 70 |
| <i>in %</i> | 67,1 | 32,9 | 100 |
| Therapeut | 307 | 104 | 411 |
| <i>in %</i> | 74,7 | 25,3 | 100 |
| Pflegefachkraft | 278 | 28 | 306 |
| <i>in %</i> | 90,8 | 9,2 | 100 |
| Medizinisches Hilfspersonal | 110 | 4 | 114 |
| <i>in %</i> | 96,5 | 3,5 | 100 |
| Verwaltung/ Management | 250 | 49 | 299 |
| <i>in %</i> | 83,6 | 16,4 | 100 |
| Service & Technik | 197 | 86 | 283 |
| <i>in %</i> | 77,1 | 22,9 | 100 |

Tab. 7: Stichprobe der Organisationsdiagnostik: Berufsgruppe nach Geschlecht

Beim Vergleich des Geschlechterverhältnisses nach Führungsverantwortung wird deutlich, dass der Anteil an Männern mit dem Führungslevel zunimmt; der Chi-Quadrat-Test zeigt dabei ein signifikantes Ergebnis. Von allen teilnehmenden Männern sind 36,7% im Führungsmanagement beschäftigt; bei den Frauen liegt der Anteil lediglich bei 12,8% (siehe Tabelle 8).

| Führungsposition | Frauen | Männer |
|--|--------------|------------|
| keine Führungsverantwortung | 1.101 | 235 |
| <i>in %</i> | 87,2 | 63,3 |
| mittleres Führungsmanagement | 140 | 95 |
| <i>in %</i> | 11,1 | 25,6 |
| höheres Führungsmanagement | 21 | 62 |
| <i>in %</i> | 1,7 | 11,1 |
| Gesamt | 1.262 | 371 |
| <i>in %</i> | 100 | 100 |
| Chi-Quadrat = 128,53; p<.001 | | |

Tab. 8: Stichprobe der Organisationsdiagnostik: Führungsverantwortung nach Geschlecht

Der Tabelle 9 ist für ausgewählte Skalen jeweils die Verteilung der Variablen in Form eines Histogramms mit Normalverteilungskurve zu entnehmen. Als statistische Prüfgröße, ob die empirische Verteilung der Daten mit einer theoretischen Verteilung übereinstimmt, dient der Z-Wert des Kolmogorov-Smirnov-Tests. Lediglich für die Variable *Sozialkapital* muss die Nullhypothese beibehalten ($p=.16$) und somit von einer Normalverteilung der Daten ausgegangen werden. Alle übrigen Variablen weichen zum Teil deutlich von der Normalverteilungsannahme ab. Dabei ist insgesamt die Tendenz einer

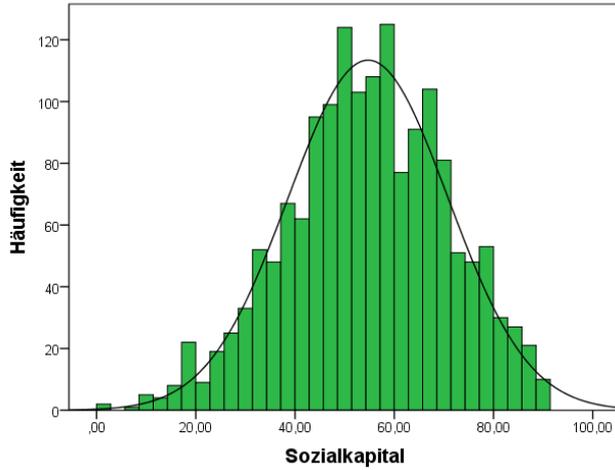
linksschiefen Verteilung zu beobachten. Die Mitarbeiter der Stichprobe beurteilen die einzelnen Organisationsmerkmale folglich sehr positiv. Dieses Antwortverhalten ist in zweierlei Hinsicht nicht verwunderlich: Zum einen ist davon auszugehen, dass die Stichprobe der Reha-Einrichtungen einer Positivselektion unterliegt. Zum anderen ist zu vermuten, dass die Mitarbeiter zu „Self-Impression-Management“ neigen, um die jeweilige Organisation sowie die eigene Arbeitskraft in der Außendarstellung als leistungsfähig zu präsentieren. Darüber hinaus lassen sich auch inhaltliche Erklärungen für die zum Teil schiefen Verteilungen anführen: Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang die Variable *Rollenklarheit*. Die insgesamt sehr positive Beurteilung dieser immateriellen Arbeitsbedingung wird dann verständlich, wenn man sich vor Augen führt, dass die rehabilitative Versorgung einem hohen Standardisierungsgrad unterliegt; Aufgabenbereiche sind eindeutig definiert und im Zuge von QM-Maßnahmen größtenteils sogar manualisiert. Ebenso spiegelt sich in den Daten die allgemeine Annahme wieder, dass Gesundheitsberufe die eigene Tätigkeit als sehr *sinnhaft* erleben. Dieses stellt häufig die eigentliche Motivation der Tätigkeitsausübung dar.

Bei einem Vergleich der Verteilung der drei Subkomponenten von *Sozialkapital* fällt auf, dass das *Wertekapital* in der Tendenz weniger positiv bewertet wird als die beiden übrigen Ressourcen. Während für das *Führungskapital* ein Mittelwert von 18,8 (SD=7,03, n=1.615) und für das *Netzwerkkapital* ein Wert von 20,3 (SD=6,3, n=1.633) zu beobachten ist, wird das *Wertekapital* über alle Einrichtungen gesehen im Mittel mit nur 15,6 (SD=5,8, n=1.602) beurteilt; für alle drei Skalen ist eine Spannweite von 30 Punkten möglich. Führt man sich allerdings vor Augen, dass in der Rehabilitation unterschiedliche Berufsgruppen beschäftigt sind, so ist die weniger positive Beurteilung des Wertekapitals verständlich. Schließlich ist eine berufsgruppenübergreifende gemeinsame Kultur insbesondere in solchen Organisationen als Herausforderung zu verstehen, in denen die Beschäftigten als stark durch berufsständische Normen und Werte sozialisiert gelten.

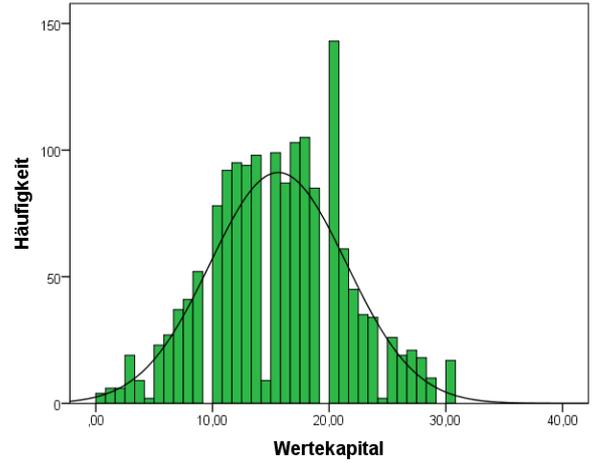
Neben den in Tabelle 9 dargestellten Skalen sind außerdem einzelne Variablen von Interesse, die Auskunft über die Ausstattung mit weiteren Ressourcen oder aber die Beurteilung von Instrumenten der Qualitätsentwicklung geben. Über die Gesamtstichprobe gesehen wird das Vorhandensein zeitlicher Ressourcen auf einer Skala von Null bis Drei im Mittel mit 1,9 (SD=0,78, n=1.630) und damit als gerade ausreichend bewertet. Das Vorhandensein von Arbeitsmitteln wird mit 2,4 (SD=0,6, n=1.619), die Ausstattung der Räumlichkeiten mit 2,3 (SD=0,8, n=1.622) und das Humankapital (Kenntnisse und Fertigkeiten) mit 2,6 (SD=0,5, n=1.622) von den Mitarbeitern insgesamt sehr posi-

tiv beurteilt. Die Frage danach, ob QM in der Einrichtung ernst genommen und zur Weiterentwicklung der Organisation genutzt wird, ist von den Mitarbeitern im Mittel mit 2,1 bewertet worden ($SD=0,75$, $n=1.634$). Qualitätszirkel und das zugesprochene Potenzial zur Verbesserung des Arbeitsalltags werden mit 1,7 weniger positiv bewertet ($SD=0,85$, $n=1.602$), wobei darauf zu verweisen ist, dass hier eine größere Streuung zu beobachten ist, die auf einrichtungsbezogene Unterschiede hindeuten kann.

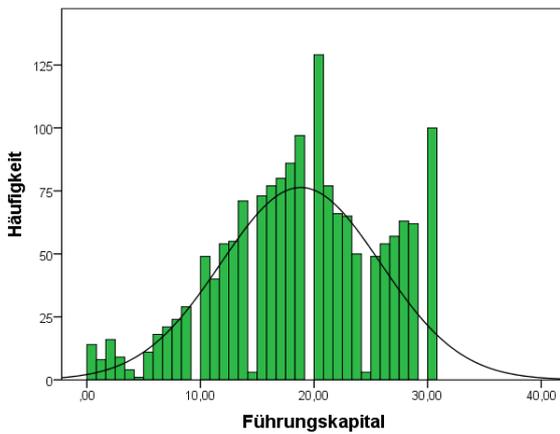
-Stichprobenbeschreibung-



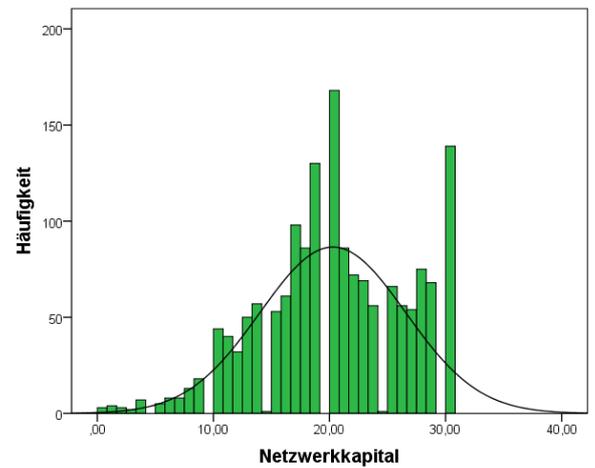
$\bar{X}=54,7$; $\sigma_x=16,1$; $n=1.604$
Kolmogorov-Smirnov $Z=1,11$; $p=.16$



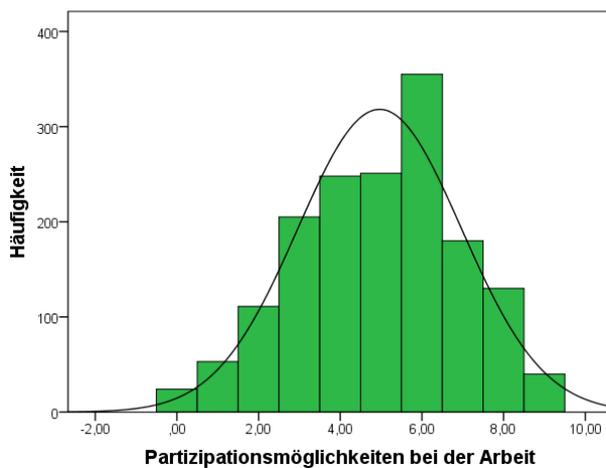
$\bar{X}=15,6$; $\sigma_x=5,8$; $n=1.602$
Kolmogorov-Smirnov $Z=1,92$; $p=.001$



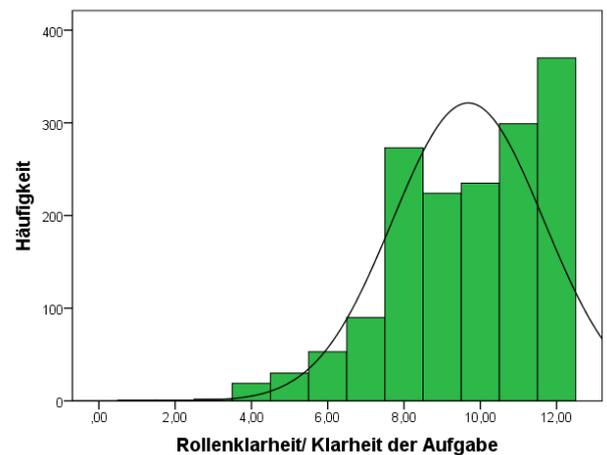
$\bar{X}=18,8$; $\sigma_x=7,03$; $n=1.615$
Kolmogorov-Smirnov $Z=2,25$; $p<.001$



$\bar{X}=20,3$; $\sigma_x=6,3$; $n=1.633$
Kolmogorov-Smirnov $Z=2,58$; $p<.001$



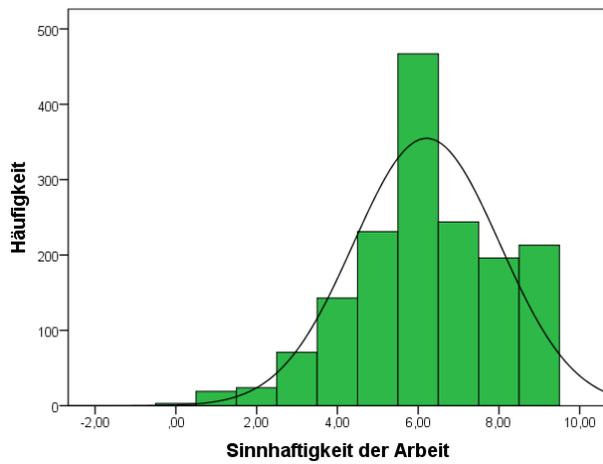
$\bar{X}=5,0$; $\sigma_x=2,0$; $n=1.597$
Kolmogorov-Smirnov $Z=5,56$; $p<.001$



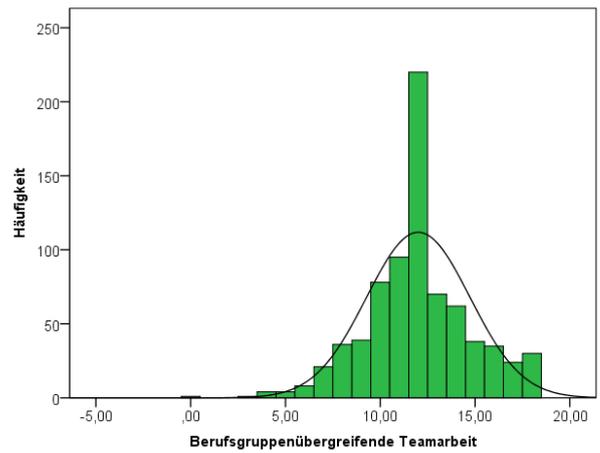
$\bar{X}=9,7$; $\sigma_x=2,0$; $n=1.597$
Kolmogorov-Smirnov $Z=6,63$; $p<.001$

Legende: \bar{X} = Mittelwert, σ_x = Standardabweichung, n = gültige Fälle, Test auf Normalverteilung

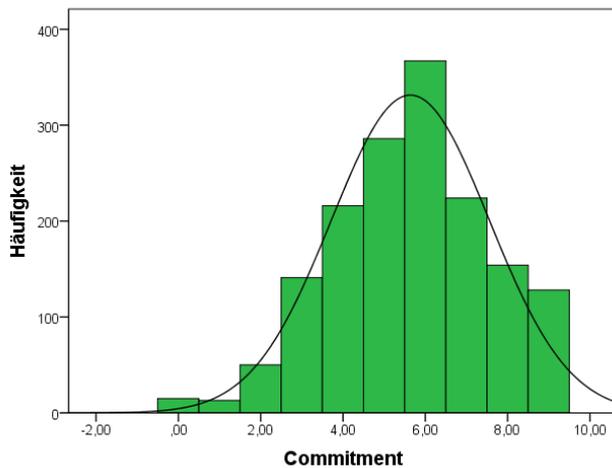
Tab. 9: Verteilung ausgewählter Variablen (Histogramm mit Normalverteilungskurve)



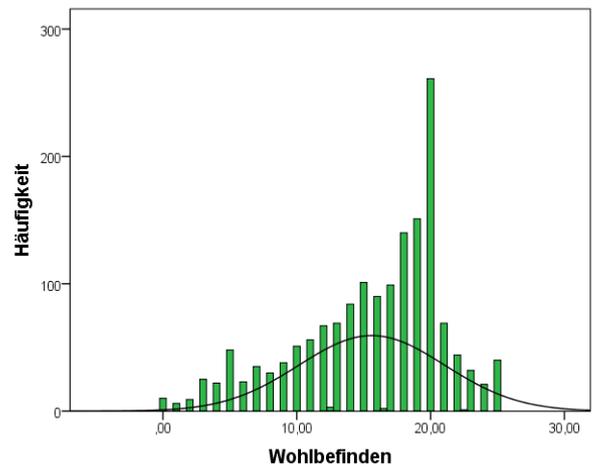
$\bar{X}=6,2; \sigma_x=1,8; n=1.611$
Kolmogorov-Smirnov Z=6,0; p<.001



$\bar{X}=12; \sigma_x=2,7; n=766$ ¹³⁶
Kolmogorov-Smirnov Z=4,5; p<.001



$\bar{X}=5,6; \sigma_x=1,9; n=1.594$
Kolmogorov-Smirnov Z=4,9; p<.001



$\bar{X}=15,6; \sigma_x=5,5; n=1.627$
Kolmogorov-Smirnov Z=5,47; p<.001

Legende: \bar{X} = Mittelwert, σ_x = Standardabweichung, n = gültige Fälle, Test auf Normalverteilung

**Fortsetz. Tab. 9: Verteilung ausgewählter Variablen
(Histogramm mit Normalverteilungskurve)**

¹³⁶ Die Reduzierung der Stichprobengröße ist damit zu erklären, dass hier lediglich Urteile der Beschäftigten einbezogen werden, die angaben, dass sie an der Versorgung der Rehabilitanden unmittelbar beteiligt sind und zudem mit anderen Berufsgruppen im Austausch stehen.

4.4.2 Stichprobe der Routinedaten

Der eingeschlossene Datensatz enthält Angaben zu insgesamt 31.652 Rehabilitanden. Diese Rehabilitanden nahmen in einer der 18 Kliniken, die sich an dem Organisations-survey beteiligten, eine Reha-Maßnahme in Anspruch. Wie bereits erwähnt, werden die Rehabilitanden der Stichprobe nach Subgruppen differenziert. Dieses ist notwendig, da das interessierende Erfolgsmaß *Leistungsfähigkeit im alten Beruf* von personen- und auch maßnahmenbezogenen Merkmalen determiniert ist. Die Bildung möglichst homogener Gruppen erfolgt nach a.) der Indikation, b.) der Art der Reha-Maßnahme (AHB oder allgemeines Antragsverfahren) und c.) dem Geschlecht der Rehabilitanden. Während AHB-Rehabilitanden Personen einschließen, bei denen zuvor ein medizinischer Eingriff vorgenommen wurde, kann über den Anlass einer Maßnahme in der Gruppe der Rehabilitanden im allgemeinen Antragsverfahren keine Aussage getroffen werden. Anzunehmen ist folglich, dass AHB-Rehabilitanden in sich homogener sind und der Einfluss personenbezogener Merkmale eindeutiger prognostiziert werden kann. Damit einher geht auch die Entscheidung für eine geschlechtsspezifische Analyse. So ist davon auszugehen, dass Männer in der Regel körperlich anstrengendere Tätigkeiten im Beruf ausüben als Frauen. Dieses könnte insbesondere nach einem operativen Eingriff zu einer schlechteren Prognose der Leistungsfähigkeit im Anschluss an eine Reha-Maßnahme führen.¹³⁷

Tabelle 10 und Tabelle 11 beschreiben die Stichprobe der Rehabilitanden mit Krankheiten des muskuloskeletalen Systems und des Bindegewebes; Tabelle 10 beschränkt sich auf die 18.340 Männer und Tabelle 11 auf die 10.274 Frauen der Stichprobe. Die Rehabilitanden, die eine AHB-Maßnahme in Anspruch nahmen, verteilen sich auf 12 Reha-Einrichtungen.

¹³⁷ Der Verzicht auf die Modellierung von Interaktionseffekten wurde im Rahmen der Erläuterungen zu den anzuwendenden statistischen Analyseverfahren bereits erklärt.

| Männer mit muskuloskeletalen Erkrankungen und Krankheiten des Bindegewebes | | | |
|---|---------------------------|---|---------------|
| Reha-Einrichtung | AHB-Rehabilitanden | Rehabilitanden im allgemeinen Antragsverfahren | Gesamt |
| 1 | 340 | 724 | 1.064 |
| 2 | 668 | 1.331 | 1.999 |
| 3 | - | 956 | 956 |
| 4 | 365 | 1.300 | 1.665 |
| 5 | 1.161 | 2.592 | 3.753 |
| 6 | 394 | 2.977 | 3.371 |
| 7 | - | 393 | 393 |
| 8 | 304 | 113 | 417 |
| 9 | 433 | 238 | 671 |
| 10 | 70 | 278 | 348 |
| 11 | 1.095 | 547 | 1.642 |
| 12 | 196 | 312 | 508 |
| 13 | 742 | 405 | 1.147 |
| 14 | 200 | 206 | 406 |
| Gesamt | 5.968 | 12.372 | 18.340 |
| <i>Merkmale der Rehabilitanden-Stichprobe</i> | | | |
| Ø-Alter | 50,87 | 50,12 | - |
| Ø-Reha-Dauer | 26,02 | 25,84 | - |
| andere Nationalität (in %) | 11,3 | 15,6 | - |
| Stellung im Beruf (in %): | | | |
| • Arbeiter | 88,5 | 89,03 | - |
| • Angestellter/ Beamter | 9,7 | 10,01 | - |
| • erwerbslos | 1,7 | 0,96 | - |
| <i>Entlassungsurteil der Rehabilitanden-Stichprobe</i> | | | |
| Erwerbsminderung im alten Beruf (%): | | | |
| • voll oder teilweise ¹³⁸ | 35,2 | 29,7 | - |
| • keine | 64,8 | 70,3 | - |
| <i>Sechs-Monats-Verlauf der Rehabilitanden-Stichprobe</i> | | | |
| Antrags auf Erwerbsminderungsrente | 5,1 | 4,7 | - |

Tab. 10: Stichprobe der männlichen Rehabilitanden mit muskuloskeletalen Erkrankungen und Krankheiten des Bindegewebes

¹³⁸ Dieses umfasst Personen, die <3 Stunden (=voll Erwerbsminderung) oder 3-6 Stunden (=teilweise Erwerbsminderung) leistungsfähig sind. Die beiden Kategorien wurden zusammengefasst, weil die Fallzahl der Personen mit einer vollen Erwerbsminderung zu gering ist.

| Frauen mit muskuloskeletalen Erkrankungen und Krankheiten des Bindegewebes | | | |
|---|------------------------------|--|---------------|
| Reha-Einrichtung | AHB-Rehabilitandinnen | Rehabilitandinnen im allgemeinen Antragsverfahren | Gesamt |
| 1 | 242 | 265 | 507 |
| 2 | 426 | 502 | 928 |
| 3 | - | 546 | 546 |
| 4 | 263 | 529 | 792 |
| 5 | 942 | 1.207 | 2.149 |
| 6 | 356 | 1.430 | 1.786 |
| 7 | - | 210 | 210 |
| 8 | 162 | 50 | 212 |
| 9 | 252 | 147 | 399 |
| 10 | 45 | 198 | 243 |
| 11 | 809 | 255 | 1.064 |
| 12 | 134 | 278 | 412 |
| 13 | 531 | 190 | 721 |
| 14 | 168 | 110 | 278 |
| Gesamt | 4.330 | 5.917 | 10.247 |
| <i>Merkmale der Rehabilitandinnen-Stichprobe</i> | | | |
| Ø-Alter | 53,19 | 50,89 | - |
| Ø-Reha-Dauer | 26,15 | 25,82 | - |
| andere Nationalität (in %) | 13,0 | 15,7 | - |
| Stellung im Beruf (in %) | | | |
| • Arbeiterin | 70,5 | 76,6 | - |
| • Angestellte/ Beamte | 9,0 | 18,2 | - |
| • erwerbslos | 20,5 | 5,2 | - |
| <i>Entlassungsurteil der Rehabilitandinnen-Stichprobe</i> | | | |
| Erwerbsminderung im alten Beruf (%): | | | |
| • voll oder teilweise | 33,3 | 30,0 | - |
| • keine | 66,7 | 70,0 | - |
| <i>Sechs-Monats-Verlauf der Rehabilitandinnen-Stichprobe</i> | | | |
| Stellung eines Antrags auf Erwerbsminderungsrente | 4,2 | 5,6 | - |

Tab. 11: Stichprobe der weiblichen Rehabilitanden mit muskuloskeletalen Erkrankungen und Krankheiten des Bindegewebes

Im Durchschnitt sind die eingeschlossenen Rehabilitanden um die 50 Jahre alt; weibliche AHB-Rehabilitanden sind mit 53,19 Jahren im Schnitt etwas älter als die Personen der übrigen Rehabilitandengruppen. In der AHB ist der Anteil an Personen, die eine andere Nationalität als Deutsch haben, mit 11,3% bei den Männern und 13,0% bei den Frauen etwas geringer als in der Gruppe der Rehabilitanden im allgemeinen Antragsverfahren (Männer: 15,6%; Frauen: 15,7%). Die Maßnahmen im allgemeinen Antragsverfahren umfassten sowohl bei den Männern als auch den Frauen im Durchschnitt 25 Tage; AHB-Maßnahmen dauerten im Schnitt einen Tag länger. Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen sind prozentual gesehen sehr viele Arbeiter in den Stichproben vertreten. Der überproportionale Anteil an Arbeitern ist damit zu erklären, dass die beiden einbezogenen Rentenversicherungsträger ursprünglich Landesversiche-

rungsanstalten (LVA) waren, die insbesondere abhängig beschäftigte Arbeiter versicherten¹³⁹. Nicht in den Tabellen aufgeführt ist die Angabe der Stellung auf Erwerbsminderungsrente vor der Reha-Maßnahme. Dieses ist der Tatsache geschuldet, dass lediglich zwei Personen der eingeschlossenen Stichprobe einen solchen Antrag stellten. Aufgeführt ist jedoch die prozentuale Verteilung hinsichtlich des Entlassungsurteils und des sechs-Monats-Verlaufs der Erwerbsfähigkeit. Im Vergleich zwischen den beiden Reha-Maßnahmen ist sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern zu beobachten, dass der Anteil an Personen, die mit einer vollen oder teilweisen Erwerbsminderung entlassen werden, bei den AHB-Rehabilitanden etwas höher ist als bei den Rehabilitanden im allgemeinen Antragsverfahren. Bei den Frauen in der AHB liegt der Anteil bei 33,3%, bei den Männern hingegen bei 35,2%. In allen gebildeten Personengruppen stellten sechs Monate nach der Reha-Maßnahme um die 5% einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente (siehe Tabelle 10 und Tabelle 11).

Tabelle 12 beschreibt die Rehabilitanden-Stichprobe für Herz-Kreislaufkrankungen. Die Tabelle beinhaltet AHB-Rehabilitanden. Diese Begrenzung ist damit zu begründen, dass lediglich für zwei kardiologische Einrichtungen der Stichprobe Daten für Rehabilitanden im allgemeinen Antragsverfahren vorlagen; diese Personengruppe wurde deshalb aus allen Analysen ausgeschlossen. Der Datensatz umfasst somit lediglich Angaben zu 3.065 AHB-Rehabilitanden mit Herz-Kreislaufkrankungen, die in fünf Einrichtungen des Organisationssurveys eine Maßnahme in Anspruch nahmen. Mit 437 Personen sind in der Stichprobe lediglich 16% weibliche Rehabilitanden vertreten; die einrichtungsbezogene Fallzahl fällt demzufolge zum Teil zu gering aus, um eine ausreichende Teststärke in den Analysen zu erreichen. Somit muss auch auf diese Personengruppe verzichtet werden.

¹³⁹ Seit Oktober 2005 ist die gesetzliche Rentenversicherung umstrukturiert. An die Stelle der Rentenversicherung für Arbeiter (Landesversicherungsanstalten) und der Rentenversicherung für Angestellte (Bundesversicherungsanstalten) sind die Deutsche Rentenversicherung und die Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See getreten. Mit der Reform wurde eine Harmonisierung des Rentenversicherungssystems angestrebt (RVorgG 2005).

| Rehabilitanden mit Herz-Kreislaufkrankungen | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Reha-Einrichtung | Männliche AHB-Rehabilitanden | Weibliche AHB-Rehabilitanden |
| 1 | 1.568 | 298 |
| 2 | 462 | 64 |
| 3 | 140 | 15 |
| 4 | 283 | 45 |
| 5 | 175 | 21 |
| Gesamt | 2.628 | 437 |
| <i>Merkmale der Rehabilitanden-Stichprobe</i> | | |
| Ø-Alter | 52,3 | 53,08 |
| Ø-Reha-Dauer | 24,5 | 24,3 |
| andere Nationalität (in %) | 16,1 | 12,8 |
| Stellung im Beruf (in %): | | |
| • Arbeiter(in) | 93,8 | 76,4 |
| • Angestellte(r)/ Beamte(r) | 5,1 | 3,0 |
| • erwerbslos | 1,1 | 20,6 |
| <i>Entlassungsurteil der Rehabilitanden-Stichprobe</i> | | |
| Erwerbsminderung im alten Beruf (%): | | |
| • voll oder teilweise | 14,6 | 12,9 |
| • keine | 85,4 | 87,1 |
| <i>Sechs-Monats-Verlauf der Rehabilitanden-Stichprobe</i> | | |
| Antrags auf Erwerbsminderungsrente | 4,7 | 7,3 |

Tab. 12: Stichprobe der AHB-Rehabilitanden mit Herz-Kreislaufkrankungen (Männer und Frauen)

Der Tabelle 12 ist zu entnehmen, dass ein sehr großer Anteil der männlichen AHB-Rehabilitanden mit Herz-Kreislaufkrankungen in dieser Stichprobe auf die Gruppe der Arbeiter entfällt; der Anteil ist mit 93,8% noch höher als in der Orthopädie. Das durchschnittliche Alter (52,3 Jahre), die durchschnittliche Reha-Dauer (24,5 Tage) und der Anteil an Personen mit einer anderen Nationalität als Deutsch (16,1%) fallen ähnlich aus wie für die männlichen AHB-Rehabilitanden der Orthopädie. Während auch der prozentuale Anteil an Personen, die sechs Monate nach der Reha-Maßnahme einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente stellen mit 4,7% zwischen den beiden Indikationsgruppen vergleichbar ist, fällt der Anteil an Personen mit einer guten Arbeitsprognose bei den Herz-Kreislaufkrankungen mit 85,4% höher aus (vergleiche Tabelle 10 und 12).

4.4.3 Validierung des normativen Reha-Erfolgs „Leistungsfähigkeit im alten Beruf“

Um die Aussagekraft des normativ definierten Reha-Erfolgs „Leistungsfähigkeit im alten Beruf“ zu validieren, ist der Zusammenhang zwischen dem Entlassungsurteil bei Reha-Ende und der Stellung eines Antrags auf Erwerbsminderung sechs Monate nach der Rehabilitation zu analysieren. Je Personengruppe ist hierfür eine Zusammenhangsanalyse durchzuführen. Neben einem deskriptiven Vergleich in Form einer Kreuztabelle, wird außerdem ein Chancenverhältnis (Odds Ratio) mit 95%-Konfidenzintervall und ein Chi-Quadrat-Wert sowie der dazugehörige p-Wert berichtet. Letztgenannte statistische Maßzahlen werden mit HLM unter Berücksichtigung der Clusterstruktur der Daten berechnet; das heißt, es wird der Tatsache Rechnung getragen, dass die Rehabilitanden in unterschiedlichen Einrichtungen behandelt wurden.

| Männer, AHB (Orthopädie) | | | Antrag auf Erwerbsminderungsrente nach sechs Monaten | | Total |
|---|--|----------------------------|---|-------------------------|-------|
| | | | Antragstellung | Keine Antragstellung | |
| Leistungs- fähigkeit im alten Beruf (E-Bericht) | volle oder teil- weise Erwerbsmin- derung | Anzahl | 224 | 1.875 | 2.099 |
| | | % in Leistungsfähigkeit | 10,7% | 89,3% | 100% |
| | keine Erwerbs- minderung | Anzahl | 78 | 3.786 | 3.864 |
| | | % in Leistungsfähigkeit | 2,0% | 98% | 100% |
| Total | | Anzahl | 302 | 5.661 | 5.963 |
| OR=7,34 [5,53; 9,74] Chi-Quadrat=811,02; p<.001 | | | | | |

Tab. 13: Zusammenhangsanalyse zur Validierung des normativen Reha-Erfolgs; Männer mit AHB-Maßnahme in 12 Reha-Einrichtungen (Orthopädie)

Die Chance der AHB-Rehabilitanden, die die Maßnahme mit einer positiven Prognose zur Leistungsfähigkeit verlassen, ist im Vergleich zu denen, die mit dem Urteil „volle oder teilweise Erwerbsminderung“ in den Alltag zurückkehren, um den Faktor 7,3 höher, nach sechs Monaten keinen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen (siehe Tabelle 13).

| Männer, allgemeines Antragsverfahren (Orthopädie) | | | Antrag auf Erwerbsminderungsrente nach sechs Monaten | | Total |
|--|--|----------------------------|---|-------------------------|--------|
| | | | Antragstellung | Keine Antragstellung | |
| Leistungsfähigkeit im alten Beruf (E-Bericht) | volle oder teilweise Erwerbsminderung | Anzahl | 470 | 3.135 | 3.605 |
| | | % in Leistungsfähigkeit | 13,0% | 87% | 100% |
| | keine Erwerbsminderung | Anzahl | 96 | 8.435 | 8.531 |
| | | % in Leistungsfähigkeit | 1,1% | 98,9% | 100% |
| Total | | Anzahl | 566 | 11.570 | 12.136 |
| OR=15,56 [12,32; 19,65] Chi-Quadrat=1790,93; p<.001 | | | | | |

Tab. 14: Zusammenhangsanalyse zur Validierung des normativen Reha-Erfolgs; Männer im allgemeinen Antragsverfahren in 14 Reha-Einrichtungen (Orthopädie)

Die Chance der Rehabilitanden im allgemeinen Antragsverfahren, die die Maßnahme mit einer positiven Prognose zur Leistungsfähigkeit verlassen, ist im Vergleich zu denen, die mit dem Urteil „volle oder teilweise Erwerbsminderung“ in den Alltag zurückkehren, um den Faktor 15,56 höher, nach sechs Monaten keinen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen (siehe Tabelle 14).

Der Zusammenhang zwischen dem Entlassungsurteil zur Leistungsfähigkeit und der Stellung eines Antrags auf Erwerbsminderungsrente ist auch deskriptiv aus den Kreuztabellen abzulesen. Für die männlichen AHB-Rehabilitanden der Orthopädie ist beispielsweise festzuhalten, dass in der Gruppe derjenigen, die mit einer vollen oder teilweisen Erwerbsminderung die Rehabilitation verlassen, 10,7% auch einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente stellen. In der Gruppe der Personen, die ohne Erwerbsminderung in den Alltag zurückkehren, sind es lediglich 2% (siehe Tabelle 13). Für die männlichen Rehabilitanden im allgemeinen Antragsverfahren sind die prozentualen Anteile mit 13% zu 1,1% ähnlich hoch (siehe Tabelle 14).

| Frauen, AHB (Orthopädie) | | | Antrag auf Erwerbsminderungsrente nach sechs Monaten | | Total |
|--|---------------------------------------|-------------------------|---|-------------------------|-------|
| | | | Antragstellung | Keine Antragstellung | |
| Leistungsfähigkeit im alten Beruf (E-Bericht) | volle oder teilweise Erwerbsminderung | Anzahl | 104 | 1.335 | 1.439 |
| | | % in Leistungsfähigkeit | 7,2% | 32,2% | 100% |
| | keine Erwerbsminderung | Anzahl | 76 | 2.809 | 2.885 |
| | | % in Leistungsfähigkeit | 2,6% | 67,8% | 100% |
| Total | | Anzahl | 180 | 4.144 | 4.324 |

OR=3,56 [2,54; 4,99]
Chi-Quadrat=841,73; p<.001

**Tab. 15: Zusammenhangsanalyse zur Validierung des normativen Reha-Erfolgs;
Frauen mit AHB-Maßnahme in 12 Reha-Einrichtungen (Orthopädie)**

Die Chance der AHB-Rehabilitandinnen der Orthopädie, die die Maßnahme mit einer positiven Prognose zur Leistungsfähigkeit verlassen, ist im Vergleich zu denen, die mit dem Urteil „volle oder teilweise Erwerbsminderung“ in den Alltag zurückkehren, um den Faktor 3,56 höher, nach sechs Monaten keinen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen (siehe Tabelle 15).

| Frauen, allgemeines Antragsverfahren (Orthopädie) | | | Antrag auf Erwerbsminderungsrente nach sechs Monaten | | Total |
|--|---------------------------------------|-------------------------|---|-------------------------|-------|
| | | | Antragstellung | Keine Antragstellung | |
| Leistungsfähigkeit im alten Beruf (E-Bericht) | volle oder teilweise Erwerbsminderung | Anzahl | 237 | 1.505 | 1.742 |
| | | % in Leistungsfähigkeit | 13,6% | 86,4% | 100% |
| | keine Erwerbsminderung | Anzahl | 89 | 3.972 | 4.061 |
| | | % in Leistungsfähigkeit | 2,2% | 97,8% | 100% |
| Total | | Anzahl | 326 | 5.477 | 5.803 |

OR=7,53 [5,77; 9,82]
Chi-Quadrat=1010,49; p<.001

**Tab. 16: Zusammenhangsanalyse zur Validierung des normativen Reha-Erfolgs;
Frauen im allgemeinen Antragsverfahren in 14 Reha-Einrichtungen (Orthopädie)**

Die Chance der Rehabilitandinnen im allgemeinen Antragsverfahren, die die Maßnahme mit einer positiven Prognose zur Leistungsfähigkeit verlassen, ist im Vergleich zu denen, die mit dem Urteil „volle oder teilweise Erwerbsminderung“ in den Alltag zurückkehren, um den Faktor 7,53 höher, nach sechs Monaten keinen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen (siehe Tabelle 16).

| Männer, AHB (Herz-Kreislaufkrankungen) | | | Antrag auf Erwerbsminderungsrente nach sechs Monaten | | Total |
|---|--|----------------------------|---|-------------------------|-------|
| | | | Antragstellung | Keine Antragstellung | |
| Leistungs- fähigkeit im alten Beruf (E-Bericht) | volle oder teil- weise Er- werbsminde- rung | Anzahl | 69 | 314 | 383 |
| | | % in Leistungsfähigkeit | 18% | 82% | 100% |
| | keine Erwerbs- minderung | Anzahl | 54 | 2.182 | 2.236 |
| | | % in Leistungsfähigkeit | 2,4% | 97,6% | 100% |
| Total | | Anzahl | 123 | 2.496 | 2.619 |
| OR=8,59 [5,83; 12,67] Chi-Quadrat=107,99; p<.001 | | | | | |

Tab. 17: Zusammenhangsanalyse zur Validierung des normativen Reha-Erfolgs; Männer mit AHB-Maßnahme in 5 Reha-Einrichtungen (Herz-Kreislaufkrankungen)

Die Chance der Rehabilitanden im allgemeinen Antragsverfahren, die die Maßnahme mit einer positiven Prognose zur Leistungsfähigkeit verlassen, ist im Vergleich zu denen, die mit dem Urteil „volle oder teilweise Erwerbsminderung“ in den Alltag zurückkehren, um den Faktor 8,59 höher, nach sechs Monaten keinen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen (siehe Tabelle 17).

Die Kreuztabellen 10 bis 17 sprechen dafür, dass das Entlassungsurteil zur Leistungsfähigkeit im Rahmen der vorzunehmenden Analysen als normativer Reha-Erfolg interpretiert werden kann. Die Arzturteile sind damit in der Tendenz als aussagekräftig zu bewerten. Schließlich sind in allen Personengruppen eindeutig zu interpretierende Chancenverhältnisse zu beobachten; trotz der Tatsache, dass der Langzeitverlauf einer Reha-Maßnahme multikausal bedingt ist und die Erwerbsfähigkeit zum Ende der Behandlung nur unter Vorbehalt prognostiziert werden kann.

Tabelle 18 zeigt je Einrichtung den prozentualen Anteil an Rehabilitanden, der pro Kalenderjahr mit einer positiven Prognose der Erwerbsfähigkeit entlassen wurde; dabei wird keine Unterscheidung nach Indikation oder Art der Maßnahme vorgenommen. Dieser Jahresvergleich verdeutlicht, dass der prozentuale Anteil positiver Entlassungsurteile in allen Einrichtungen nur kleinen Schwankungen unterliegt. Die Unterschiede zwischen den beiden Jahren variieren einrichtungsbezogen minimal um 0,3% und maximal um 11,1%. Folglich kann ebenso davon ausgegangen werden, dass der normative Reha-Erfolg als relativ stabiles Einrichtungsmerkmal zu interpretieren ist.

| Klinik | Prozentualer Anteil an Rehabilitanden mit einer positiven Leistungsfähigkeitsprognose | |
|---------------|---|-------------------|
| | Kalenderjahr 2010 | Kalenderjahr 2011 |
| 1 | 87,3% | 86,1% |
| 2 | 86,4% | 86,1% |
| 3 | 64,9% | 76,0% |
| 4 | 94,4% | 94,4% |
| 5 | 82,5% | 85,8% |
| 6 | 51,6% | 48,0% |
| 7 | 61,9% | 55,8% |
| 8 | 79,6% | 73,1% |
| 9 | 92,3% | 90,5% |
| 10 | 87,0% | 89,8% |
| 11 | 71,1% | 63,4% |
| 12 | 60,5% | 68,4% |
| 13 | 56,9% | 64,0% |
| 14 | 71,3% | 72,7% |
| 15 | 80,7% | 84,8% |
| 16 | 70,2% | 65,6% |
| 17 | 91,9% | 85,1% |
| 18 | 65,6% | 69,4% |
| Gesamt | 70,0% | 70,8% |

Tab. 18: Einrichtungsbezogener Jahresvergleich des normativen Reha-Erfolgs (% an Rehabilitanden mit positiver Erwerbsfähigkeitsprognose)

5 Ergebnisse der Hypothesentestung¹⁴⁰

Die nachfolgenden Unterkapitel geben jeweils Auskunft darüber, ob zugrunde gelegte Merkmale einer „high performance“ Organisation in der Untersuchungsstichprobe variieren. Darüber hinaus werden mittels statistischer Analysen theoretisch hergeleitete Zusammenhänge im organisationalen Handeln modelliert. Die empirischen Ergebnisse werden unter Berücksichtigung der theoretischen Vorannahmen abschließend einer zusammenfassenden Bewertung unterzogen.

5.1 „High“ und „low performer“: Organisationsressourcen, mitarbeiterorientierte Leistungsbereitschaft und Versorgungsqualität im Einrichtungsvergleich

In einem ersten Analyseschritt wird der Frage nachgegangen, inwieweit sich organisationsbezogene Ressourcen (Treiber), die Leistungsbereitschaft der Mitarbeiter (Frühindikatoren) und Kriterien einer hohen Versorgungsqualität (Spätindikatoren) zwischen den Reha-Einrichtungen der Untersuchungsstichprobe unterscheiden. Ziel ist es, ein Kontinuum zwischen „high“ und „low performance“ Organisationen abzubilden. Zu betonen ist jedoch, dass tendenziell alle Einrichtungen der Untersuchungsstichprobe ein hohes Niveau hinsichtlich der erfassten Merkmale aufweisen; der Begriff der „low performer“ ist damit unter Einschränkung zu verstehen und dient in dieser Analyse insbesondere einer inhaltlichen Abgrenzung.

Als grafische Visualisierung der Einrichtungsunterschiede wird jeweils eine League-Tabelle aufgestellt. Für jeden klinikbezogenen Mittelwert ist das 95%-Konfidenzintervall angegeben, das Auskunft über die Präzision des einrichtungsbezogenen Lageparameters gibt. Die in den Grafiken rot eingezeichnete Linie stellt den Mittelwert des betreffenden organisationsbezogenen Merkmals über alle 18 Kliniken dar. Die Frage nach der statistischen Signifikanz der Einrichtungsunterschiede wurde mittels Mixed-Model-Analyse (Random-Intercept-Only-Model) in HLM beantwortet (Chi-Quadrat-Test). Außerdem in den Grafiken angegeben sind *Sigma* und *Tau*, die Varianzen auf Level-1 sowie Level-2, und der ICC. Letzterer ist notwendig, um die Varianz der einzelnen Merkmale trotz unterschiedlicher Spannweite der Skalen vergleichend beurteilen zu können. An gegebener Stelle wird die Verteilung einzelner Merkmale personen- sowie berufsgruppenbezogen überprüft, um ein differenziertes Bild der Varianz auf Level-1 (Mitarbeiterebene) zu ermöglichen.

¹⁴⁰ Im **Anhang 4** ist ein statistisches Glossar einsehbar, das es dem Leser erleichtern soll, unbekannte Begrifflichkeiten und damit die Aussage von Kennzahlen zu verstehen.

5.1.1 Organisationsressourcen und immaterielle Arbeitsbedingungen

Zu beginnen ist mit Einrichtungsunterschieden hinsichtlich des Vorrats an sozialem Kapital und der Güte immaterieller Arbeitsbedingungen, die gemäß theoretischen Vorannahmen als organisationsbezogener Kontext einer „high performance“ Einrichtung zu verstehen sind.

Sozialkapital

Den Abbildungen 4 bis 7 ist die deskriptive Verteilung für das organisationsbezogene Sozialkapital sowie die drei Subkomponenten Netzwerkkapital, Wertekapital und Führungskapital zu entnehmen. In die Auswertung wurden jeweils die Urteile der gesamten Belegschaft einer Einrichtung eingeschlossen.

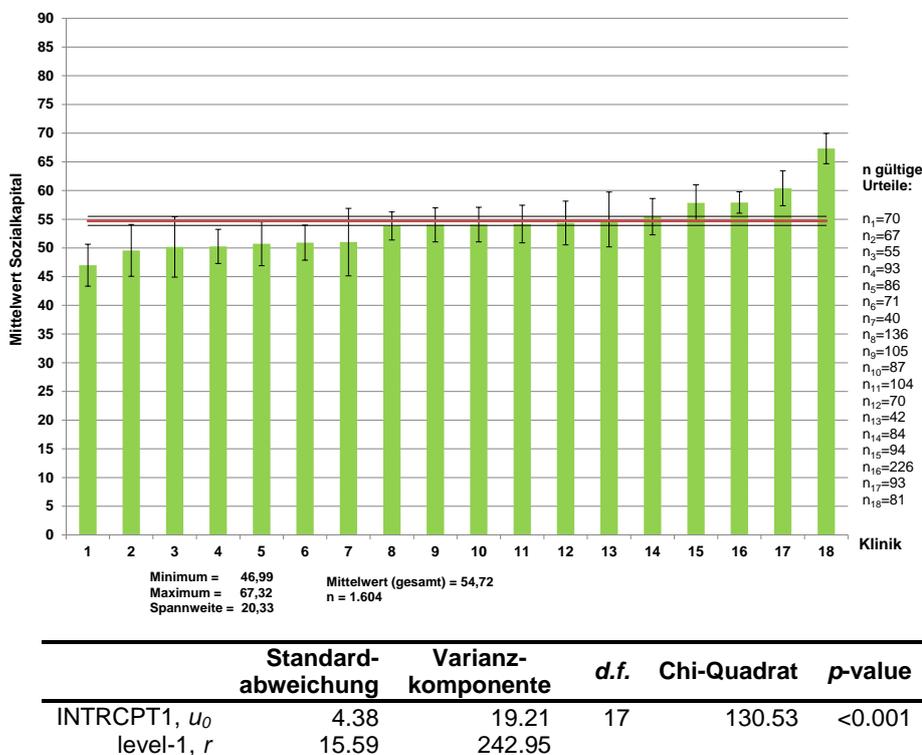


Abb. 4: League-Tabelle Sozialkapital (einrichtungsbezogenes arithmetisches Mittel mit 95%-Konfidenzintervall)¹⁴¹

Der Vorrat an organisationsbezogenem Sozialkapital unterscheidet sich im Mittel zwischen den 18 Einrichtungen. Dabei liegt die Spannweite zwischen dem geringsten und dem höchsten einrichtungsbezogenem Mittelwert bei 20,3 Skalenpunkten (Gesamtskala von 90 Punkten). Der Chi-Quadrat-Wert von 130,53 ist auf dem 1%-Niveau signifikant, was darauf hindeutet, dass die Einrichtungsunterschiede als überzufällig zu be-

¹⁴¹ Die grafische Darstellung basiert nicht auf den Ergebnissen der Schätzung des Random-Intercept-Only-Modells. Die Grafik und die Angaben zum Modell sind als sich ergänzende Informationen zu verstehen. Dieses gilt für alle nachfolgenden Abbildungen dieses Formats.

werten sind. Dabei beträgt die geschätzte Variation der Gruppenmittelwerte 19,21 Einheiten. Die geschätzte Variation innerhalb der Einrichtungen beträgt hingegen 242,9 Einheiten. Durch in Bezug setzen der beiden Varianzkomponenten erhält man eine praktische Varianz von 0,07 (ICC), was bedeutet, dass maximal 7% der Varianz von Sozialkapital auf der Ebene der Organisationen erklärt werden kann.

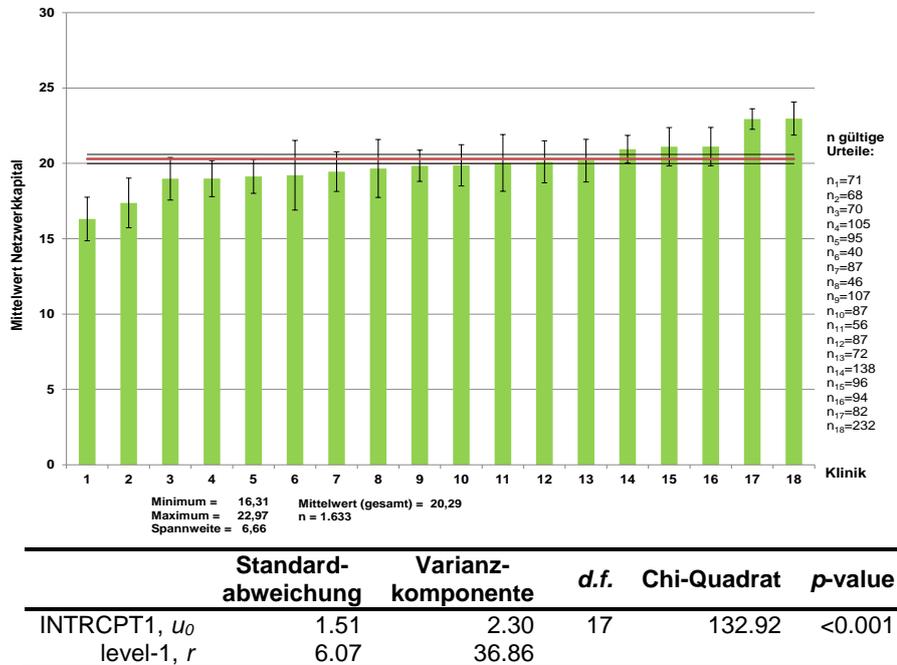


Abb. 5: League-Tabelle Netzwerkkapital
(einrichtungsbazogenes arithmetisches Mittel mit 95%-Konfidenzintervall)

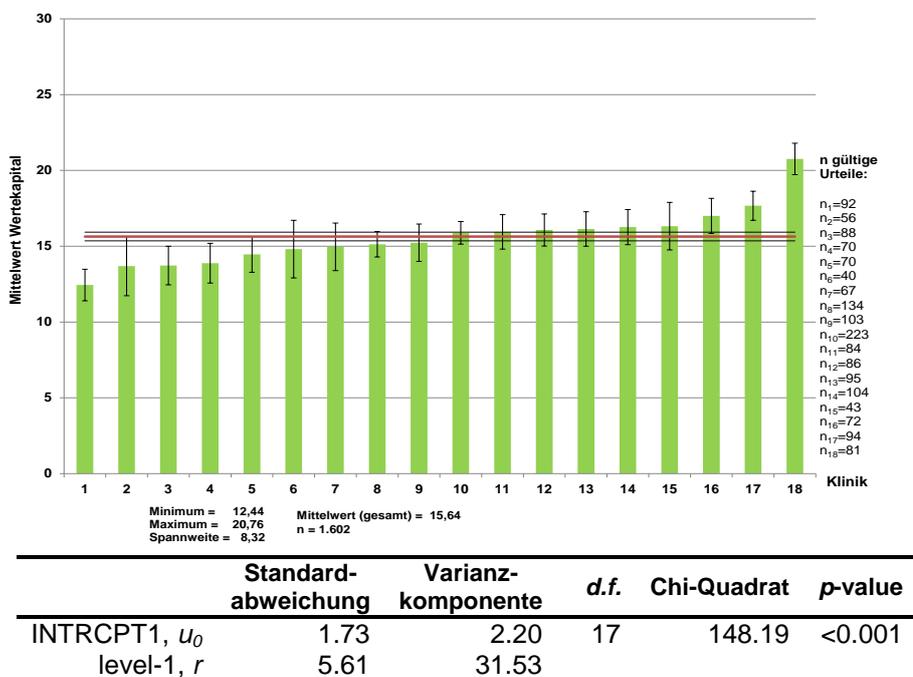
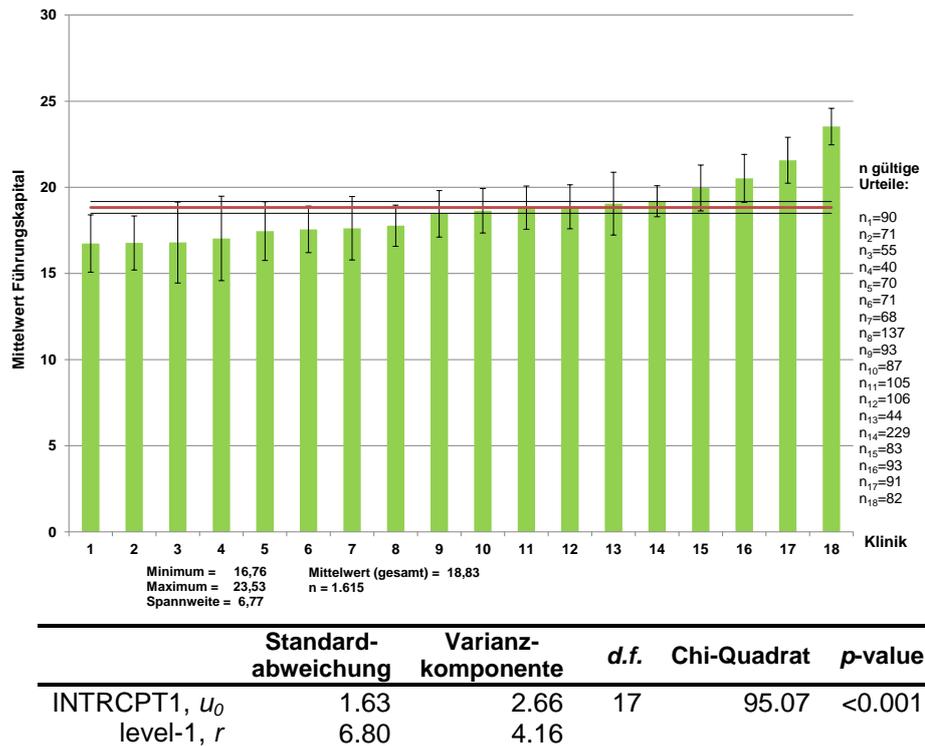


Abb. 6: League-Tabelle Wertekapital
(einrichtungsbazogenes arithmetisches Mittel mit 95%-Konfidenzintervall)



**Abb. 7: League-Tabelle Führungskapital
(einrichtungsbezogenes arithmetisches Mittel mit 95%-Konfidenzintervall)**

Entsprechend der Gesamtskala Sozialkapital ist auch für die drei Subskalen Netzwerk-, Werte- und Führungskapital eine auf dem 1%-Niveau signifikante Varianz zwischen den Reha-Einrichtungen zu beobachten. Während das Netzwerkcapital auf einer Spannweite von 6,7 und das Führungskapital auf einer Spannweite von 6,6 variieren, fallen die Einrichtungsunterschiede für das Wertekapital mit maximal 8,3 Skaleneinheiten am größten aus. Auf die vergleichsweise weniger positive Beurteilung des Wertekapitals wurde bereits im Zuge der Beschreibung der Verteilung einzelner Variablen hingewiesen (siehe Kapitel 4.4.1). An dieser Stelle ist noch einmal gesondert herauszustellen, dass in der Hälfte aller Einrichtungen der Untersuchungsstichprobe der Vorrat an Wertekapital mit einem Mittelwert von ≤ 15 bei maximal 30 Skaleneinheiten bewertet wird. Dieses verdeutlicht den Entwicklungsbedarf hinsichtlich einer gemeinsamen Kultur gegenseitiger Wertschätzung und Anerkennung in Organisationen der gesundheitlichen Versorgung. Ergänzend ist zu betonen, dass die Differenz zwischen der „besten“ Einrichtung und allen übrigen hinsichtlich des Wertekapitals besonders deutlich ausfällt (siehe Abbildung 6). Der ICC als Maß für die praktische Varianz liegt entsprechend der deskriptiven Verteilungen für das Netzwerkcapital bei 0,06, für das Wertekapital bei 0,09 und für das Führungskapital bei 0,05. Einrichtungsunterschiede sind demnach insbesondere hinsichtlich des Vorrats gemeinsamer Werte und Normen zu bestätigen.

Die Varianz des Vorrats an wahrgenommenem Sozialkapital auf der Ebene der Mitarbeiter kann mittels ANOVA inhaltlich näher charakterisiert werden.¹⁴² Eine differenzierte Testung auf personenbezogene Gruppenunterschiede gibt dabei Aufschluss darüber, inwieweit das soziale Kapital als Ressource der Organisation interpretiert werden kann. Von Relevanz sind in diesem Zusammenhang die Merkmale *Berufsgruppe*, *Führungsverantwortung* und *Beschäftigungsdauer*.

Tabelle 19 beinhaltet sowohl den deskriptiven Mittelwertvergleich als auch die Ergebnisse des statistischen Globaltests (F-Test) zur Betrachtung von Unterschieden im Sozialkapital zwischen den einzelnen Berufsgruppen. Während die Pflegefachkräfte das ihnen zur Verfügung stehende Sozialkapital im Mittel mit 51,2 bewerten, berichtet die Gruppe der Psychologen, Sozialarbeiter/-pädagoginnen mit einem Wert von 58,2 den höchsten Vorrat an sozialem Kapital. Der F-Wert wird mit 4,74 auf dem 1%-Niveau signifikant, was darauf hindeutet, dass die Varianz zwischen den Berufsgruppen zum Teil signifikant größer ist als innerhalb der Gruppen. Ein Post-Hoc-Test (Dunnett-C-Test)¹⁴³ zeigt, dass signifikante Unterschiede zwischen der Gruppe der Pflegefachkräfte auf der einen Seite und den Ärzten, den Psychologen/ Sozialarbeitern bzw. -pädagoginnen, den Therapeuten sowie den Beschäftigten in Service und Technik auf der anderen Seite bestehen.

| Berufsgruppe | N | \bar{X} | σ_x |
|---|--------------|--------------|--------------|
| Arzt | 130 | 56,54 | 16,57 |
| Psychologe, Sozialarbeiter/ -pädagogin | 66 | 58,20 | 14,64 |
| Therapeut | 403 | 54,81 | 13,95 |
| Pflegefachkraft | 302 | 51,21 | 15,77 |
| Medizinisches Hilfspersonal | 112 | 53,96 | 17,04 |
| Verwaltung/ Management | 296 | 53,98 | 18,13 |
| Service & Technik | 271 | 57,50 | 16,15 |
| Gesamt | 1.580 | 54,65 | 16,10 |
| <i>Lévene-Test wird auf dem 1%-Niveau signifikant</i> | | | |
| Globaltest: F-Wert = 4,74 (d.f.=6; $\alpha < 0.001$) | | | |
| \bar{X} = Mittelwert, σ_x = Standardabweichung | | | |

Tab. 19: Einfaktorielle Varianzanalyse mit der abhängigen Variable Sozialkapital (Gruppierungsvariable: Berufsgruppe)

¹⁴² Die Variable Sozialkapital ist als annähernd normalverteilt zu betrachten (siehe Kapitel 4.4.1), sodass die Anwendung der ANOVA als robust gilt.

¹⁴³ Die Entscheidung für diesen Test wurde auf der Grundlage heterogener Varianzen der gebildeten Gruppen getroffen.

Um zu überprüfen, ob die berufsgruppenbezogenen Unterschiede von dem Einfluss weiterer personenbezogener Merkmale überlagert werden, ist außerdem eine zweifaktorielle Varianzanalyse durchgeführt worden. Von Interesse ist das Merkmal *Führungsverantwortung*. Der Abbildung 8 ist zu entnehmen, dass Führungspersonen (mittleres und höheres Führungslevel) das soziale Kapital in beinahe allen Berufsgruppen etwas besser bewerten als Personen, die keine Führungsverantwortung haben; Ausnahme ist die Berufsgruppe der medizinischen Hilfskräfte, bei der die Führungsverantwortung keine Rolle in der Beurteilung des sozialen Kapitals spielt. Die größten Differenzen zwischen Führungspersonen und allen weiteren Mitarbeitern sind in der Pflege (+7,9 Skalenpunkte) und in der Verwaltung bzw. des Managements (+9,4 Skalenpunkte) zu beobachten.

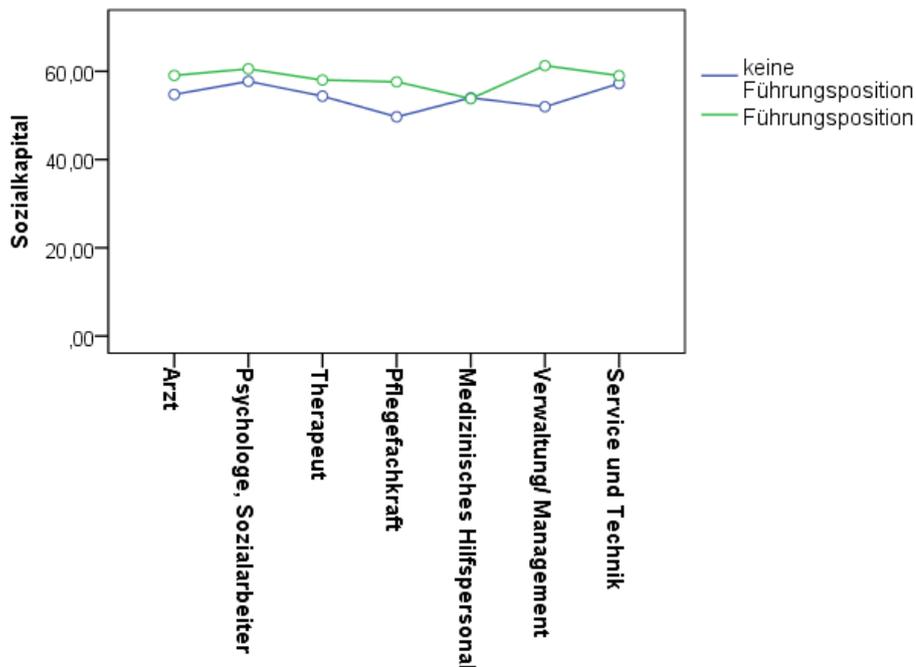


Abb. 8: Mittelwertvergleiche für Sozialkapital in Abhängigkeit der Faktorstufen *Berufsgruppe* und *Führungsverantwortung* (n=1.573)

Tabelle 20 fasst die statistischen Kennzahlen des zweifaktoriellen Varianzmodells zusammen. Ersichtlich ist, dass lediglich der Haupteffekt für das Merkmal Führungsverantwortung signifikant wird. Die Unterschiede in den Berufsgruppen werden gemittelt über den Faktor Führungsverantwortung in diesem Modell nicht mehr signifikant, sodass davon ausgegangen werden muss, dass Sozialkapital nicht berufsgruppenbezogen variiert. Auch eine Wechselwirkung zwischen den beiden Variablen kann in der hier vorliegenden Stichprobe nicht bestätigt werden; dieses konnte bereits den in Abbildung 9 weitestgehend parallel verlaufenden Linien entnommen werden. Mit einem

korrigierten R^2 von 0,031 können die Merkmale insgesamt nur einen sehr kleinen Varianzanteil des sozialen Kapitals erklären.

| | Quadratsumme vom Typ III | d.f. | Mittel der Quadrate | F | p-Wert |
|---|--------------------------|-------|---------------------|---------|--------|
| Korrigiertes Modell | 15776,59 ^a | 13 | 1213,58 | 4,82 | .000 |
| Konstante | 1968249,18 | 1 | 1968249,18 | 7826,17 | .000 |
| Führungsverantwortung UV1 | 2774,80 | 1 | 2774,8 | 11,03 | .001 |
| Berufsgruppe UV2 | 2422,94 | 6 | 403,82 | 1,61 | .142 |
| Wechselwirkung (UV1*UV2) | 2114,93 | 6 | 352,49 | 1,40 | .210 |
| Fehler | 392081,84 | 1.559 | 251,5 | | |
| Gesamt | 5103705,49 | 1.573 | | | |
| Korrigierte Gesamtvariation | 407858,42 | 1.572 | | | |
| <i>Lévene-Test wird auf dem 1%-Niveau signifikant</i> | | | | | |
| a Korrigiertes $R^2=0,031$ | | | | | |

Tab. 20: Zweifaktorielle Varianzanalyse für die Variable Sozialkapital in Abhängigkeit der Faktorstufen *Berufsgruppe* und *Führungsverantwortung*

Der Tabelle 21 ist zu entnehmen, dass der Vorrat an wahrgenommenem Sozialkapital auch in Abhängigkeit von der Beschäftigungsdauer der Mitarbeiter variiert. Mit der Dauer der Einrichtungszugehörigkeit nimmt das soziale Kapital in der Tendenz ab. Während der Mittelwert für Personen, die maximal fünf Jahre in einer Einrichtung beschäftigt sind, bei 58,3 ($\sigma_x=15,5$) Skalenpunkten liegt, weisen Beschäftigte, die mehr als 20 Jahre einer Organisation angehören, einen Mittelwert von 53,3 Skalenpunkten ($\sigma_x=17,0$) auf. Der niedrigste Wert ist bei Beschäftigten zu beobachten, die zwischen 11 und 20 Jahren in der Einrichtung arbeiten ($\bar{x}=51,8$; $\sigma_x=15,3$). Der Globaltest bestätigt, dass die Gruppenunterschiede signifikant sind. Mittels Scheffé-Test konnte gezeigt werden, dass die Unterschiede zwischen der Gruppe, die weniger als fünf und der Gruppe, die mehr als 20 Jahre einer Einrichtung angehören, signifikant wird. Darüber hinaus unterscheidet sich die Gruppe der Personen, die 11 bis 20 Jahre in einer Einrichtung beschäftigt sind, überzufällig von den beiden ersten Gruppen. Eine Interpretation dieser inkonsistenten Ergebnisse ist mit den vorliegenden Daten nicht möglich.

| Beschäftigungsdauer | N | \bar{X} | σ_x |
|---|--------------|-------------|-------------|
| ≤ 5 Jahre | 501 | 58,3 | 15,5 |
| 6-10 Jahre | 214 | 55,8 | 15,5 |
| 11-20 Jahre | 475 | 51,8 | 15,3 |
| ≥20 Jahre | 403 | 53,3 | 17,0 |
| Gesamt | 1.593 | 54,8 | 16,1 |
| <i>Lévene-Test wird auf dem 5%-Niveau nicht signifikant</i> | | | |
| Globaltest: F-Wert = 15,2 (d.f.=3; $\alpha < 0.001$) | | | |
| \bar{X} = Mittelwert, σ_x = Standardabweichung | | | |

Tab. 21: Einfaktorielle Varianzanalyse mit der abhängigen Variable Sozialkapital (Gruppierungsvariable: Beschäftigungsdauer)

Führungspersonen geben wieder in allen Beschäftigtengruppen im Mittel ein höheres Sozialkapital an als Beschäftigte ohne Führungsverantwortung. Aufgrund der parallel verlaufenden Geraden ist zwischen den Merkmalen Beschäftigungsdauer und Führungsverantwortung keine Wechselwirkung anzunehmen (siehe Abbildung 9).

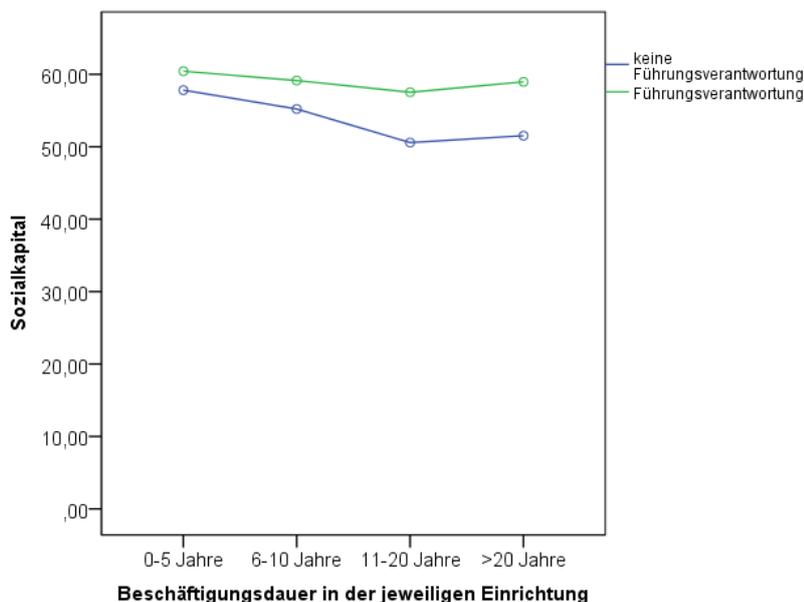


Abb. 9: Mittelwertvergleiche für Sozialkapital in Abhängigkeit der Faktorstufen Beschäftigungsdauer und Führungsverantwortung (n=1.586)

Die Haupteffekte der Merkmale *Führungsverantwortung* und *Beschäftigungsdauer* im Hinblick auf die Verteilung des sozialen Kapitals werden alleine jeweils signifikant. Mit einem korrigierten $R^2=0,043$ erklären die Variablen wiederum nur einen geringen Anteil der Varianz (siehe Tabelle 22).

| | Quadrat- summe vom Typ III | d.f. | Mittel der Quadrate | F | p-Wert |
|---|----------------------------------|-------|------------------------|---------|--------|
| Korrigiertes Modell | 19305,4 ^a | 7 | 2757,9 | 11,2 | .000 |
| Konstante | 2607782,3 | 1 | 2607782,3 | 10558,9 | .000 |
| Führungsverantwortung UV1 | 3826,08 | 3 | 1275,4 | 5,2 | .001 |
| Beschäftigungsdauer UV2 | 5609,9 | 1 | 5609,9 | 22,7 | .000 |
| Wechselwirkung (UV1*UV2) | 1008,6 | 3 | 336,2 | 1,4 | .253 |
| Fehler | 389727,3 | 1.578 | 246,9 | | |
| Gesamt | 5162190,4 | 1.586 | | | |
| Korrigierte Gesamtvariation | 409032,7 | 1.585 | | | |
| <i>Lévene-Test wird auf dem 5%-Niveau nicht signifikant</i> | | | | | |
| a Korrigiertes R ² =0,043 | | | | | |

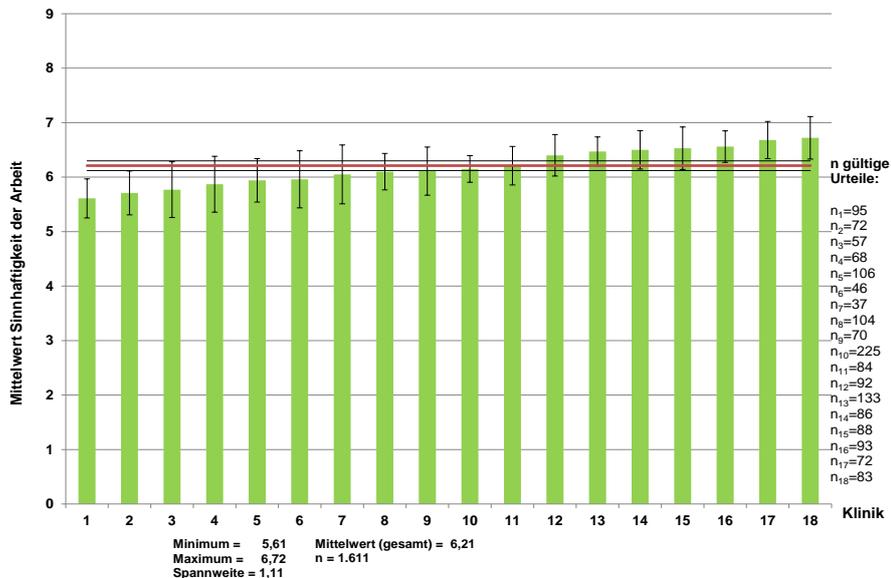
Tab. 22: Zweifaktorielle Varianzanalyse für die Variable Sozialkapital in Abhängigkeit der Faktorstufen *Führungsverantwortung* und *Beschäftigungsdauer*

Die Analysen der individuellen Gruppenunterschiede verdeutlichen insbesondere den Effekt von Führungsverantwortung auf das wahrgenommene Sozialkapital; dieser Zusammenhang konnte auch außerhalb von Reha-Einrichtungen bestätigt werden (Rixgens & Badura 2012). Da der einrichtungsbezogene prozentuale Anteil an Führungspersonen zwischen 10,1% und 30% variiert, wurde im Rahmen eines Random-Intercept-Modells ergänzend überprüft, ob Einrichtungsunterschiede hinsichtlich des Vorrats an Sozialkapital auch nach Kontrolle für das Merkmal „Führungsverantwortung“ bestehen bleiben. Dieses konnte empirisch bestätigt werden (Tau=17,8 (S.D.=4,2); Chi-Quadrat=123,52, p<0.001). Somit ist davon auszugehen, dass der Vorrat an Sozialkapital als beständiges Organisationsmerkmal zu interpretieren ist.

Dieses bestätigt auch die Beobachtung, dass die Berufsgruppenzugehörigkeit kontrolliert für das Merkmal Führungsverantwortung keinen signifikanten Einfluss auf die Beurteilung von Sozialkapital hat, wohl aber die Beschäftigungsdauer. Abschließend ist darauf zu verweisen, dass die Männer dieser Stichprobe (\bar{x} =57,06; σ_x =15,9) im Mittel über ein höheres Maß an sozialem Kapital verfügen als Frauen (\bar{x} =54,06; σ_x =16,3); der Unterschied wird auf dem 5%-Niveau signifikant (T-Test=-3,14; p=.002). Anzunehmen ist jedoch, dass diese Differenz weniger mit dem Geschlecht an sich zu erklären ist, als vielmehr mit der Tatsache, dass prozentual gesehen, sehr viel mehr Männer der Stichprobe im Führungslevel beschäftigt sind (siehe hierzu Tabelle 8). Auf eine separate Analyse von Altersunterschieden hinsichtlich der Beurteilung des sozialen Kapitals wurde deshalb verzichtet, weil die gebildeten Altersklassen mit der Beschäftigungsdauer korrelieren.

Immaterielle Arbeitsbedingungen

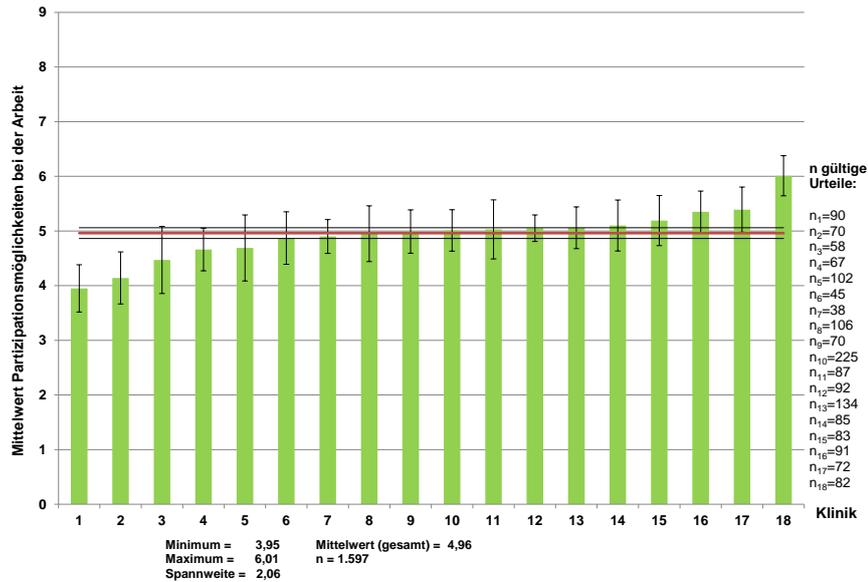
Die Abbildungen 10 bis 12 stellen die Variation der Güte immaterieller Arbeitsbedingungen zwischen den 18 Reha-Einrichtungen dar. Dabei ist festzustellen, dass einrichtungsbezogene Unterschiede hinsichtlich der erfassten Arbeitsbedingungen in der Tendenz geringer ausfallen als die Ausstattung mit den zuvor genannten Ressourcen. Gründe für die geringe Variation wurden bereits in Kapitel 4.4.1 erläutert.



| | Standard- abweichung | Varianz- komponente | d.f. | Chi-Quadrat | p-value |
|-----------------|-------------------------|------------------------|------|-------------|---------|
| INTRCPT1, u_0 | 0.28 | 0.08 | 17 | 50.67 | <0.001 |
| level-1, r | 1.79 | 3.21 | | | |

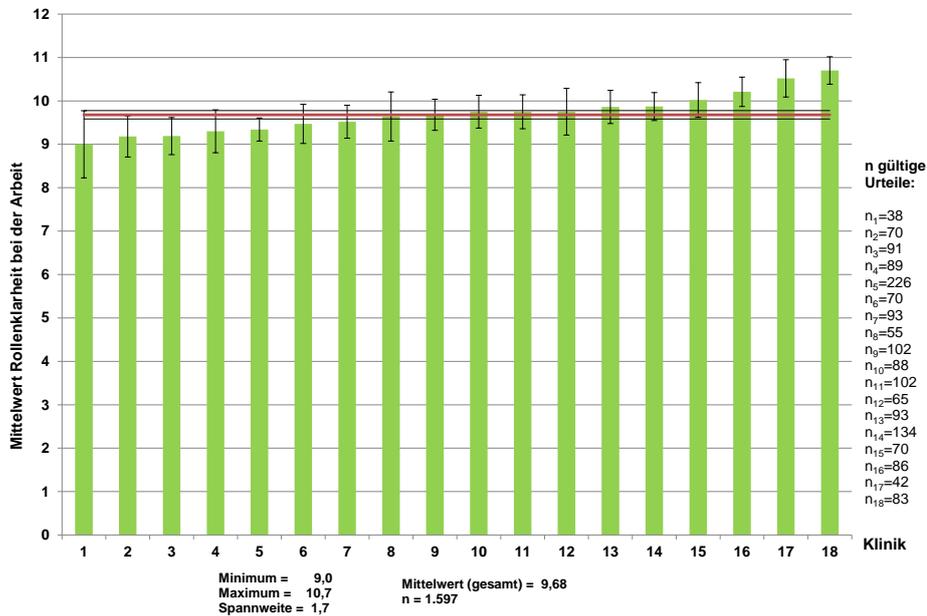
Abb. 10: League-Tabelle Sinnhaftigkeit der Arbeit (einrichtungsbezogenes arithmetisches Mittel mit 95%-Konfidenzintervall)

-Empirische Ergebnisse-



| | Standard- abweichung | Varianz- komponente | d.f. | Chi-Quadrat | p-value |
|-----------------|-------------------------|------------------------|------|-------------|---------|
| INTRCPT1, u_0 | 0.40 | 0.16 | 17 | 74.95 | <0.001 |
| level-1, r | 1.97 | 3.87 | | | |

Abb. 11: League-Tabelle Partizipationsmöglichkeiten bei der Arbeit (einrichtungsbazogenes arithmetisches Mittel mit 95%-Konfidenzintervall)



| | Standard- abweichung | Varianz- komponente | d.f. | Chi-Quadrat | p-value |
|-----------------|-------------------------|------------------------|------|-------------|---------|
| INTRCPT1, u_0 | 0.37 | 0.14 | 17 | 68.33 | <0.001 |
| level-1, r | 1.95 | 3.80 | | | |

Abb. 12: League-Tabelle Rollenklarheit bei der Arbeit (einrichtungsbazogenes arithmetisches Mittel mit 95%-Konfidenzintervall)

Mittels T-Test wurde überprüft, inwieweit sich die immateriellen Arbeitsbedingungen zwischen Beschäftigten mit und ohne Führungsverantwortung unterscheiden. Zu erwähnen ist lediglich der Gruppenunterschied hinsichtlich der *Partizipationsmöglichkeiten bei der Arbeit*. Während für Führungspersonen ein Mittelwert von 6,1 ($\sigma_x=1,8$) zu entnehmen ist, geben Personen ohne Führungsverantwortung einen durchschnittlichen Wert von 4,7 ($\sigma_x=1,9$) an; der Unterschied wird auf dem 1%-Niveau signifikant (T-Test=-11,9). Dieser Unterschied ist nicht verwunderlich, da die Tätigkeit von Führungspersonen schlichtweg mehr Partizipation erfordert. Gruppendifferenzen für das Merkmal *Rollenklarheit* können lediglich mit 0,1 Skalenpunkten beschrieben werden, während für das Erleben der *Sinnhaftigkeit der Arbeit* ein Unterschied von 0,6 zu beobachten ist; beide Werte sind als inhaltlich nicht relevant zu bewerten. Auch berufsgruppenspezifisch lassen sich nur sehr geringe Unterschiede feststellen (F-Test=2,4; $p=.024$). Signifikante Differenzen in der Beurteilung der erlebten *Sinnhaftigkeit der eigenen Arbeit* bestehen lediglich zwischen der Ärzteschaft ($\bar{x}=6,5$; $\sigma_x=1,64$; $n=132$) und dem medizinischen Hilfspersonal ($\bar{x}=5,8$; $\sigma_x=1,91$; $n=111$). In der zweifaktoriellen Varianzanalyse verschwindet dieser Effekt; signifikant bleibt auch hier der Haupteffekt des Merkmals Führungsverantwortung.

5.1.2 Mitarbeiterbezogene Leistungsbereitschaft

Da sich „high performance“ Organisationen gemäß Definition durch einen achtsamen Umgang mit den eigenen Beschäftigten auszeichnen, ist nachfolgend zu prüfen, in welchem Ausmaß sich auch die mitarbeiterbezogene Leistungsbereitschaft zwischen den Einrichtungen der Untersuchungsstichprobe unterscheidet. Hierzu werden die Indikatoren *subjektives Wohlbefinden* und *Commitment* herangezogen. Der Abbildung 13 ist die Variation der einrichtungsbezogenen Mittelwerte des subjektiv beurteilten Wohlbefindens zu entnehmen. Auf einer 25-stufigen Skala variiert der Mittelwert der Einrichtungen zwischen 13,7 und 16,9 Punkten. Der Chi-Quadrat-Test ist auf dem 1%-Niveau signifikant. Der ICC beträgt für diese Variable 0,02.

-Empirische Ergebnisse-

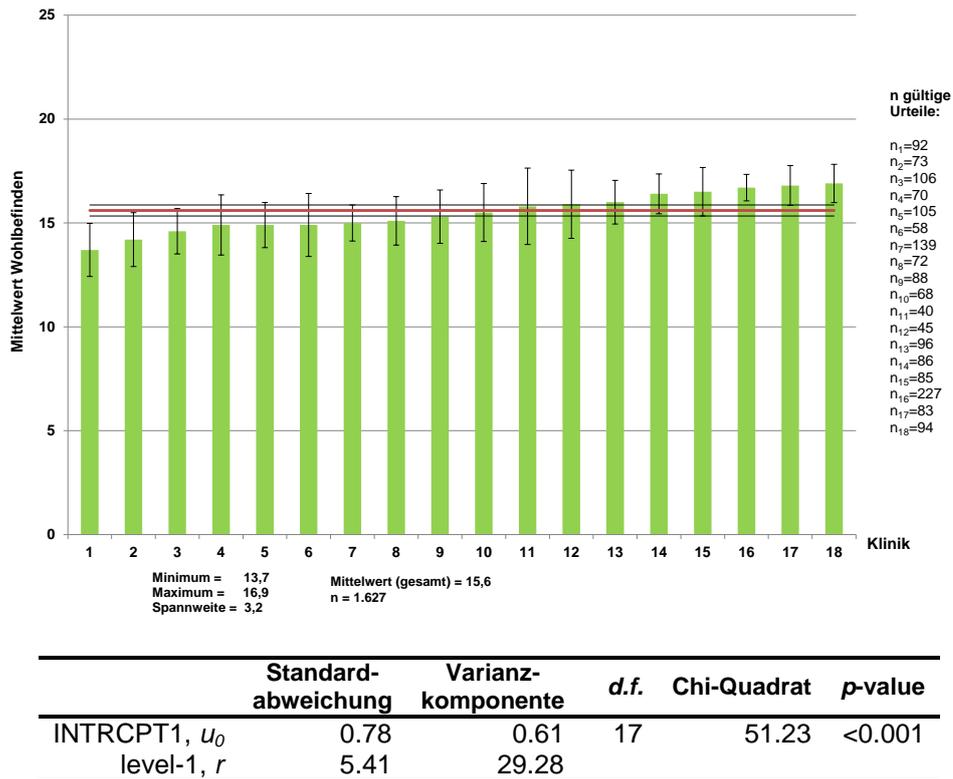


Abb. 13: League-Tabelle Wohlbefinden (einrichtungsbezogenes arithmetisches Mittel mit 95%-Konfidenzintervall)

Signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Berufsgruppen lassen sich für das subjektive Wohlbefinden nicht feststellen (F-Test=1,93; $p=0.073$). Auch zwischen Führungspersonen und solchen Beschäftigten ohne Führungsverantwortung bestehen keine signifikanten und mit einer Differenz von 0,6 Skalenpunkten auch keine nennenswerten Unterschiede.

Der einrichtungsbezogene Mittelwert für das Commitment, das anzeigt, ob sich die Mitarbeiter mit der jeweiligen Organisation identifizieren und sich an diese binden, weist in einer Einrichtung einen minimalen Wert von 5,4 auf und nimmt in einer anderen Einrichtung ein Maximum von 6,1 an (siehe Abbildung 14). Die praktische Varianz auf Level-2 beträgt 0,06 (ICC); die Gruppenunterschiede werden auf dem 1%-Niveau signifikant.

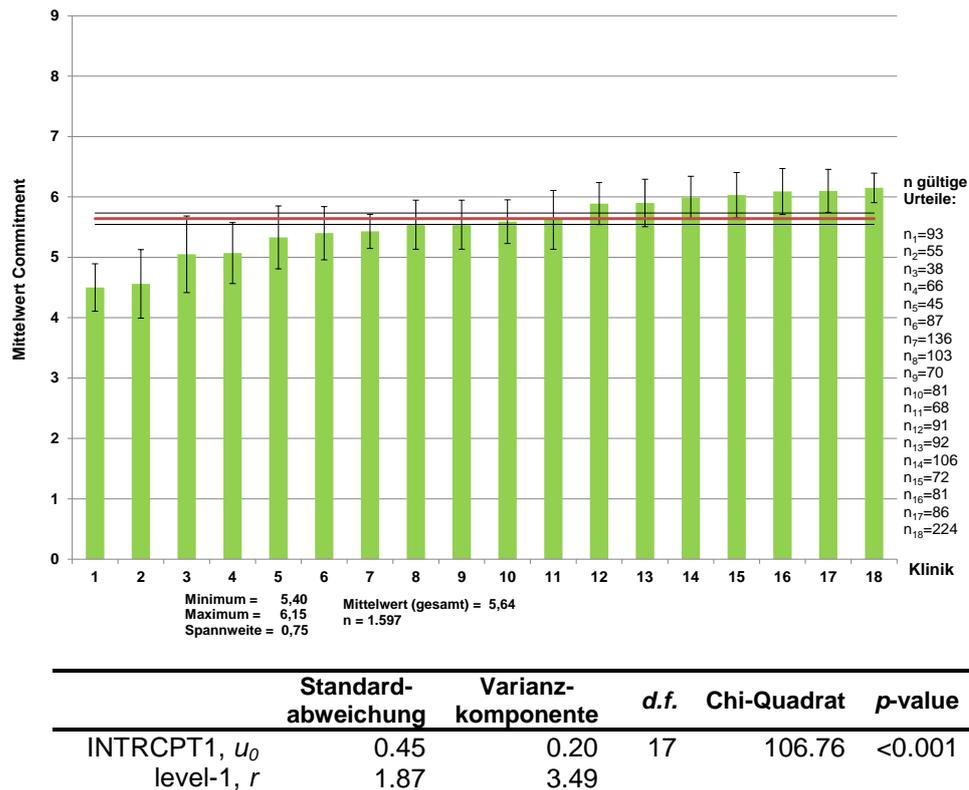


Abb. 14: League-Tabelle Commitment
(einrichtungsbezogenes arithmetisches Mittel mit 95%-Konfidenzintervall)

Die Beschäftigungsdauer steht in keinem signifikanten Einfluss mit dem Commitment der Mitarbeiter. Der Einfluss von Führungsverantwortung wird auf dem 5%-Niveau zwar signifikant, ist aufgrund der sehr geringen Differenz von 0,6 Skaleneinheiten jedoch als inhaltlich nicht relevant aufzufassen. Ob sich ein Beschäftigter demnach mit der jeweiligen Einrichtung identifiziert, ist somit nicht der Tatsache zuzuschreiben, dass die Person eine leitende Position in der Einrichtung hat.

5.1.3 Rehabilitative Versorgungsqualität

In einem letzten Schritt ist erfolgreiches Handeln in und von Reha-Einrichtungen – gemessen an der *Ko-Produktion von Gesundheit* – empirisch zu untersuchen. Dabei ist vorerst lediglich das innerbetriebliche Geschehen zu betrachten; die Zusammenarbeit mit den Rehabilitanden wird separat in Kapitel 5.2 analysiert. Entsprechend des theoretischen Modells bemisst sich die rehabilitative Versorgungsqualität an berufsgruppenübergreifenden kooperativen Strukturen innerhalb der Einrichtungen. Neben der Frage nach dem Grad an wahrgenommener Interdisziplinarität und dem Vorhandensein einer transparenten Problemkultur wurde außerdem die Qualität der Teamorientierung – unabhängig von dem gelebten Teammodell (multi-/ oder interdisziplinär) – untersucht. Damit stehen Prozessmerkmale im Zentrum der Aufmerksamkeit.

Der Tabelle 23 ist zu entnehmen, wie die Beschäftigten der 18 Reha-Einrichtungen, die unmittelbar an der Versorgung beteiligt sind (n=792), Aspekte der interdisziplinären Zusammenarbeit beurteilen. Die gemeinsame Betrachtung der Einzelkriterien zeigt ein Kontinuum zwischen Multi- und Interdisziplinarität an. Beide Formen der Zusammenarbeit umschreiben einen berufsgruppenübergreifenden Austausch. Multidisziplinarität zeichnet sich jedoch durch eine eher hierarchische (Arzt zentrierte) Rangordnung im Behandlungsteam und eine berufsgruppenspezifische Perspektive innerhalb der Behandlung aus (siehe hierzu weiter Kapitel 2.3). Die Mehrheit der Stichprobe bestätigt routinemäßig stattfindende Teamsitzungen, an denen unterschiedliche Berufsgruppen teilnehmen (73,7%; n=575). Die Rangordnung im Behandlungsteam wird von 68,5% der Beschäftigten als hierarchisch bis gleichrangig erlebt (n=523). Lediglich 30,3% (n=229) der befragten Behandler geben an, dass patientenindividuelle Therapieziele gemeinsam im Team und nicht disziplinbezogen festgelegt werden. Eine ständige berufsgruppenübergreifende Diskussion der Therapiepläne wird von 42,5% (n=328) berichtet. Nur 21,9% (n=169) geben an, dass individuelle Fallbesprechungen für jeden Rehabilitanden vorgenommen werden. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass allgemeine Rahmenbedingungen, die für die interdisziplinäre Zusammenarbeit grundlegend sind, in der Praxis mehrheitlich gewährleistet sind. Der konkreten inhaltlichen Ausgestaltung ist allerdings immer noch ein Entwicklungspotenzial zuzusprechen. Schließlich liegt das übergeordnete Ziel interdisziplinärer Zusammenarbeit nicht alleine in einem berufsgruppenübergreifenden Zusammentreffen, sondern in einer gleichberechtigten Berücksichtigung unterschiedlicher Kompetenzen innerhalb der Therapieplangestaltung. Dieses stellt eine Grundvoraussetzung dafür dar, dass eine für den individuellen Rehabilitanden optimale Behandlung unter Berücksichtigung seiner individuellen Ressourcen gewährleistet werden kann.

Betrachtet man daneben die Gesamtskala zur Interdisziplinarität, so ist für die Gesamtstichprobe ein Median¹⁴⁴ von zwei bei maximal fünf Punkten festzustellen (n=727). Dieses deutet darauf hin, dass die berufsgruppenübergreifende Arbeit insgesamt eher multi- als interdisziplinär ausgestaltet ist. Dabei ist zu beachten, dass einrichtungsbezogene Differenzen in der Bewertung der Interdisziplinarität bestehen: Für drei Reha-Einrichtungen der Untersuchungsstichprobe resultiert ein Median von Eins, für acht weitere liegt der Wert bei Zwei. In sieben Einrichtungen ist mit einem Median von Drei davon auszugehen, dass die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit zunehmend interdisziplinär ausgerichtet ist; in Anbetracht der Bedeutung von Interdisziplinarität ist dieser Anteil jedoch immer noch als sehr gering zu bewerten. Eine berufsgrup-

¹⁴⁴ Aufgrund des als ordinal zu interpretierenden Skalenniveaus ist für diese Variable der Median und nicht das arithmetische Mittel zu berechnen.

penspezifische Betrachtung weist darüber hinaus aus, dass die Ärzteschaft (Median=3) im Vergleich zu allen anderen Berufsgruppen (Median=2) den Grad an wahrgenommener Interdisziplinarität positiver beurteilt. Die Gruppenunterschiede werden im Kruskal-Wallis-Test auf dem 1‰-Niveau mit einem Chi-Quadrat-Wert von 60,66 (d.f.=3) signifikant (siehe Tabelle 23).

| Merkmale interdisziplinärer Zusammenarbeit | | Gültige prozentuale Verteilung der Mitarbeiterangaben (N _{gesamt} =792) | | |
|--|--------------------|--|-------------------------------|-------------------------|
| Häufigkeit berufsgruppenübergreifender Teamsitzungen | in Einzelfällen | | routinemäßig | |
| | | 26,3% | | 73,7% |
| Festlegung patientenindividueller Therapieziele | disziplinbezogen | | gemeinsam im Team | |
| | | 69,7% | | 30,3% |
| Berufsgruppenübergreifende Diskussion über Therapiepläne | minimal | | ständig | |
| | | 57,5% | | 42,5% |
| Gemeinsame Fallbesprechungen im Behandler-Team | Problemfälle | | jeder Rehabilitand | |
| | | 78,1% | | 21,9% |
| Rangordnung im Behandler-Team | stark hierarchisch | | hierarchisch bis gleichrangig | |
| | | 31,5% | | 68,5% |
| Wahrgenommene Interdisziplinarität (Median) | | | | |
| Gesamt | Ärzte | Psychologen, Sozialarb./ -päd. | Therapeuten | Pflegefachkräfte |
| 2,0 (n=727) | 3,0 (n=110) | 2,0 (n=54) | 2,0 (n=311) | 2,0 (n=202) |

Tab. 23: Beurteilung der interdisziplinären Zusammenarbeit in Reha-Einrichtungen

Ein Zusammenhang zwischen dem Grad an wahrgenommener Interdisziplinarität und der zur Verfügung stehenden Zeit zur Erledigung der eigenen Arbeit kann in den Daten nicht bestätigt werden; der Kontingenzkoeffizient wird auf dem 5%-Niveau nicht signifikant und nimmt einen Wert von 0,12 ($p=.06$; $n=717$) an. Dieses deutet daraufhin, dass andere organisationsbezogene Ressourcen den Grad an gelebter Interdisziplinarität prägen.

Ca. 40% ($n=288$) der Behandler geben an, dass sie berufsgruppenübergreifend einen vollständig transparenten Umgang mit Problemen im Behandler-Team erleben. Knapp 60% ($n=422$) berichten hingegen, dass ihr Team schwerwiegende Probleme zum Teil

oder aber stetig verschweigt bzw. unter den Teppich kehrt. Bei einer berufsgruppen-spezifischen Betrachtung¹⁴⁵ fällt auf, dass der Anteil an Personen innerhalb der Ärzteschaft, die das Vorhandensein einer Problemkultur bestätigt, mit 57,5% etwas höher ausfällt, als dieses innerhalb der übrigen Berufsgruppen der Fall ist; dabei fällt insbesondere die Pflege mit einem prozentualen Anteil an Bestätigungen von 34,9% auf. Der auf dem 1%-Niveau signifikante Chi-Quadrat-Wert von 17,08 (d.f.=3) weist aus, dass die Beurteilung der Problemkultur in Abhängigkeit von der Berufsgruppenzugehörigkeit gegen den Zufall abgesichert werden kann (siehe Tabelle 24).

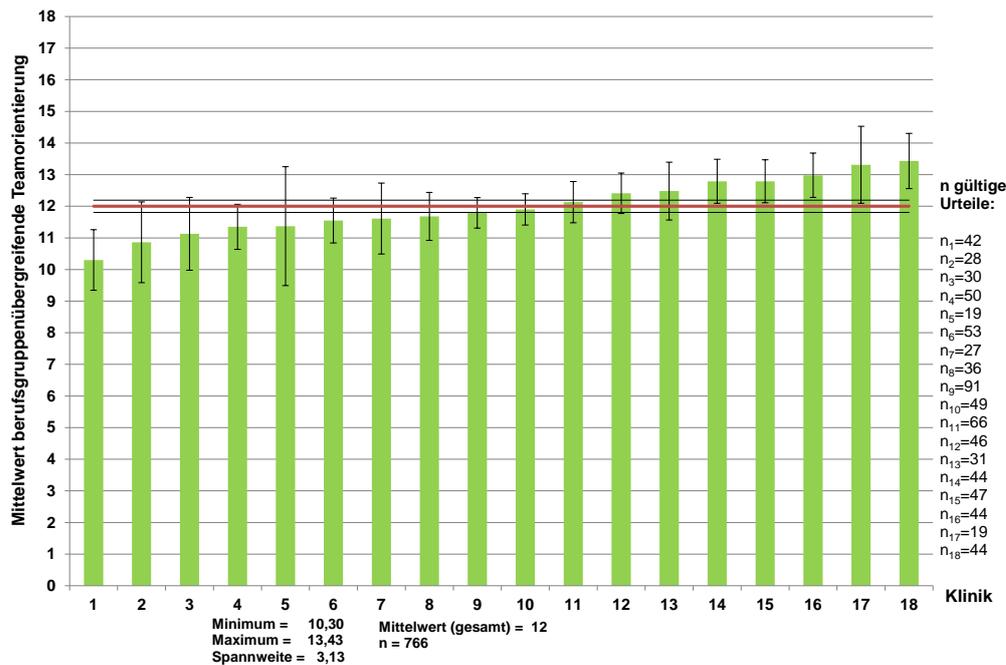
| | | | Ärzte | Psychologen, Sozialarb./ -päd. | Therapeuten | Pflegefach- kräfte | Gesamt |
|---|-------------------------------------|---|-------------|--------------------------------------|-------------|-----------------------|-------------|
| Problemkultur | gar nicht/ zum Teil vorhanden | n | 48 | 34 | 200 | 140 | 422 |
| | | % | 42,5 | 58,6 | 61,7 | 65,1 | 59,4 |
| | vorhanden | n | 65 | 24 | 124 | 75 | 288 |
| | | % | 57,5 | 41,4 | 38,3 | 34,9 | 40,6 |
| Gesamt | | n | 113 | 58 | 324 | 215 | 710 |
| Chi-Quadrat=17,08; d.f.=3; p<.001 | | | | | | | |

Tab. 24: Beurteilung der Transparenz im Umgang mit Problemen im Team (Problemkultur)

Unabhängig von der konkreten Ausgestaltung der berufsgruppenübergreifenden Teamarbeit (multi- oder interdisziplinär) ist die Frage nach der wahrgenommenen Qualität der Teamorientierung zu stellen. Die Abbildung 16 zeigt die einrichtungsbezogenen Mittelwerte der 18 Einrichtungen im Hinblick auf die beurteilte Qualität berufsgruppenübergreifender Teamorientierung; Unterschiede zwischen den Einrichtungen werden auf dem 1%-Niveau signifikant. Die Differenz zwischen dem einrichtungsbezogenen maximalen und dem minimalen Wert variiert auf einer 18-stufigen Skala um 3,1 Punkte. Die praktische Varianz (ICC) nimmt dabei einen Wert von 0,08 an. Der Mittelwert aller Einrichtungen liegt bei 12 Punkten, was darauf hindeutet, dass die Qualität der Teamorientierung in der Rehabilitation insgesamt ein Verbesserungspotenzial zeigt; wobei hier die einrichtungsbezogenen Differenzen zu berücksichtigen bleiben (siehe Abbildung 15).

¹⁴⁵ Die Gruppe der medizinischen Hilfskräfte konnte aufgrund einer zu kleinen Fallzahl (<50 Personen) nicht in den Varianzanalysen berücksichtigt werden, um entsprechend der Abweichung von der Normalverteilungsannahme der jeweiligen Variable valide Schätzungen zu ermöglichen. Für eine konsistente Ergebnisdarstellung wurde bereits hier auf diese Berufsgruppe verzichtet.

-Empirische Ergebnisse-



| | Standard- abweichung | Varianz- komponente | d.f. | Chi-Quadrat | p-value |
|-----------------|-------------------------|------------------------|------|-------------|---------|
| INTRCPT1, u_0 | 0.76 | 0.58 | 17 | 75.26 | <0.001 |
| level-1, r | 2.63 | 6.92 | | | |

Abb. 15: League-Tabelle Qualität der berufsgruppenübergreifenden Teamorientierung (einrichtungsbezogenes arithmetisches Mittel mit 95%-Konfidenzintervall)

Entsprechend der vorhergehenden Analysen zeigt sich auch hinsichtlich der wahrgenommenen Qualität der Teamorientierung ein auf dem 1%-Niveau signifikanter Unterschied zwischen der Ärzteschaft und allen übrigen Berufsgruppen (siehe Tabelle 25).

| Berufsgruppe | N | \bar{x} | σ_x |
|---|------------|-------------|------------|
| Arzt | 114 | 13,2 | 2,8 |
| Psychologe, Sozialarbeiter/ -pädagoge | 56 | 11,9 | 2,3 |
| Therapeut | 325 | 11,9 | 2,7 |
| Pflegefachkraft | 214 | 11,6 | 2,6 |
| Gesamt | 709 | 12,0 | 2,7 |
| <i>Lévene-Test wird auf dem 5%-Niveau nicht signifikant</i> | | | |
| Globaltest: F-Wert = 9,69 (d.f.=3; $\alpha < 0.001$) | | | |
| \bar{x} = Mittelwert, σ_x = Standardabweichung | | | |

Tab. 25: Einfaktorielle Varianzanalyse mit der abhängigen Variablen berufsgruppenübergreifende Teamorientierung (Gruppierungsvariable: Berufsgruppenzugehörigkeit)

Diese berufsgruppenspezifischen Unterschiede bleiben auch im zweifaktoriellen Varianzmodell unter Kontrolle des Merkmals Führungsverantwortung bestehen (F-Test=7,57; $p < .001$). Führungskräfte beurteilen die berufsgruppenübergreifende Teamarbeit in allen Berufsgruppen etwas positiver als die Mitarbeiter ohne Führungsverantwortung; auch dieser Haupteffekt wird signifikant (F-Test=9,04; $p = 0.002$). Die größten Differenzen sind dabei in der Gruppe der Psychologen, Sozialarbeiter und -pädagogen zu beobachten (siehe Abbildung 16). Wechselwirkungen zwischen den beiden Variablen treten nicht auf (F-Test=0,85; $p = .464$).

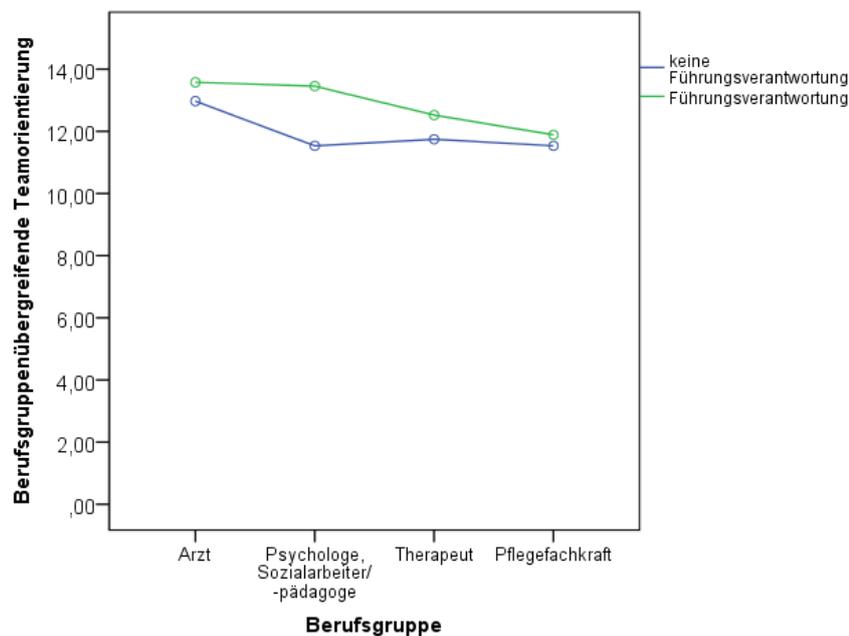


Abb. 16: Mittelwertvergleiche für die Qualität berufsgruppenübergreifender Teamorientierung in Abhängigkeit der Faktorstufen *Berufsgruppe* und *Führungsverantwortung* (n=707)

Die zur Verfügung stehenden zeitlichen Ressourcen im Arbeitsalltag stehen nur in einem schwachen Zusammenhang mit der Qualität der Teamorientierung (Spearman Rangkorrelationskoeffizient $\rho = .21$; $p < .000$; $n = 759$). Eine stärkere Korrelation von $r = 0,39$ ($p < .001$; $n = 713$) ist zwischen dem Grad an wahrgenommener Interdisziplinarität und der beurteilten Qualität der Teamorientierung zu beobachten. Der Zusammenhang ist zwar mäßig, aber für eine sozialwissenschaftliche Studie dennoch nennenswert. Anzunehmen ist damit, dass die Behandler die Qualität der Zusammenarbeit umso besser beurteilen je interdisziplinärer diese gestaltet ist.

Die Analysen zur rehabilitativen Versorgungsqualität verdeutlichen insgesamt, dass die Umsetzung und Qualität einzelner Kriterien berufsgruppenspezifisch unterschiedlich

bewertet werden. Herauszustellen ist dabei insbesondere die Diskrepanz der Ärzteschaft zu allen weiteren Berufsgruppen. Die Unterschiede zwischen Führungspersonen und Beschäftigten ohne Führungsverantwortung stellen angesichts der gruppenspezifisch variierenden Ergebnisse zum Vorrat an Sozialkapital ein zu erwartendes Ergebnis dar.

5.2 Die Bedeutung des organisationsbezogenen Kontextes für die mitarbeiterbezogene Leistungsbereitschaft und die Versorgungsqualität

Die bisherigen Analysen zeigen, dass sich alle erfassten Merkmale einer „high performance“ Organisation zwischen den Einrichtungen signifikant unterscheiden; wenngleich darauf zu verweisen ist, dass die Unterschiede der Untersuchungsstichprobe aufgrund der Positivselektion zum Teil gering ausfallen. Eine zu beobachtende Variabilität der Merkmale stellt die Grundlage zur Modellierung multivariabler Modelle dar, die dazu dienen, Zusammenhänge zwischen einzelnen Merkmalen einer „high performance“ Organisation zu quantifizieren. Da die ICCs der Random-Intercept-Only-Models für die interessierenden, als abhängig definierten Merkmale *Wohlbefinden*, *Commitment* sowie *Teamorientierung* bei Werten zwischen 0,02 und 0,08 liegen, wird die Modellierung einfacher Regressionsmodelle als vertretbar angesehen. Die Berücksichtigung der Clusterstruktur der Daten führt nicht zu einer nennenswerten Modellverbesserung, würde jedoch weniger Auswertungsverfahren zulassen.

Ziel der Regressionsanalysen ist die Entwicklung eines möglichst sparsamen Modells, das einen großen Anteil der Varianz der abhängigen Variablen¹⁴⁶ erklärt. Variablen werden deshalb nur in begründeten Fällen in das Modell eingeschlossen¹⁴⁷. Folglich werden nicht alle Variablen des theoretischen Ausgangsmodells (siehe Kapitel 4.1) zugleich in ein statistisches Modell integriert; für einige Variablen werden zudem indirekte Zusammenhänge vermutet, die in einfachen Regressionsanalysen nicht modelliert werden können. Da der Einfluss des sozialen Kapitals – als wesentliche Organisationsressource – im Zentrum der empirischen Untersuchung steht, wird nicht der Einfluss der Gesamtskala, sondern der Einfluss der Subkomponenten modelliert. Den theoretischen Vorannahmen ist zu entnehmen, dass die einzelnen Formen von Sozialka-

¹⁴⁶ Die Abhängigkeit wird lediglich im statistischen Sinne angenommen. Entsprechend des Untersuchungsdesigns kann keine reale Kausalität unterstellt werden.

¹⁴⁷ Eine Entscheidung darüber, wie viele Prädiktorvariablen maximal in ein Modell aufgenommen werden, wird stets unter Berücksichtigung der Fallzahl getroffen. Als Faustformel gilt, dass das Verhältnis von Prädiktorvariablen und Fallzahl in multivariaten Analysen bei 1:50 liegen sollte; pro 50 Fälle darf folglich eine weitere Prädiktor-Variable integriert werden (Rost 2013).

pital innerhalb von Organisationen ein unterschiedliches Potenzial für „high performance“ versprechen.

Leistungsbereitschaft der Mitarbeiter

Zur Vorhersage des subjektiven Wohlbefindens der Mitarbeiter wurden die immateriellen Arbeitsbedingungen (Sinnhaftigkeit der Arbeit, Partizipationsmöglichkeiten) und der Vorrat an Sozialkapital unter Kontrolle der personenbezogenen Merkmale Führungsverantwortung, Alter (mit den Ausprägungen ≤ 30 Jahre und > 30 Jahre) und Geschlecht in das Modell aufgenommen. Die Auswahl der Variablen erfolgte über die Einschlußmethode¹⁴⁸. Das Modell basiert auf insgesamt 1.477 gültigen Fällen und ist mit einem F-Wert von 83,16 auf dem 1%-Niveau gegen den Zufall abzusichern. Die erfassten Merkmale des organisationsbezogenen Kontextes erklären unter Kontrolle personenbezogener Merkmale mit einem korrigierten R^2 insgesamt 30,8% der Varianz des subjektiven Wohlbefindens (siehe Tabelle 26).

| Variable | B | S.E. | Beta | t | Signifikanz | Tolerance | VIF |
|--|-------|------|--------|-------|-------------|-----------|------|
| Konstante | 3,72 | 0,51 | | 7,33 | .000 | | |
| Wertekapital | 0,19 | 0,03 | 0,20 | 5,98 | .000 | .42 | 2,39 |
| Netzwerkkapital | 0,08 | 0,02 | 0,09 | 3,32 | .001 | .65 | 1,53 |
| Führungskapital | 0,05 | 0,2 | 0,07 | 2,11 | .035 | .48 | 2,06 |
| Sinnhaftigkeit der Arbeit | 0,80 | 0,07 | 0,27 | 10,71 | .000 | .75 | 1,34 |
| Partizipationsmöglichkeiten | 0,30 | 0,08 | 0,11 | 3,77 | .000 | .57 | 1,76 |
| Alter (Ref.= < 50 Jahre) | 0,03 | 0,25 | 0,003 | 0,134 | .89 | .98 | 1,02 |
| Führungsverantwortung (Ref.=keine) | -0,81 | 0,33 | -0,06 | -2,47 | .014 | .86 | 1,17 |
| Geschlecht (Ref.=weiblich) | -0,04 | 0,29 | -0,003 | -0,13 | .89 | .92 | 1,09 |
| AV=subjektives Wohlbefinden Korrigiertes $R^2=0,308$; F-Wert=83,16 ($p<.000$); n=1.477 | | | | | | | |

Tab. 26: Multivariablen, lineares Regressionsmodell zur Vorhersage des subjektiven Wohlbefindens der Mitarbeiter

Den standardisierten Beta-Werten ist zu entnehmen, dass die erlebte Sinnhaftigkeit (Beta=0,27) und das Wertekapital (Beta=0,20) unter Kontrolle aller Einschlußvariablen die stärksten Prädiktoren zur Vorhersage des subjektiven Wohlbefindens darstellen. Das Wertekapital erklärt alleine bereits 22% der Varianz der abhängigen Variable; gemeinsam mit der erlebten Sinnhaftigkeit der Arbeit liegt der erklärte Varianzanteil bei

¹⁴⁸ Alle Modelle wurden außerdem mit der Methode *Vorwärts* modelliert. Ein Abgleich der Modelle bietet die Möglichkeit Wechselwirkungen zwischen den abhängigen Variablen offenzulegen und die Prädiktorkraft einzelner Variablen separat abzubilden.

29%. Dass alle weiteren Variablen nur einen sehr geringen Beitrag zur Varianzaufklärung leisten, ist bereits den kleinen Beta-Werten zu entnehmen. Keinen signifikanten und zudem gegen Null laufenden Effekt haben das Alter und das Geschlecht (siehe Tabelle 26). Die sukzessive Modellentwicklung deutet darauf hin, dass das Werte- und Führungskapital korreliert sind; dieses ist insbesondere der Veränderung der VIF-Werte zu entnehmen.

Im Modell zur Vorhersage des Commitments als weiteres Merkmal der mitarbeiterbezogenen Leistungsbereitschaft werden lediglich die Variablen Wertekapital und die erlebte Sinnhaftigkeit der eigenen Arbeit signifikant (siehe Tabelle 27). Die organisationsbezogenen Ressourcen Netzwerkcapital, Führungskapital sowie Partizipationsmöglichkeiten und die personenbezogenen Merkmale Führungsverantwortung sowie Beschäftigungsdauer leisten hingegen keinen signifikanten Erklärungsbeitrag; die standardisierten Beta-Koeffizienten nehmen zudem Werte nahe Null an. Das Endmodell ist mit einem F-Wert von 966,95 ($p < .000$) gegen den Zufall abzusichern. Die erlebte Sinnhaftigkeit der Arbeit und das Vorhandensein gemeinsam geteilter Werte und Normen erklären zusammen bereits 57,3% der Gesamtvarianz des Commitment; 49% der Varianzaufklärung können alleine der erlebten Sinnhaftigkeit zugeschrieben werden.

| Variable | B | S.E. | Beta | t | Signifikanz | Tolerance | VIF |
|---|-------|------|--------|-------|-------------|-----------|------|
| Konstante | 0,24 | 0,18 | | 1,37 | .172 | | |
| Wertekapital | 0,10 | 0,01 | 0,31 | 11,94 | .000 | .42 | 2,37 |
| Netzwerkcapital | 0,01 | 0,01 | 0,03 | 1,29 | .20 | .65 | 1,54 |
| Führungskapital | 0,00 | 0,01 | -0,001 | -0,04 | .97 | .48 | 2,08 |
| Sinnhaftigkeit der Arbeit | 0,58 | 0,02 | 0,55 | 27,80 | .000 | .74 | 1,35 |
| Partizipationsmöglichkeiten | -0,01 | 0,02 | -0,01 | -0,29 | .77 | .57 | 1,76 |
| Führungsverantwortung (Ref.=keine) | -0,05 | 0,09 | -0,01 | -0,58 | .56 | .91 | 1,10 |
| Beschäftigungsdauer (Ref.= <10 Jahre) | 0,02 | 0,07 | 0,01 | 0,34 | .73 | .95 | 1,05 |
| AV=Commitment Korrigiertes R²=0,573; F-Wert=282,50 (p<.000); n=1.471 | | | | | | | |

Tab. 27: Multivariablen, lineares Regressionsmodell zur Vorhersage des Commitments der Mitarbeiter

Rehabilitative Versorgungsqualität

In einem weiteren Analyseschritt ist zu überprüfen, inwieweit Prozessmerkmale der Versorgung mit dem organisationsbezogenen Kontext zusammenhängen. Zu beginnen ist mit der Frage, ob das soziale Kapital mit dem Grad an Interdisziplinarität korreliert. Tabelle 28 zeigt, dass ein nennenswerter und auf dem 1%-Niveau signifikanter Zusammenhang zwischen einer Kultur gegenseitiger Wertschätzung sowie Anerkennung und dem Grad an Interdisziplinarität zu beobachten ist ($\rho=.40$; $p<.000$). Demnach ist anzunehmen, dass gemeinsame Werte und Normen einen positiven Einfluss auf eine effektive und zielführende Zusammenarbeit im Behandler-Team haben. Darüber hinaus hat auch die Qualität der Menschenführung einen nennenswerten Einfluss auf den Grad der Interdisziplinarität innerhalb des Versorgungsgeschehens ($\rho=.35$; $p<.000$). Das Netzwerkkapital, sprich die Qualität sozialer Beziehungen innerhalb der eigenen Abteilung, steht erwartungsgemäß in einem geringeren Zusammenhang zur Interdisziplinarität in der Zusammenarbeit.

| | | Netzwerkkapital | Wertekapital | Führungskapital |
|----------------------|-------|-----------------|--------------|-----------------|
| Interdisziplinarität | rho | .25 | .40 | .35 |
| | sign. | .000 | .000 | .000 |
| | n | 721 | 716 | 718 |

Tab. 28: Korrelation (ρ) zwischen Sozialkapital und erlebter Interdisziplinarität

Tabelle 29 fasst das multivariable Modell zur Vorhersage der Qualität berufsgruppenübergreifender Teamorientierung zusammen; unabhängig von der Frage, ob es sich eher um eine multi- oder aber interdisziplinäre Ausgestaltung handelt. Neben dem Sozialkapital sowie den Partizipationsmöglichkeiten und der erlebten Rollenklarheit bei der Arbeit dient außerdem das Commitment als Prädiktor-Variable. Da sich aus den vorherigen Analysen bereits abzeichnete, dass die Qualität berufsgruppenübergreifender Teamorientierung in Abhängigkeit von personenbezogenen Merkmalen signifikant variiert (siehe Abbildung 17), ist außerdem für die Berufsgruppenzugehörigkeit, die Beschäftigungsdauer sowie die Merkmale Führungsverantwortung und zeitliche Ressourcen zu kontrollieren. Alle einbezogenen Variablen erklären zusammen 46,8% der Gesamtvarianz; das Modell ist mit einem F-Wert von 47,83 auf dem 1%-Niveau signifikant. Kontrolliert für alle übrigen Variablen stellt das Wertekapital den stärksten Prädiktor zur Vorhersage einer hohen Qualität der Teamorientierung dar; alleine erklärt diese Variable bereits 37,9% der Gesamtvarianz. Ebenfalls von Bedeutung ist das Netzwerkkapital mit einem Beta-Koeffizienten von 0,19 ($p<.000$).

Der Einfluss der Berufsgruppenzugehörigkeit bleibt auch im multivariablen Modell deutlich bestehen: So bewerten die Psychologen sowie Sozialarbeiter/ -pädagogen (Beta=-0,15; $p < .000$), die Therapeuten (Beta=-0,31; $p < .000$) und die Pflegefachkräfte (Beta=-0,26; $p < .000$) die Qualität berufsgruppenübergreifender Teamorientierung signifikant schlechter als die Ärzteschaft. Außerdem ist herauszustellen, dass das Erleben von Rollenklarheit im Arbeitsalltag und die Identifikation mit der Organisation in einem signifikanten Zusammenhang mit der berufsgruppenübergreifenden Teamorientierung stehen (Beta=0,15; $p < .000$). Der Einfluss der Beschäftigungsdauer kann in dem vorliegenden Modell zwar ebenfalls gegen den Zufall abgesichert werden, ist aber unter Zugrundelegung des Beta-Wertes von 0,08 inhaltlich als unbedeutend zu bewerten. Die Qualität der Menschenführung, Partizipationsmöglichkeiten bei der Arbeit, die zur Verfügung stehenden zeitlichen Ressourcen und die Tatsache, dass jemand im Führungslevel tätig ist, haben keinen Einfluss auf die Beurteilung der berufsgruppenübergreifenden Teamorientierung.

| Variable | B | S.E. | Beta | t | Signifikanz | Tolerance | VIF |
|---|--------|------|--------|-------|-------------|-----------|------|
| Konstante | 4,88 | 0,53 | | 9,21 | .000 | | |
| Wertekapital | 0,18 | 0,02 | 0,37 | 7,95 | .000 | .39 | 2,59 |
| Netzwerkkapital | 0,09 | 0,02 | 0,19 | 5,33 | .000 | .63 | 1,58 |
| Führungskapital | -0,01 | 0,02 | -0,03 | -0,67 | .506 | .47 | 2,13 |
| Partizipationsmöglichkeiten | 0,02 | 0,06 | 0,01 | 0,37 | .712 | .53 | 1,89 |
| Rollenklarheit | 0,21 | 0,05 | 0,15 | 4,51 | .000 | .74 | 1,35 |
| Commitment | 0,22 | 0,05 | 0,15 | 4,36 | .000 | .66 | 1,51 |
| Psychologen, Sozialarb. (Dummy 1; Ref.=Ärzte) | -1,51 | 0,36 | -0,15 | -4,17 | .000 | .64 | 1,55 |
| Therapeuten (Dummy 2; Ref.=Ärzte) | -1,68 | 0,24 | -0,31 | -6,97 | .000 | .42 | 2,38 |
| Pflegefachkräfte (Dummy 3; Ref.=Ärzte) | -1,55 | 0,25 | -0,26 | -6,12 | .000 | .45 | 2,22 |
| Führungsverantwortung (Ref.=keine) | -0,20 | 0,21 | -0,03 | -0,94 | .349 | .82 | 1,22 |
| Beschäftigungsdauer (Ref.= <10 Jahre) | 0,46 | 0,17 | 0,08 | 2,76 | .006 | .89 | 1,13 |
| Zeitliche Ressourcen (Ref.= z.T./ nicht ausreichend) | -0,005 | 0,11 | -0,001 | -0,04 | .965 | .77 | 1,29 |
| AV=Qualität berufsgruppenübergreifender Teamorientierung Korrigiertes R²=0,468; F-Wert=47,83 (p<.000); n=639 | | | | | | | |

Tab. 29: Multivariablen, lineares Regressionsmodell zur Vorhersage der Qualität berufsgruppenübergreifender Teamorientierung

Um abschließend die Frage nach Zusammenhängen zwischen dem organisationsbezogenen Kontext und dem Vorhandensein einer transparenten Problemkultur bestimm-

men zu können, ist ein logistisches Regressionsmodell aufzustellen, das für die Merkmale Berufsgruppenzugehörigkeit und Führungsverantwortung kontrolliert. Der Tabelle 30 ist zu entnehmen, dass das Modell ein Pseudo-R² von .188 ausweist, wobei bereits an anderer Stelle darauf verwiesen wurde, dass dieser Parameter zur Bestimmung der Modellgüte in seiner Aussagekraft kritisch zu betrachten ist (siehe Kapitel 4.3.3). Mit einem nicht signifikanten Chi-Quadrat-Wert des Hosmer Lemeshow Tests kann eine ausreichende Modellanpassung bestätigt werden. Die Variablen Führungsverantwortung und Wertekapital leisten auf dem 5%-Niveau keinen signifikanten Erklärungsbeitrag im Modell. Der Einfluss des Führungskapitals (OR=1,04 [KI=1,003; 1,08]), des Netzwerkkapitals (OR=1,09 [KI=1,05; 1,13]) und der erlebten Rollenklarheit (OR=1,14 [KI=1,03; 1,26]) können hingegen gegen Zufall abgesichert werden. Die Chance, dass eine transparente Problemkultur besteht, steigt mit der Qualität der Menschenführung um 4%, mit der Güte der sozialen Beziehungen innerhalb einer Abteilung um 9% und mit einer zunehmenden Rollenklarheit im Arbeitsalltag um 14%¹⁴⁹. Die stärksten Zusammenhänge bestehen jedoch auch im multivariablen Modell zwischen dem Vorhandensein einer Problemkultur und der Berufsgruppenzugehörigkeit. Die Chance, dass Beschäftigte das Vorhandensein einer transparenten Problemkultur bestätigen, ist signifikant höher, wenn die Person Arzt ist (siehe Tabelle 30).

| Variable | B | S.E. | OR | Wald | Signifikanz | unteres 95%-KI | oberes 95%-KI |
|--|--------|------|------|-------|-------------|----------------|---------------|
| Konstante | -3,45 | 0,55 | 0,03 | 38,84 | .000 | | |
| Wertekapital | -0,002 | 0,02 | 1,00 | 0,01 | .92 | 0,95 | 1,04 |
| Netzwerkkapital | 0,09 | 0,02 | 1,09 | 21,59 | .000 | 1,05 | 1,13 |
| Führungskapital | 0,04 | 0,2 | 1,04 | 4,63 | .031 | 1,003 | 1,08 |
| Rollenklarheit | 0,13 | 0,05 | 1,14 | 6,17 | .013 | 1,03 | 1,26 |
| Psychologen, Sozialarb. (Dummy 1; Ref.=Ärzte) | -1,01 | 0,38 | 0,36 | 6,84 | .009 | 0,17 | 0,78 |
| Therapeuten (Dummy 2; Ref.=Ärzte) | -0,92 | 0,26 | 0,40 | 12,54 | .000 | 0,24 | 0,66 |
| Pflegefachkräfte (Dummy 3; Ref.=Ärzte) | -0,91 | 0,27 | 0,40 | 11,11 | .001 | 0,23 | 0,69 |
| Führungsverantwortung (Ref.=keine) | 0,32 | 0,22 | 1,38 | 2,23 | .135 | 0,90 | 2,11 |
| AV=Vorhandensein einer Problemkultur Korrigiertes Pseudo-R²=0,188; Hosmer Lemeshow Test: Chi-Quadrat=7,58 (p.476); n=669 | | | | | | | |

Tab. 30: Multivariablen, logistisches Regressionsmodell zur Vorhersage des Vorhandenseins einer transparenten Problemkultur

¹⁴⁹ Es handelt sich um eine der Lesbarkeit halber vereinfachte Interpretation. Korrekter Weise ist darauf hinzuweisen, dass sich die Chance um den jeweils angegeben Prozentwert erhöht, sofern sich der Prädiktor um eine Einheit über den Durchschnitt erhöht (Kohler & Kreuter 2008).

5.3 Die Bedeutung der organisationsbezogenen Ressourcen für den normativen Reha-Erfolg

Die vorhergehenden Analysen beschränken sich auf Zusammenhänge im innerbetrieblichen Geschehen. Nicht beantwortet blieb bislang die Frage, ob ein hoher Vorrat an sozialem Kapital ebenfalls in einem statistisch zu beobachtenden Zusammenhang mit Outcomes auf Seiten der Rehabilitanden steht; hierin liegt der entscheidende Parameter zur Bestimmung des Erfolgs in der „Ko-Produktion von Gesundheit“. Um sich dieser Frage zu nähern, ist in einem ersten Schritt zu überprüfen, ob die Reha-Einrichtungen der Untersuchungsstichprobe hinsichtlich des zugrunde gelegten Outcome-Parameters unterschiedlich erfolgreich sind; kann eine Varianz nicht einrichtungsübergreifend bestätigt werden, so ist auch die Modellierung einer zwei-Ebenen-Regressionsanalyse nicht sinnvoll.

5.3.1 Normativer Reha-Erfolg im (adjustierten) Einrichtungsvergleich

Einrichtungsunterschiede im normativen Reha-Erfolg werden entsprechend der in Kapitel 4.4.2 zusammengefassten Rehabilitandengruppen ($n=5$) modelliert¹⁵⁰. Gegenüberzustellen sind jeweils ein roher und ein adjustierter Einrichtungsvergleich. Der rohe Einrichtungsvergleich zeigt den Anteil an Rehabilitanden, der je Klinik mit dem Urteil „mindestens sechs Stunden leistungsfähig“ die Einrichtung zum Ende der Reha-Maßnahme verlässt. Da jedoch eine Reihe an personenbezogenen Merkmalen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit nimmt, ist ebenso ein adjustierter Einrichtungsvergleich zu modellieren. Dieses ist mittels eines logistischen Zwei-Ebenen-Regressionsmodells (Random-Intercept) in HLM umgesetzt worden. Auf der Ebene der Rehabilitanden ist für die Merkmale *Stellung im Beruf*, *Alter*, *Nationalität* und *Dauer der Maßnahme* kontrolliert worden. Auf der Ebene der Einrichtungen ist für das *mittlere Alter* und die *mittlere Reha-Dauer* der Rehabilitanden adjustiert worden; dieses ist notwendig, um der Tatsache gerecht zu werden, dass Einrichtungen auf eine bestimmte Klientel zugeschnittene Behandlungsprogramme anbieten könnten. Die adjustierten Einrichtungsvergleiche legen die mittleren Regressionsresiduen mit 95%-Konfidenzintervall je Klinik zugrunde. Dieser Parameter ist inhaltlich nicht zu interpretieren. Er gibt jedoch Hinweise darauf, ob sich die Rangordnung der Einrichtungen des rohen Vergleichs nach Kontrolle für genannte Merkmale ändert.

¹⁵⁰ Die Vergleiche können nicht alle 18 Kliniken zugleich einbeziehen. Dieses ist damit zu erklären, dass die Daten nicht für alle Einrichtungen der Stichprobe Rehabilitandenangaben beinhalten, die die jeweiligen Einschlusskriterien (Indikation, Art der Maßnahme, Geschlecht) erfüllen. Damit reduziert sich die Stichprobe für diese Einrichtungsvergleiche in unterschiedlichem Ausmaß.

Die Abbildungen 17, 19, 21, 23 und 25 verdeutlichen, dass der prozentuale Anteil an Rehabilitanden mit positivem Entlassungsurteil zwischen den Reha-Einrichtungen der Untersuchungsstichprobe variiert. Die größte einrichtungsübergreifende Spannweite (54,3%) im rohen Vergleich ist für die Gruppe der weiblichen AHB-Rehabilitanden der Orthopädie zu beobachten (siehe Abbildung 20). Die praktische Varianz ist für diesen Einrichtungsvergleich mit einem ICC von 0,24 zu beziffern¹⁵¹, was darauf hindeutet, dass maximal 24% der Varianz des normativen Reha-Erfolgs durch Merkmale auf der Einrichtungsebene (Level-2) weiter erklärt werden kann; beispielsweise durch Merkmale des organisationsbezogenen Kontextes. Die ICCs aller übrigen Einrichtungsvergleiche fallen etwas geringer aus: Für männliche AHB-Rehabilitanden der Orthopädie ist eine praktische Varianz von 0,16 zu beziffern (siehe Abbildung 18), für dieselbe Rehabilitandenklientel mit Herz-Kreislaufkrankungen liegt ein Wert von 0,13 vor (siehe Abbildung 23). Für das Modell der Einrichtungen mit männlichen Rehabilitanden der Orthopädie im allgemeinen Antragsverfahren resultiert ein ICC von 0,16 (siehe Abbildung 24); das Modell für Frauen derselben Rehabilitandengruppe zeigt ein ICC von 0,18 (siehe Abbildung 26).

Eine Adjustierung für genannte Confounder auf der Ebene der Rehabilitanden und der Ebene der Einrichtungen verdeutlicht, dass sich die Rangordnung der Einrichtungen im Vergleich zum rohen Benchmark in allen Rehabilitandengruppen verändert (siehe Abbildungen 18, 20, 22, 24 und 26). Personenbezogene Merkmale als auch die Einrichtungsklientel nehmen folglich einen erwartungsgemäßen Einfluss auf den normativen Reha-Erfolg. Signifikante Unterschiede zwischen den Einrichtungen bleiben auch nach Kontrolle für die einzelnen Confounder bestehen. Dieses ist sowohl dem angegebenen Chi-Quadrat-Wert als auch der Tatsache zu entnehmen, dass sich nicht alle Konfidenzintervalle der einrichtungsbezogenen Mittelwerte überlappen. Entsprechend der Ergebnisse zum Einrichtungsvergleich der Organisationsdiagnostik sind es auch hier einzelne Einrichtungen, die sich nennenswert von den restlichen Organisationen unterscheiden.

¹⁵¹ Darauf hinzuweisen ist, dass im Vergleich zu den vorhergehenden Analysen in diesen Modellen keine Level-1-Varianz ausgegeben ist. Dieses ist damit zu begründen, dass die Level-1-Varianz bei Variablen mit binomial verteilter Fehlerstruktur fix ist.

AHB-Rehabilitanden

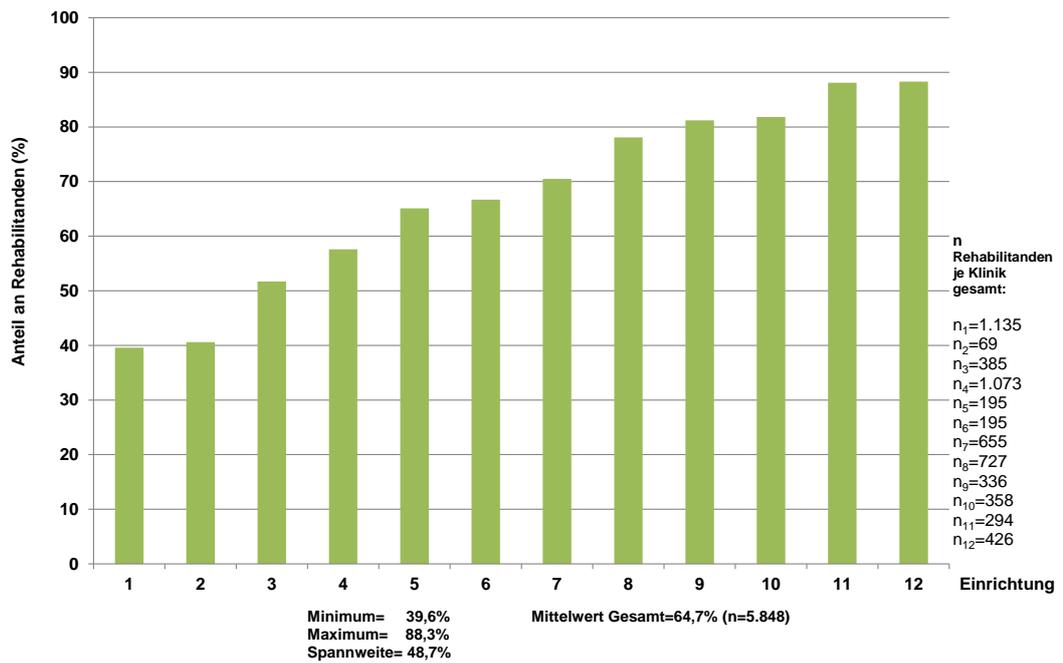


Abb. 17: Roher Einrichtungsvergleich für orthopädische AHB-Rehabilitanden (Männer) mit einem positiven Entlassungsurteil (Anteil in %)

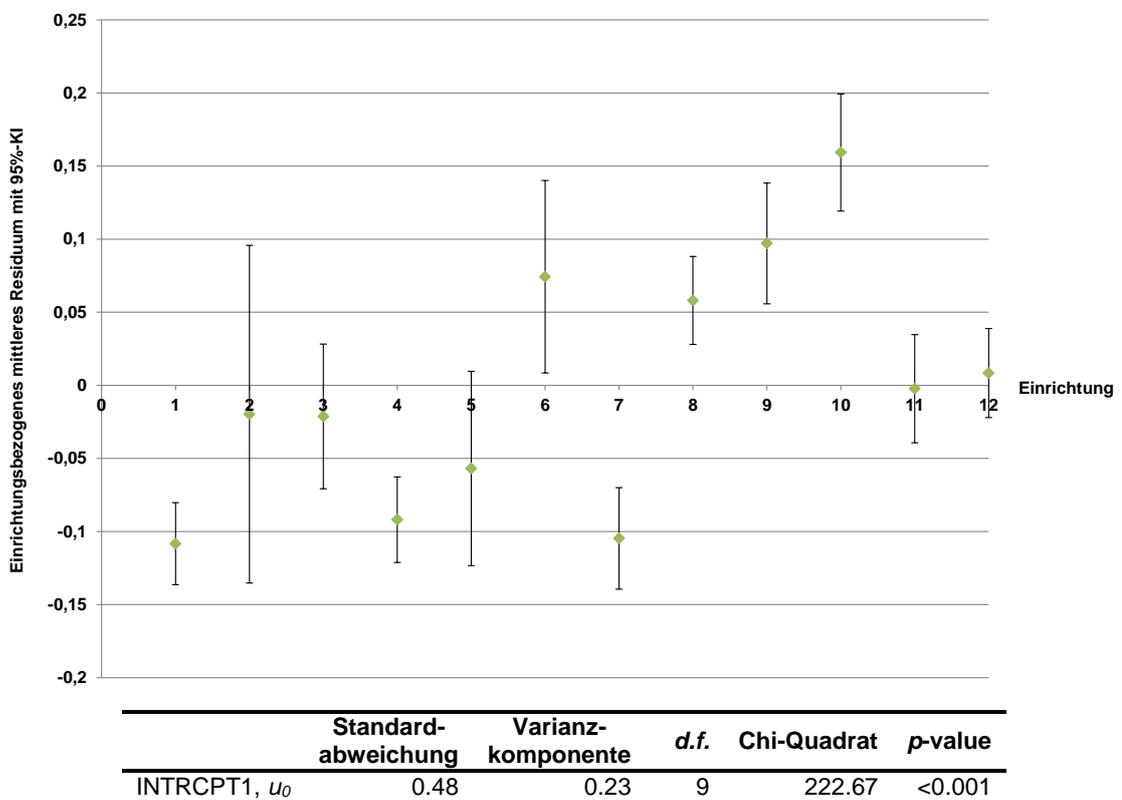


Abb. 18: Adjustierter Einrichtungsvergleich für orthopädische AHB-Rehabilitanden (Männer); einrichtungsbezogene Regressionsresiduen mit 95%-Konfidenzintervall

-Empirische Ergebnisse-

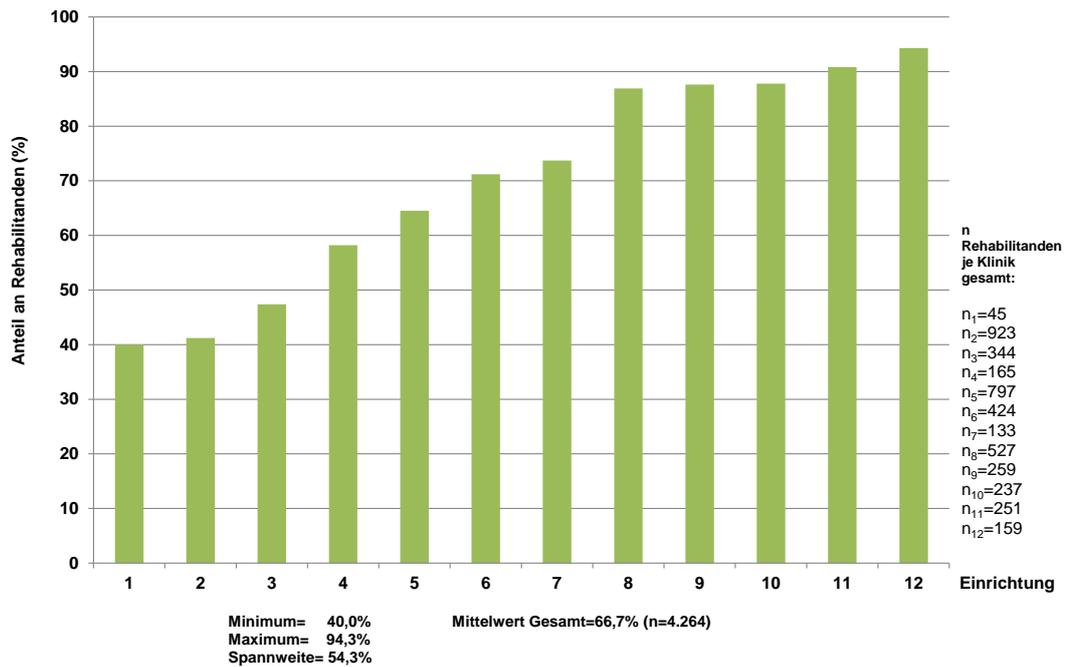


Abb. 19: Roher Einrichtungsvergleich für orthopädische AHB-Rehabilitanden (Frauen) mit einem positiven Entlassungsurteil (Anteil in %)

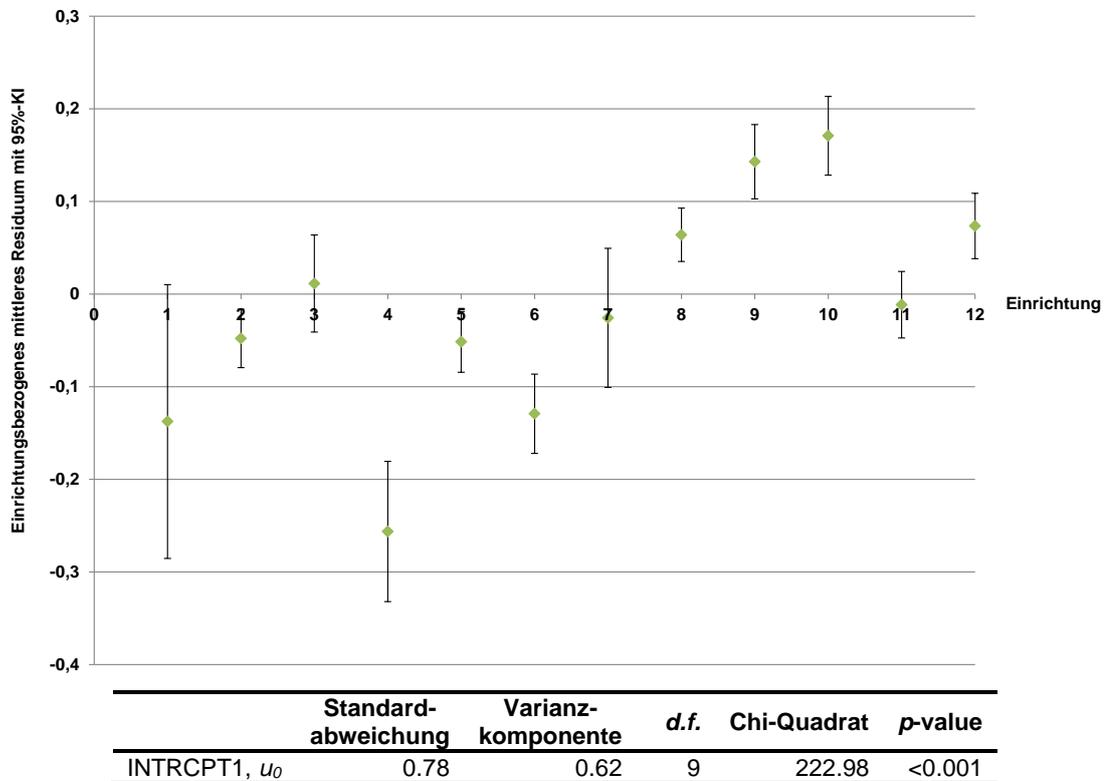


Abb. 20: Adjustierter Einrichtungsvergleich für orthopädische AHB-Rehabilitanden (Frauen); einrichtungsbezogene Regressionsresiduen mit 95%-Konfidenzintervall

-Empirische Ergebnisse-

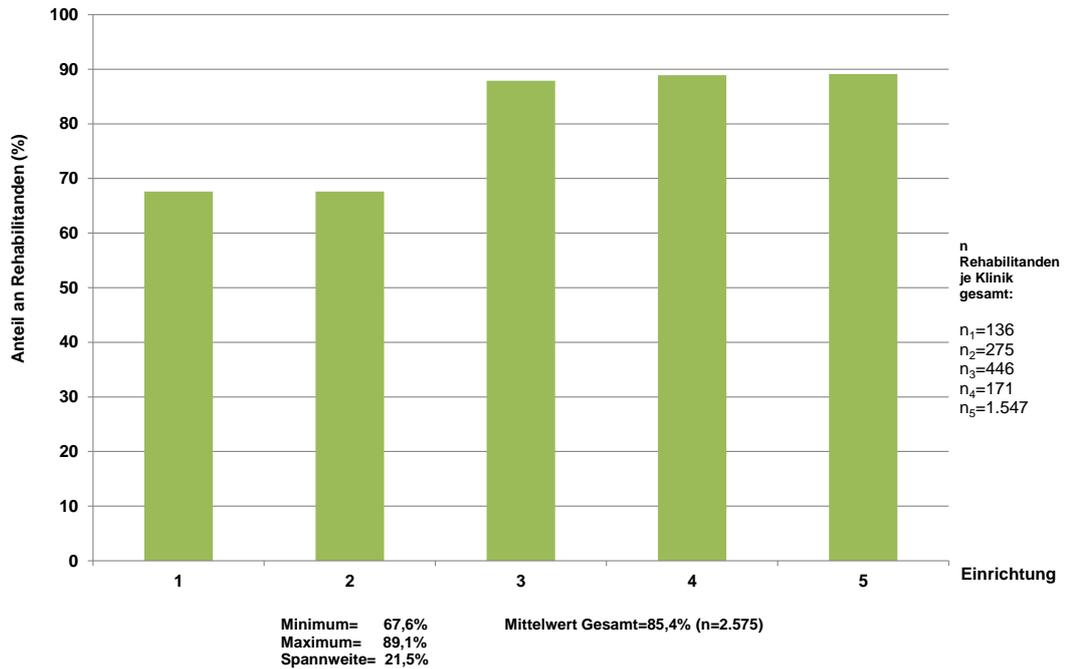


Abb. 21: Roher Einrichtungsvergleich für AHB-Rehabilitanden mit Herz-Kreislaufkrankungen (Männer) mit einem positiven Entlassungsurteil (Anteil in %)

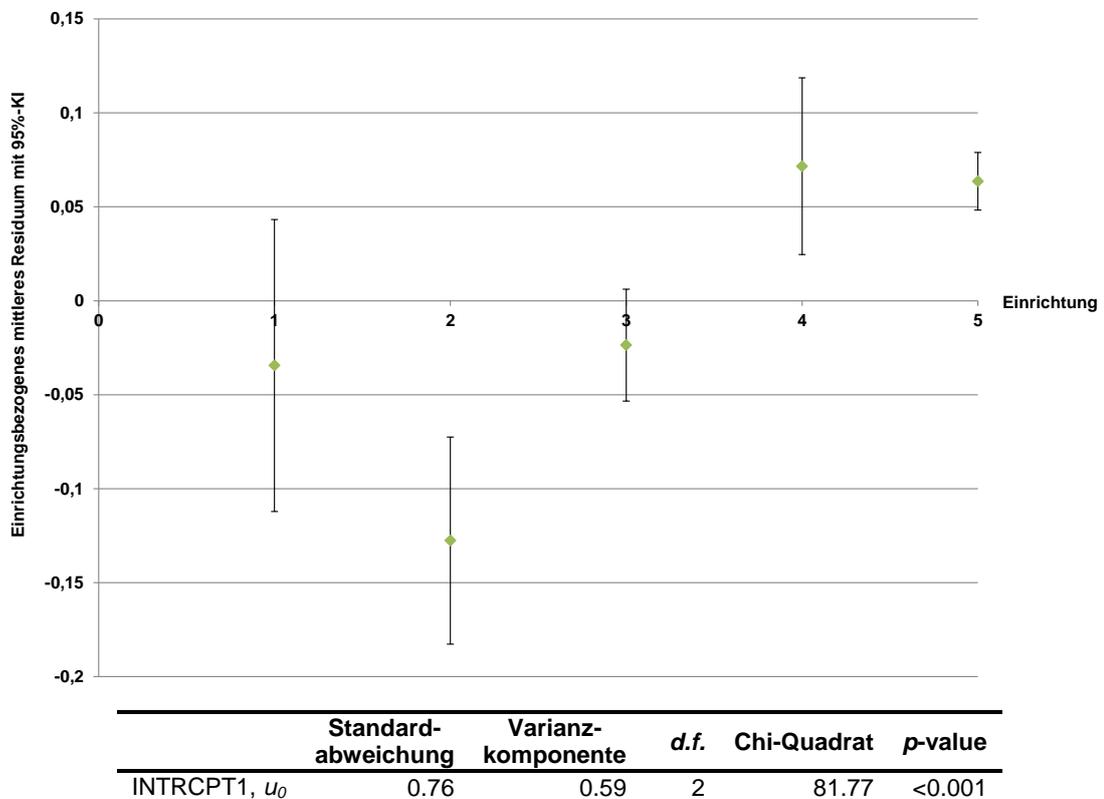


Abb. 22: Adjustierter Einrichtungsvergleich für AHB-Rehabilitanden mit Herz-Kreislaufkrankungen (Männer); einrichtungsbezogene Regressionsresiduen mit 95%-Konfidenzintervall

Rehabilitanden im allgemeinen Antragsverfahren

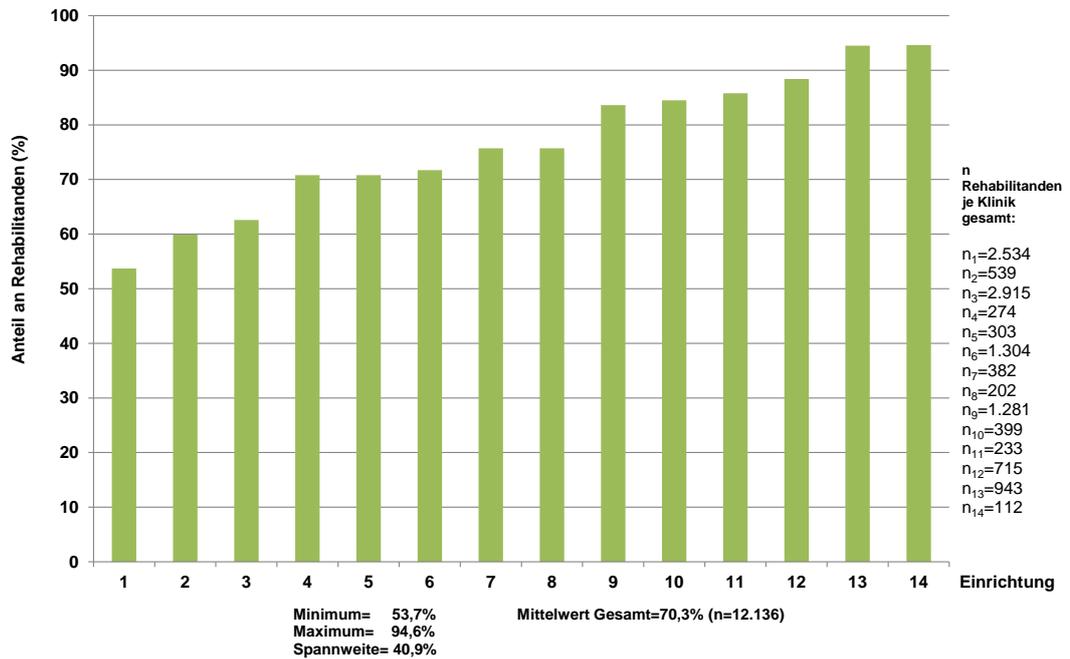


Abb. 23: Roher Einrichtungsvergleich für orthopädische Rehabilitanden im allg. Antragsverfahren (Männer) mit einem positiven Entlassungsurteil (Anteil in %)

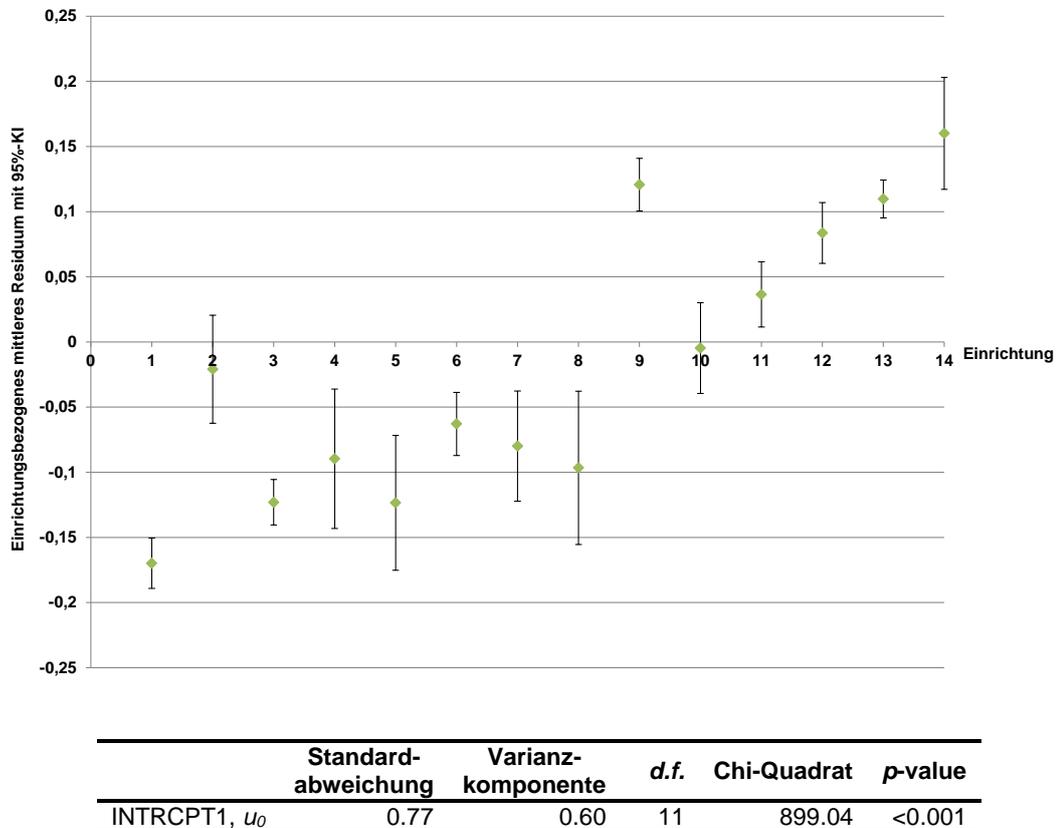


Abb. 24: Adjustierter Einrichtungsvergleich für orthopädische Rehabilitanden im allg. Antragsverfahren (Männer); einrichtungsbezogene Regressionsresiduen mit 95%-Konfidenzintervall

-Empirische Ergebnisse-

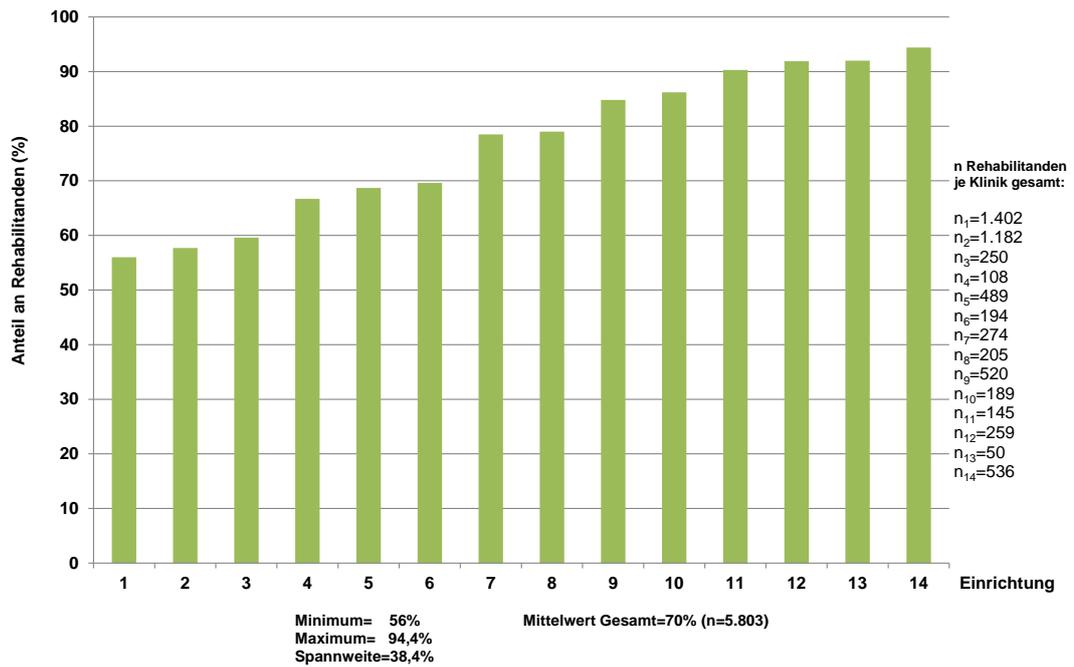


Abb. 25: Roher Einrichtungsvergleich für orthopädische Rehabilitanden im allg. Antragsverfahren (Frauen) mit einem positiven Entlassungsurteil (Anteil in %)

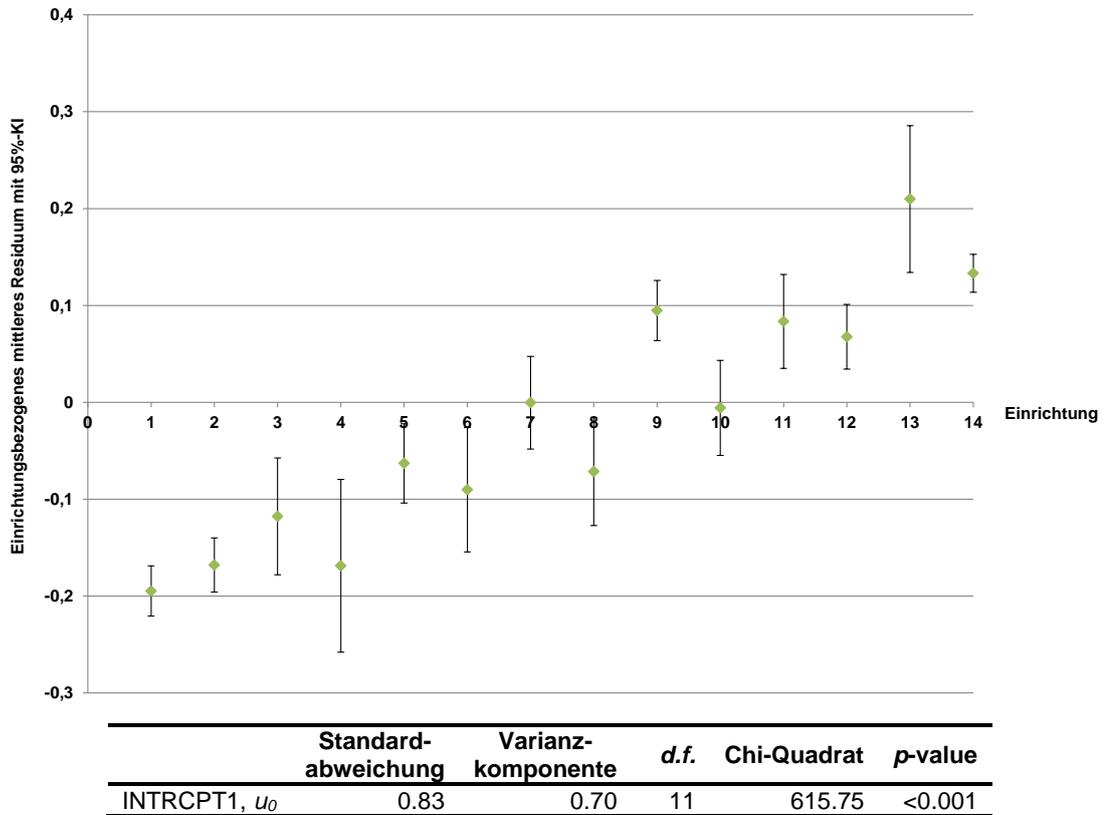


Abb. 26: Adjustierter Einrichtungsvergleich für orthopädische Rehabilitanden im allg. Antragsverfahren (Frauen); einrichtungsbezogene Regressionsresiduen mit 95%-Konfidenzintervall

5.3.2 Der Einfluss des Netzwerkkapitals auf die „Ko-Produktion von Gesundheit“ – Ein logistisches Zwei-Ebenen Regressionsmodell

Auf der Grundlage der berechneten ICCs für das Outcome „Leistungsfähigkeit im alten Beruf“ (normativer Reha-Erfolg) und der Beobachtung, dass Einrichtungsunterschiede auch nach Kontrolle für personenbezogene Merkmale signifikant bleiben (siehe Kapitel 5.3.1), ist anzunehmen, dass auch organisationsbezogene Merkmale einen Beitrag zur Varianzaufklärung leisten können. Entsprechend der theoretischen Vorannahmen ist deshalb zu überprüfen, ob das organisationsbezogene Netzwerkkapital auch empirisch einen weiteren Einfluss auf die Chance der Rehabilitanden hat, die gemäß dem definierten Indikator Maßnahme erfolgreich zu beenden (siehe Kapitel 3.4.3). Um zu testen, inwieweit die theoretische Annahme auch empirisch tragbar ist, werden nachfolgend logistische Random-Intercept-Models aufgestellt, die den Einfluss des Netzwerkkapitals auf den normativen Reha-Erfolg quantifizieren. Um diesbezüglich valide Zusammenhänge beschreiben zu können, basiert der Mittelwert des einrichtungsbezogenen Netzwerkkapitals auf Level-2 in den nachfolgenden Analysen auf Urteilen von Mitarbeitern, die angaben, unmittelbar an der Rehabilitandenversorgung des jeweils betreffenden Indikationsschwerpunkts (Orthopädie/ Herz-Kreislauf-Erkrankungen) beteiligt zu sein¹⁵². Der Level-2-Prädiktor „Netzwerkkapital“ wird als Einflussfaktor auf das Intercept spezifiziert. Es geht also nur um die Frage, wie sich das Intercept mit steigendem Netzwerkkapital verändert (mittlerer Effekt/ Haupteffekt). Auf der Ebene der Rehabilitanden wird entsprechend der Einrichtungsvergleiche in Kapitel 5.3.1 für die verfügbaren Confounder kontrolliert.

Der Tabelle 31 sind die Ergebnisse der zwei-Ebenen logistischen Regressionsmodelle zur Vorhersage eines positiven Entlassungsurteils zur Leistungsfähigkeit im alten Beruf (normativer Reha-Erfolg) bei Rehabilitanden mit einer AHB-Maßnahme in der Orthopädie zu entnehmen. Die geschlechtsspezifischen Modelle sind voneinander unabhängig entwickelt worden, ein unmittelbarer Vergleich ist damit nicht möglich. Der Übersichtlichkeit halber sind die Ergebnisse in einer gemeinsamen Tabelle zusammengefasst.

¹⁵² Dieses ist deshalb notwendig, da davon ausgegangen werden muss, dass Rehabilitanden nur dann von einer positiven Netzwerkstruktur profitieren können, wenn sie im unmittelbaren Austausch Teil dieser Gemeinschaft werden.

| Feste Effekte | Modell für die Männer (AHB, Orthopädie) | | | | | Modell für die Frauen (AHB, Orthopädie) | | | | |
|---|--|-------|-------------|----------------------------|--------------|--|------|-------------|----------------------------|--------------|
| | B | S.E. | p | OR | 95%-KI | B | S.E. | p | OR | 95%-KI |
| für das Intercept auf Ebene 1 (β_0) | | | | | | | | | | |
| Intercept γ_{00} | -0.33 | 0.30 | 0.293 | 0.72 | [0.37; 1.40] | 1.19 | 0.26 | <.001 | 3.30 | [1.86; 5.86] |
| Level-2 | | | | | | | | | | |
| Netzwerkcapital γ_{01} (zentriert am Gesamt-Gruppenmittelwert) | 0.26 | 0.12 | 0.058 | 1.30 | [0.99; 1.70] | 0.38 | 0.14 | 0.024 | 1.46 | [1.06; 2.01] |
| Level-1 | | | | | | | | | | |
| für den Regressionskoeffizienten Stellung im Beruf 1 (Arbeiter/in) β_1 | | | | | | | | | | |
| Intercept γ_{10} (Ref. erwerbslos) | 1.12 | 0.22 | <.001 | 3.07 | [1.99; 4.72] | -0.22 | 0.09 | 0.018 | 0.80 | [0.66; 0.96] |
| für den Regressionskoeffizienten Stellung im Beruf 2 (Angestellt(e)) β_2 | | | | | | | | | | |
| Intercept γ_{20} (Ref. erwerbslos) | 1.66 | 0.23 | <.001 | 5.29 | [3.31; 8.45] | 0.17 | 0.14 | 0.223 | 1.19 | [0.90; 1.58] |
| für den Regressionskoeffizienten Alter (in Jahrzehnten) β_3 | | | | | | | | | | |
| Intercept γ_{30} (zentriert am Gesamt-Gruppenmittelwert) | -0.10 | 0.03 | 0.005 | 0.91 | [0.85; 0.97] | -0.15 | 0.05 | <.001 | 0.85 | [0.78; 0.94] |
| für den Regressionskoeffizienten Dauer der Maßnahme (in Wochen) β_4 | | | | | | | | | | |
| Intercept γ_{40} (zentriert am Gesamt-Gruppenmittelwert) | -0.15 | 0.04 | <.001 | 0.86 | [0.79; 0.93] | -0.18 | 0.05 | <.001 | 0.83 | [0.76; 0.92] |
| für den Regressionskoeffizienten Nationalität β_5 | | | | | | | | | | |
| Intercept γ_{50} (Ref. Deutsch) | -0.18 | 0.092 | 0.046 | 0.83 | [0.69; 1.00] | -0.35 | 0.10 | <.001 | 0.70 | [0.57; 0.86] |
| Zufallseffekte | Varianzkomponente | | S.D. | χ^2 | p | Varianzkomponente | | S.D. | χ^2 | p |
| Varianz Intercept Level-2 μ_{0j} | 0.50 | | 0.70 | 342.4 | <.001 | 0.69 | | 0.83 | 243.9 | <.001 |
| Stichprobe: | | | | | | | | | | |
| $n_{\text{Rehabilitanden}}$ Level-1 | | | | | 5.848 | | | | | 4.264 |
| n_{Kliniken} Level-2 | | | | | 12 | | | | | 12 |
| Global-Maße: | | | | | | | | | | |
| ICC (Nullmodell) | | | | | 0.16 | | | | | 0.24 |

Tab. 31: Logistisches Zwei-Ebenen Random-Intercept-Modell zur Vorhersage des Entlassungsurteils „Leistungsfähigkeit im alten Beruf“ bei AHB-Rehabilitanden in der Orthopädie (Modelle sind unabhängig voneinander modelliert worden)

Für die männlichen AHB-Rehabilitanden mit muskuloskeletalen Erkrankungen sowie Krankheiten des Bindegewebes lässt sich aus der Tabelle 31 ablesen, dass alle personenbezogenen Level-1 Prädiktoren einen erwartungsgemäßen und zudem signifikanten Einfluss auf das Entlassungsurteil zum Ende der Reha-Maßnahme haben. Unter Kontrolle aller übrigen Einflussvariablen ist festzuhalten, dass die Chance, mit dem Urteil vollschichtig (\geq sechs Stunden) leistungsfähig entlassen zu werden, mit der Stellung im Beruf steigt: Im Vergleich zu Erwerbslosen haben Arbeiter eine um den Faktor 3,07 und Angestellte sogar eine um den Faktor 5,29 höhere Chance. Im Vergleich zum „Durchschnitts-Rehabilitanden“ nimmt die Chance, die Reha-Einrichtung mit positivem Entlassungsurteil zu verlassen, zudem mit jedem Altersjahrzehnt um den Faktor 0,91 und mit jeder zusätzlichen Woche der Reha-Maßnahme um den Faktor 0,85 ab; damit haben die genannten Merkmale einen negativen Einfluss auf das Entlassungsurteil. Haben die Rehabilitanden eine andere Nationalität als deutsch, so hat ist auch hier ein negativer Einfluss auf die Chance vollschichtig leistungsfähig in den Alltag zurückzukehren, zu beobachten ($OR=0,83$ $KI=[0,69; 1,00]$). Während die zuvor genannten Effekte alltagsplausiblen Überlegungen folgen, entspricht letztgenannter Zusammenhang mit dem Migrationsstatus allgemein anerkannten rehabilitationswissenschaftlichen Erkenntnissen. Von zentraler Bedeutung ist der im Modell analysierte Effekt des Level-2-Prädiktors „Netzwerkkapital“. Diesbezüglich ist ein positiver Zusammenhang zum normativen Reha-Erfolg zu beobachten. Die Chance, die Reha-Einrichtung vollschichtig leistungsfähig zu verlassen, steigt um den Faktor 1,3, wenn sich das Netzwerkkapital um eine Einheit (über den Durchschnitt) erhöht. Für die männlichen AHB-Rehabilitanden in der Orthopädie wird dieser Effekt mit einem Konfidenzintervall von $[0,99; 1,70]$ knapp nicht signifikant.

Für die weiblichen AHB-Rehabilitanden mit muskuloskeletalen Erkrankungen sowie Krankheiten des Bindegewebes lassen sich ganz ähnliche Ergebnisse feststellen. Auch hier haben das Alter ($OR=0,85$ [$KI=0,78; 0,94$]), die Reha-Dauer ($OR=0,83$ [$KI=0,76; 0,92$]) und die Tatsache, dass jemand eine andere Nationalität als Deutsch hat ($OR=0,70$ [$0,57; 0,86$]) einen negativen Einfluss auf die Chance vollschichtig leistungsfähig entlassen zu werden; alle Prädiktoren werden auf dem 1%-Niveau signifikant. Der Einfluss der Stellung im Beruf ist im vorliegenden Modell nicht eindeutig zu interpretieren. Signifikant wird lediglich das Chancenverhältnis der Arbeiterinnen zu den Erwerbslosen ($OR=0,80$ [$KI=0,66; 0,96$]). Der Effekt des Netzwerkkapitals nimmt in diesem Modell ein Odds Ratio von 1,46 an und ist mit einem p-Wert von .024 zudem gegen den Zufall abzusichern. Für weibliche AHB-Rehabilitanden der Orthopädie kann damit eindeutig geschlussfolgert werden, dass die Chance vollschichtig leistungsfähig

entlassen zu werden unter Kontrolle aller Level-1-Prädiktoren mit dem Vorrat an Netzwerkkapital zunimmt (siehe Tabelle 31).

Die Tabelle 32 umfasst die Ergebnisse des zwei-Ebenen logistischen Regressionsmodells für die männlichen AHB-Rehabilitanden mit Herz-Kreislaufkrankungen. Mit Ausnahme der Nationalität werden alle Level-1-Prädiktoren auf dem 1%-Niveau signifikant. Die Richtung der Zusammenhänge entspricht auch hier den ursprünglich getroffenen Annahmen. Der Einfluss des Netzwerkkapitals ist in diesem Modell mit einem Odds Ratio von 1,34 [KI=0,63; 2,85] zu beziffern; die durchschnittliche Güte sozialer Beziehungen auf Abteilungsebene hat demnach ebenfalls einen positiven Einfluss auf die Chance, die Einrichtung vollschichtig leistungsfähig zu entlassen. Der Effekt wird auf dem 5%-Niveau eindeutig nicht signifikant. Dieses Ergebnis war angesichts der sehr kleinen Fallzahl von fünf Kliniken allerdings zu erwarten.

| Feste Effekte | B | S.E. | p | OR | 95%-KI |
|---|--------------------------|-------------|-------------|----------------------------|---------------|
| für das Intercept auf Ebene 1 (β_0) | | | | | |
| Intercept γ_{00} | -0.17 | 0.49 | 0.76 | 0.85 | [0.18; 4.03] |
| Level-2 | | | | | |
| Netzwerkkapital γ_{01} (zentriert am Gesamt-Gruppenmittelwert) | 0.30 | 0.24 | 0.298 | 1.34 | [0.63; 2.85] |
| Level-1 | | | | | |
| für den Regressionskoeffizienten Stellung im Beruf 1 (Arbeiter) β_1 | | | | | |
| Intercept γ_{10} (Ref. erwerbslos) | 1.70 | 0.39 | <.001 | 5.49 | [2.53; 11.9] |
| für den Regressionskoeffizienten Stellung im Beruf 2 (Angestellter) β_2 | | | | | |
| Intercept γ_{20} (Ref. erwerbslos) | 2.59 | 0.53 | <.001 | 13.41 | [4.78; 37.6] |
| für den Regressionskoeffizienten Alter (in Jahrzehnten) β_3 | | | | | |
| Intercept γ_{30} (zentriert am Gesamt-Gruppenmittelwert) | -0.36 | 0.09 | <.001 | 0.69 | [0.58; 0.83] |
| für den Regressionskoeffizienten Dauer der Maßnahme (in Wochen) β_4 | | | | | |
| Intercept γ_{40} (zentriert am Gesamt-Gruppenmittelwert) | -0.29 | 0.11 | 0.011 | 0.75 | [0.59; 0.94] |
| für den Regressionskoeffizienten Nationalität β_5 | | | | | |
| Intercept γ_{50} (Ref. Deutsch) | -0.009 | 0.16 | 0.957 | 0.99 | [0.72; 1.36] |
| Zufallseffekte | Varianzkomponente | | S.D. | χ^2 | p |
| Varianz Intercept Level-2 μ_{0j} | 0.41 | | 0.64 | 81.82 | <.001 |
| Stichprobe: | | | | | |
| $n_{\text{Rehabilitanden}}$ Level-1 | | | | | 2.628 |
| n_{Kliniken} Level-2 | | | | | 5 |
| Global-Maße: | | | | | |
| ICC (Nullmodell) | | | | | 0.13 |

Tab. 32: Logistisches Zwei-Ebenen Random-Intercept-Model zur Vorhersage des Entlassungsurteils „Leistungsfähigkeit im alten Beruf“ bei AHB-Rehabilitanden mit Herz-Kreislaufkrankungen

Die Tabelle 33 beinhaltet die Ergebnisse der logistischen Zwei-Ebenen Random-Intercept-Models für die letzte Gruppe der orthopädischen Rehabilitanden im allgemeinen Antragsverfahren. Die Analysen wurden auch hier geschlechtsspezifisch vorgenommen. Mit Ausnahme des Prädiktors Reha-Dauer sind die Effekte der Level-1-Variablen auf das Chancenverhältnis vollschichtig leistungsfähig entlassen zu werden sowohl in dem Modell für die Männer als auch in dem Modell für die Frauen signifikant und in ihrer Interpretation erwartungskonform. In dem Modell für die Frauen kann über den Einfluss der Reha-Dauer keine endgültige Aussage getroffen werden, da das Odds Ratio nicht signifikant ist. Für die Männer der Orthopädie im allgemeinen Antragsverfahren weist das Modell aus, dass die Chance vollschichtig leistungsfähig entlassen zu werden, mit zunehmender Reha-Dauer um den Faktor 1,06 [KI=0,99; 1,12] steigt. Der inhaltlich nicht eindeutig zu interpretierende Effekt kann darauf zurückzuführen sein, dass es sich hier um eine sehr heterogene Rehabilitandenklientel handelt, über die anhand der Routinedaten keine differenzierteren Aussagen getroffen werden können.

Entsprechend der Modellierungen für die AHB-Rehabilitanden der Orthopädie ist auch in der Gruppe der Rehabilitanden im allgemeinen Antragsverfahren nur für die Frauen, nicht aber für die Männer ein signifikanter Effekt des Netzwerkkapitals zu beobachten. Das Modell mit den männlichen Rehabilitanden im allgemeinen Antragsverfahren weist für das Odds Ratio des Level-2-Prädiktors einen Wert von 1,22 [KI=0,94; 1,6] aus, während im Modell für die Frauen ein Wert von 1,32 [KI=1,2; 1,71] resultiert. Somit kann auch für diese Rehabilitandenklientel lediglich für die Frauen mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von <5% eindeutig geschlussfolgert werden, dass die Chance, die Reha-Einrichtung mit einem positiven Entlassungsurteil zu verlassen, nicht nur von personenbezogenen Merkmalen determiniert ist, sondern auch von der Güte des Netzwerkkapitals der Organisation abhängt.

| Feste Effekte | Modell für die Männer (allg. Antragsverfahren, Orthopädie) | | | | | Modell für die Frauen (allg. Antragsverfahren, Orthopädie) | | | | |
|---|---|-------|-------------|----------------------|--------------|---|-------|-------------|----------------------|--------------|
| | B | S.E. | p | OR | 95%-KI | B | S.E. | p | OR | 95%-KI |
| für das Intercept auf Ebene 1 (β_0) | | | | | | | | | | |
| Intercept γ_{00} | -0.09 | 0.288 | 0.756 | 0.91 | [0.49; 1.71] | 0.881 | 0.238 | 0.003 | 2.41 | [1.44; 4.05] |
| Level-2 | | | | | | | | | | |
| Netzwerkkapital γ_{01} (zentriert am Gesamt-Gruppenmittelwert) | 0.201 | 0.122 | 0.124 | 1.22 | [0.94; 1.60] | 0.28 | 0.117 | 0.034 | 1.32 | [1.02; 1.71] |
| Level-1 | | | | | | | | | | |
| für den Regressionskoeffizienten Stellung im Beruf 1 (Arbeiter/in) β_1 | | | | | | | | | | |
| Intercept γ_{10} (Ref. erwerbslos) | 1.46 | 0.203 | <.001 | 4.31 | [2.89; 6.41] | 0.484 | 0.14 | <.001 | 1.62 | [1.23; 2.14] |
| für den Regressionskoeffizienten Stellung im Beruf 2 (Angestellt(e)) β_2 | | | | | | | | | | |
| Intercept γ_{20} (Ref. erwerbslos) | 2.065 | 0.216 | <.001 | 7.89 | [5.17; 12.0] | 0.934 | 0.157 | <.001 | 2.55 | [1.87; 3.46] |
| für den Regressionskoeffizienten Alter (in Jahrzehnten) β_3 | | | | | | | | | | |
| Intercept γ_{30} (zentriert am Gesamt-Gruppenmittelwert) | -0.03 | 0.025 | 0.164 | 0.96 | [0.92; 1.01] | -0.085 | 0.04 | 0.033 | 0.92 | [0.85; 0.99] |
| für den Regressionskoeffizienten Dauer der Maßnahme (in Wochen) β_4 | | | | | | | | | | |
| Intercept γ_{40} (zentriert am Gesamt-Gruppenmittelwert) | 0.055 | 0.031 | 0.075 | 1.06 | [0.99; 1.12] | -0.009 | 0.045 | 0.827 | 0.99 | [0.91; 1.08] |
| für den Regressionskoeffizienten Nationalität β_5 | | | | | | | | | | |
| Intercept γ_{50} (Ref. Deutsch) | -0.40 | 0.054 | <.001 | 0.67 | [0.60; 0.75] | -0.246 | 0.079 | 0.002 | 0.78 | [0.67; 0.91] |
| Zufallseffekte | Varianzkomponente | | S.D. | X² | p | Varianzkomponente | | S.D. | X² | p |
| Varianz Intercept Level-2 μ_{0i} | 0.586 | | 0.765 | 834.3 | <.001 | 0.521 | | 0.73 | 371.26 | <.001 |
| Stichprobe: | | | | | | | | | | |
| $n_{\text{Rehabilitanden}}$ Level-1 | | | | | 12.136 | | | | | 5.803 |
| n_{Kliniken} Level-2 | | | | | 14 | | | | | 14 |
| Global-Maße: | | | | | | | | | | |
| ICC (Nullmodell) | | | | | 0.16 | | | | | 0.18 |

Tab. 33: Logistisches Zwei-Ebenen Random-Intercept-Modell zur Vorhersage des Entlassungsurteils „Leistungsfähigkeit im alten Beruf“ bei Rehabilitanden der Orthopädie im allg. Antragsverfahren (Modelle sind unabhängig voneinander modelliert worden)

5.4 Sozialkapital in Abhängigkeit von strukturellen Merkmalen der Organisation

Die vorhergehenden Analysen bestätigen zweifellos die Bedeutung eines hohen Vorrats an sozialem Kapital für die „Ko-Produktion von Gesundheit“. Demnach erscheint es lohnenswert, abschließend die Frage zu stellen, ob der Vorrat an Sozialkapital in Abhängigkeit von allgemeinen oder aber strukturellen Merkmalen der Organisation variiert. Hierzu sind ebenso Random-Intercept-Modells aufzustellen, im Rahmen dessen das Sozialkapital auf Individualebene mit Level-2-Prädiktoren auf der Einrichtungsebene in Beziehung gesetzt wird. Tabelle 34 und Tabelle 35 verdeutlichen, dass das Sozialkapital weder mit der Größe der Einrichtung (gemessen an der Bettenanzahl), noch mit der Auslastungsquote in einem Zusammenhang steht. Der Koeffizient für das Intercept γ_{10} nimmt in beiden Modellen einen Wert von Null an.

| Feste Effekte | | Koeffizient | S.E. | p-Wert | |
|--|-------------------|-------------|-------------|--------|-------|
| für das Intercept auf Ebene 1 (β_0) | | | | | |
| Intercept γ_{00} | | -0.034 | 0.07 | 0.641 | |
| Level-2 | | | | | |
| für den Regressionskoeffizienten Auslastungsquote β_1 (zentriert am Gesamt-Gruppenmittelwert) | | | | | |
| Intercept γ_{10} | | 0.002 | 0.007 | .766 | |
| Zufallseffekte | Varianzkomponente | S.D. | Chi-Quadrat | p-Wert | |
| Varianz Intercept Level-2, μ_{0i} | | 0.08 | 0.28 | 130.18 | <.001 |
| Level-1, r | | 0.93 | 0.97 | | |
| Stichprobe: | | | | | |
| $N_{\text{Mitarbeiter}}$ Level-1 | | 1.604 | | | |
| n_{Kliniken} Level-2 | | 18 | | | |

Tab. 34: Random-Intercept-Model zur Vorhersage des Vorrats an Sozialkapital (z-standardisiert) in Abhängigkeit von der Auslastungsquote (in %)

| Feste Effekte | | Koeffizient | S.E. | p-Wert |
|--|-------------------|-------------|-------------|--------|
| für das Intercept auf Ebene 1 (β_0) | | | | |
| Intercept γ_{00} | | -0.03 | 0.07 | 0.60 |
| Level-2 | | | | |
| für den Regressionskoeffizienten Einrichtungsgröße (Bettenanzahl) β_1 (zentriert am Gesamt-Gruppenmittelwert) | | | | |
| Intercept γ_{10} | | 0.001 | 0.001 | 0.31 |
| Zufallseffekte | Varianzkomponente | S.D. | Chi-Quadrat | p-Wert |
| Varianz Intercept Level-2, μ_{0j} | 0.075 | 0.27 | 120.4 | <.001 |
| Level-1, r | 0.97 | 0.93 | | |
| Stichprobe: | | | | |
| $N_{\text{Mitarbeiter}}$ Level-1 | | | | 1.604 |
| N_{Kliniken} Level-2 | | | | 18 |

Tab. 35: Random-Intercept-Model zur Vorhersage des Vorrats an Sozialkapital (z-standardisiert) in Abhängigkeit von der Einrichtungsgröße (gemessen an der Bettenanzahl)

Außerdem ist zu prüfen, ob Strukturmerkmale, wie das Vorhandensein eines BGM-Systems oder aber die wahrgenommene Qualität von QM-Maßnahmen mit dem Vorrat an sozialem Kapital zusammenhängen. Tabelle 36 beinhaltet die Ergebnisse des Random-Intercept-Modells zum Einfluss eines BGM-Systems. Dabei kann lediglich die Information eingehen, ob die betreffende Einrichtung nach Selbstauskunft ein betriebliches Gesundheitsmanagement integriert hat oder nicht; nach der Qualität und Reife des jeweiligen Systems kann nicht differenziert werden. Die Daten weisen einen eindeutig positiven und auf dem 1%-Niveau signifikanten Zusammenhang aus. Das Intercept γ_{10} für den Regressionskoeffizienten β_1 „Vorhandensein eines BGM-Systems“ nimmt einen Wert von 0,35 ($p=.007$) an. Setzt man die Varianzkomponente μ des Modells in Beziehung zur Varianzkomponente μ des Nullmodells, so lässt sich ein R^2 von 0,41 berechnen. Der Einbezug des Merkmals „Vorhandensein eines BGM-Systems“ erklärt demnach 41% der Varianz von Sozialkapital auf Level-2; wenngleich darauf hinzuweisen ist, dass die Einrichtungsunterschiede mit einem ICC von 0,07 klein sind.

| Feste Effekte | | Koeffizient | S.E. | p-Wert | |
|--|------------------------|-------------|-----------------|--------|-------|
| für das Intercept auf Ebene 1 (β_0) | | | | | |
| Intercept γ_{00} | | -0.192 | 0.08 | 0.023 | |
| Level-2 | | | | | |
| für den Regressionskoeffizienten BGM (Ref. kein BGM-System) β_1 | | | | | |
| Intercept γ_{10} | | 0.351 | 0.11 | .007 | |
| Zufallseffekte | Varianz- komponente | S.D. | Chi- Quadrat | p-Wert | |
| Varianz Intercept Level-2, μ_{0j} | | 0.04 | 0.21 | 78.17 | <.001 |
| Level-1, r | | 0.93 | 0.97 | | |
| Stichprobe: | | | | | |
| $N_{\text{Mitarbeiter}}$ Level-1 | | 1.604 | | | |
| n_{Kliniken} Level-2 | | 18 | | | |

Tab. 36: Random-Intercept-Model zur Vorhersage des Vorrats an Sozialkapital (z-standardisiert) in Abhängigkeit von dem Vorhandensein eines BGM-Systems

Da alle Reha-Einrichtungen der Untersuchungsstichprobe bis Oktober 2012 dazu verpflichtet waren, eine Zertifizierung nach einem von der BAR anerkannten QM-System durchlaufen zu haben, lag diesbezüglich keine Varianz auf Einrichtungsebene vor. Potenzielle Zusammenhänge zwischen dem Vorrat an sozialem Kapital und QM sowie damit verbundenen Maßnahmen konnten deshalb auf Individualebene analysiert werden. Die Zusammenhänge basieren auf dem Spearman Rangkorrelationskoeffizienten (ρ) und können wie folgt zusammengefasst werden: Das Sozialkapital steht in einer bedeutsamen und auf dem 1%-Niveau signifikanten Beziehung zu der wahrgenommenen Effektivität von QM-Maßnahmen und Qualitätszirkeln. Dass das Qualitätsmanagement ernst genommen und zur Weiterentwicklung der jeweiligen Einrichtung genutzt wird, hängt den Ergebnissen zufolge im Wesentlichen von dem Vorrat an gemeinsamen Werten und Normen ($\rho=.45$; $p<.000$) sowie der Qualität der Menschenführung ab ($\rho=.38$; $p<.000$). Beide Komponenten des sozialen Kapitals stehen in einem noch stärkeren Zusammenhang mit der Frage, ob stattgefundene Qualitätszirkel sich positiv auf den Klinikalltag auswirken ($\rho=.55$; $p<.000$ / $\rho=.43$; $p<.000$) (siehe Tabelle 35).

| | | Netzwerkkapital | Wertekapital | Führungskapital |
|------------------------|-------|-----------------|--------------|-----------------|
| QM-Maßnahmen | rho | .23 | .45 | .38 |
| | sign. | .000 | .000 | .000 |
| | n | 1.618 | 1.589 | 1.600 |
| Qualitätszirkel | rho | .32 | .55 | .43 |
| | sign. | .000 | .000 | .000 |
| | n | 1.593 | 1.563 | 1.574 |

Tab. 37: Korrelation (rho) zwischen den Subkomponenten von Sozialkapital und Beurteilung von QM-Maßnahmen sowie Qualitätszirkeln

Letztgenannte Analysen lassen den Schluss zu, dass Instrumente der Qualitätsentwicklung und einer mitarbeiterorientierten Unternehmenspolitik in einem bedeutsamen Zusammenhang mit dem Vorrat an sozialem Kapital einer Organisation stehen. Die Richtung der Beziehung kann mit den Daten nicht eindeutig bestimmt werden. Dennoch ist zu betonen, dass insbesondere zwischen einer organisationsweiten Kultur gegenseitiger Anerkennung und Wertschätzung sowie einer hohen Qualität der Menschenführung auf der einen Seite und einer effektiven Organisationsentwicklung auf der anderen Seite auch in der Rehabilitation eine Wechselwirkung besteht.

6 Diskussion der empirischen Analysen unter Berücksichtigung theoretischer Vorannahmen

Dieses Kapitel dient einer abschließenden Verdichtung und zusammenfassenden Diskussion der zuvor dargelegten empirischen Ergebnisse. Zu beginnen ist mit einer gesonderten Betrachtung der einrichtungsübergreifenden Vergleiche hinsichtlich der Ausstattung mit sozialem Kapital. Anschließend gliedert sich das Kapitel in die Themenfelder „Kooperation im Behandlungsteam“ und „Ko-Produktion von Gesundheit zwischen Rehabilitand und Behandler“; beide Aspekte gemeinsam umschreiben das Konzept der Ko-Produzententhesen. Das Kapitel endet mit einer abschließenden Einordnung sowie Reflektion von Limitationen der Untersuchung.

6.1 Sozialkapital im Einrichtungsvergleich

Die Untersuchung verdeutlicht in erster Konsequenz, dass das soziale Kapital zwischen den Organisationen der Untersuchungsstichprobe, genau wie andere Kapitalarten, variiert. Die Beobachtung, dass die Einrichtungsunterschiede insgesamt eher gering ausfallen, entspricht Studienergebnissen für Organisationen außerhalb des Gesundheitswesens (Badura et al. 2013). Die geringen Differenzen sollten jedoch nicht dahingehend interpretiert werden, dass sich die Organisationen lediglich marginal in den erfassten sozialen Ressourcen voneinander unterscheiden. Vielmehr ist zu betonen, dass sich die oftmals als schwer operationalisierbar geltenden Merkmale auch in dieser Untersuchung sehr wohl im Einrichtungsvergleich quantifizieren lassen.

Herauszustellen ist die Beobachtung, dass der Vorrat an gemeinsamen Werten und Normen, was in den Organisationen in einer gegenseitigen Wertschätzung sowie einem ausgeprägten Gemeinschaftsgefühl Ausdruck findet, nur in wenigen Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung überzeugt. Der damit zu betonende Entwicklungsbedarf dieses „brückenbildenden Sozialkapitals“ ist jedoch nicht nur als Herausforderung für Organisationen der medizinischen Rehabilitation zu verstehen. Vielmehr wird die von den Mitarbeitern im Vergleich zum Netzwerk- und Führungskapital schlechtere Beurteilung des Wertekapitals auch in anderen Studien berichtet, die das Krankenhaus (Pfaff et al. 2000; Münch 2013) oder Unternehmen des produzierenden Gewerbes und des Dienstleistungssektors (Badura et al. 2013) betrachten¹⁵³. Im Zuge branchenübergreifender Vergleiche ist zudem ein Einzelaspekt gesondert zu betrachten: Ein gutes

¹⁵³ Ein unmittelbarer Vergleich der Ergebnisse ist nicht möglich, da in den Studien jeweils andere Erhebungsinstrumente und Skalenpunkte vergeben wurden; somit sind lediglich Tendenzen aufzuzeigen.

(soziales) Miteinander scheint in Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung insgesamt immer noch einen größeren Stellenwert einzunehmen als in Organisationen, in denen individuelle Ziele und ein Konkurrenzdenken tendenziell stärkeres Gewicht einnehmen (z.B. Wirtschaftsunternehmen, Bank). Diese Annahme kann mit folgender Beobachtung bekräftigt werden: In der vorliegende Stichprobe wird das Einzel-Item der Sozialkapitalskala „*Unsere Einrichtung kann man fast mit einer großen Familie vergleichen*“ gemessen am Gesamtmittelwert am positivsten beurteilt. Für Organisationen außerhalb des Gesundheitswesens, sprich des produzierenden Gewerbes und des Dienstleistungssektors, schneidet dieses Item gegenüber allen übrigen im Mittel hingegen am schlechtesten ab (Rixgens 2010).

Im Hinblick auf systematische Unterschiede in der innerbetrieblichen Verteilung sozialen Kapitals lässt sich lediglich ein Zusammenhang mit dem Merkmal „Führungsverantwortung“ feststellen. Die Gruppe der Führungspersonen genießt demnach eine privilegierte Stellung innerhalb der Organisationen; diese bewerten das Miteinander mit den Kollegen und die Qualität der Führung stets positiver und nehmen einen größeren Vorrat an generalisiertem Vertrauen wahr. Insgesamt bestätigen die empirischen Analysen jedoch, dass das soziale Kapital nicht als individuelle, sondern gemäß der theoretischen Konzeption als kollektive Ressource einer Gemeinschaft zu verstehen ist. Da zudem keine Systematik zwischen dem Vorrat an Sozialkapital und Rahmenbedingungen der Organisation bestätigt werden konnte, ist der Annahme zu folgen, dass die Ressource in erster Linie „von innen“ entsteht und damit ein überdauerndes Charakteristikum einer Organisation ist. Das Ziel, soziales Kapital aufrechtzuerhalten bzw. zu fördern, muss in erster Linie aus der Organisation heraus vorangetrieben und kann nicht von extern auferlegt werden.

6.2 Kooperation in der medizinischen Rehabilitation

Die zuvor herausgestellte vergleichsweise schlechtere Beurteilung des organisationsbezogenen Wertekapitals steht konträr zur Bedeutung, die diese Ressource für das reibungslose Funktionieren einer Reha-Einrichtung verspricht. Die empirischen Analysen zeigen nicht nur, dass das Wertekapital ein wesentlicher Prädiktor zur Vorhersage des subjektiven Wohlbefindens sowie des Commitments der Mitarbeiter ist. Darüber hinaus spielt der Grad an gegenseitiger Wertschätzung und einem generalisiertem Vertrauen eine zentrale Rolle in der Gestaltung qualitativ hochwertiger und zunehmend interdisziplinär ausgestalteter Zusammenarbeit im berufsgruppenübergreifenden Behandlungsteam. Die Qualität der Menschenführung kann sich positiv auf einen gleichberechtigten Einbezug unterschiedlicher Kompetenzen in der Behandlung auswirken.

Dabei trägt insbesondere ein vertrauensvolles Miteinander zwischen Führungspersonen und Mitarbeitern sowie unter den Kollegen dazu bei, dass Probleme und Schwierigkeiten im Arbeitsalltag sehr viel eher von Beschäftigten thematisiert werden. Schließlich ist das Vertrauen darauf, dass ein solches Verhalten keine Nachteile im Arbeitsalltag bedeutet, die Voraussetzung dafür, Fehler zugeben oder aber andere auf die eigenen Fehler aufmerksam machen zu können. Ein vertrauensvolles Miteinander ist damit langfristig auch als Prädiktor für Sicherheit und Qualität im Versorgungsgeschehen zu betrachten.

Anhand der empirischen Analysen konnte ebenso gezeigt werden, dass auch immaterielle Arbeitsbedingungen einen Einfluss auf das Versorgungsgeschehen nehmen. Von Bedeutung ist hier insbesondere die Rollenklarheit: Gelingt es einer Organisation demnach, Aufgabenfelder der Beschäftigten eindeutig zu definieren, so ist davon auszugehen, dass sich dieses günstig auf reibungslose Prozessabläufe im Behandlungsteam auswirken wird. Dabei darf nicht außer Acht gelassen werden, dass ein gewisser Handlungsspielraum weiterhin gewährleistet bleiben muss, um das Verantwortungsgefühl der Mitarbeiter nicht nur auf einen eng definierten Bereich zu begrenzen. In Anlehnung an Untersuchungen anderer Forschergruppen muss abschließend angemerkt werden, dass der Vorrat an sozialem Kapital und die Güte immaterieller Arbeitsbedingungen in Wechselwirkung zueinander stehen, was im günstigsten Fall ein ausgewogenes Maß aller organisationsbezogenen Ressourcen gewährleisten sollte. Liegt das Analyseziel in der Quantifizierung direkter und indirekter Zusammenhänge im organisationalen Handeln, so ist es für weiterführende Untersuchungen empfehlenswert, Strukturgleichungsmodelle (Pfadmodelle) zu entwickeln.

Die Rolle der Ärzte für kooperative Strukturen

Die berufsgruppenspezifische Analyse offenbart, dass die Ärzte die zugrunde gelegten Kriterien einer hohen rehabilitativen Versorgungsqualität stets positiver beurteilen als alle anderen Berufsgruppen. Die überdurchschnittlich gute Bewertung durch die Ärzte ist in den Kontext professionssoziologischer Annahmen einzuordnen: So ist anzunehmen, dass die bereits von Freidson (1970) beschriebene Situation einer ärztlichen Autorität im Versorgungsalltag und die damit einhergehende Unterordnung aller weiteren Berufsgruppen auch heute noch besteht. Zu vermuten ist, dass die Ärzte ihre eigene Rolle zum Teil ungenügend reflektieren und die Kompetenzen der anderen Berufsgruppen im interdisziplinären Austausch deshalb unzureichend einbezogen werden. Dieses kann zur Folge haben, dass die Behandlung weiterhin einseitig medizinorientiert und folglich in erster Linie zur Zufriedenheit der Ärzte konzipiert ist. Die Linienauto-

rität im betrieblichen Kern, an dessen Spitze die Ärzteschaft steht, führt dazu, dass die Unterordnung in der Regel als gerechtfertigt wahrgenommen und damit akzeptiert wird; die Position nicht-ärztlicher Berufsgruppen innerhalb der Arbeitsteilung wird als formal legitimiert betrachtet¹⁵⁴. Um die Versorgung nicht nur in der Außenwirkung interdisziplinär auszurichten (z.B. durch regelmäßige Teamsitzungen), bedarf es langfristig gesehen immer noch eines veränderten Selbstverständnisses der Ärzteschaft, das sich eindeutig von einem akutmedizinisch geprägten Denken hinsichtlich starrer hierarchischer Strukturen unterscheidet. Dieses kann nicht durch den einzelnen Arzt realisiert werden, sondern ist im Wesentlichen als Aufgabe der Organisation zu verstehen. Eine Kultur der Achtsamkeit für ein hohes Maß an gegenseitiger Wertschätzung und Anerkennung kann diesen Prozess – vermittelt über eine hohe Identifikation mit der Organisation und ihren Zielsetzungen – maßgeblich unterstützen. Die Bedeutung von Achtsamkeit ist nicht nur aus sozialwissenschaftlicher Perspektive als Herausforderung zu verstehen. Eine erfolgreiche Sozialisierung in der Organisation geht schließlich wiederum einher mit einer Veränderung synaptischer Verbindungen im Gehirn. Dieser Lernprozess erfordert eine bewusste Aufmerksamkeit (Kendal 2006). Aufgabe der Organisation ist es, einen solchen Lernprozess kontinuierlich zu forcieren.

Dass der theoretisch begründbare Zusammenhang zwischen dem Commitment der Behandler und dem Grad der Teamorientierung auch empirisch haltbar ist, ist ebenfalls aus den Ergebnissen abzuleiten. Beschäftigte, die sich durch einen förderlichen Kontext (insbesondere einem hohen Wertekapital) mit der Organisation identifizieren, sind folglich eher dazu bereit, sich im Sinne der Einrichtungsziele teamorientiert zu verhalten. Die Bindung an eine Einrichtung ist damit als ein weiterer Prädiktor hoher Versorgungsqualität zu interpretieren. In Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung ist die Stärkung des Commitments in doppelter Hinsicht erschwert. Die beständige Vermittlung von Visionen sowie gemeinsamen Werten und Normen kann im Wesentlichen durch die Führungskräfte unterstützt werden. In der Praxis mangelt es im Allgemeinen immer noch an Führungskräften, die über eine ausgeprägte emotionale und soziale Intelligenz verfügen, die notwendig ist, um dieser Aufgabe gerecht werden zu können (Badura & Walter 2014). Da leitende Positionen in Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung vielfach von der Ärzteschaft besetzt sind, identifizieren sich Führungspersonen in diesen Organisationen durch die starke Sozialisierung in der Medizin oftmals selber nur wenig mit den kollektiven Visionen und Zielen; dieses stellt jedoch eine ent-

¹⁵⁴ Die von den Mitarbeitern als selbstverständlich akzeptierte Hierarchiestruktur wird auch in einer anderen qualitativen Untersuchung der medizinischen Rehabilitation berichtet. Wenngleich auch hier einrichtungsbezogene Differenzen beschrieben werden, die sich darin äußern, dass in überdurchschnittlich erfolgreichen Einrichtungen trotz hierarchischer Strukturen ein wechselseitiger fachlicher Austausch gewährleistet wird (Stamer et al. 2014).

scheidende Voraussetzung dafür dar, Mitarbeiter überhaupt begeistern und zu effektiver Kooperation anspornen zu können. Eine Veränderung der Kultur sollte demnach bei Führungspersonen und hier insbesondere bei der Ärzteschaft ansetzen. Abschließend ist anzumerken, dass ein hohes Maß an Commitment stets ein längerfristiges Arbeitsverhältnis voraussetzt. Dieses kann für die hier vorliegende Untersuchungsstichprobe bestätigt werden, wenngleich nicht zu vergessen ist, dass einige Sektoren der gesundheitlichen Versorgung von einer hohen Fluktuation betroffen sind (z.B. Pflege¹⁵⁵).

6.3 „Ko-Produktion von Gesundheit“ und geschlechtsspezifische Unterschiede

Wesentliches Potenzial der empirischen Analysen lag in der Verknüpfung scheinbar unabhängiger Daten, mit dem Ziel die theoretisch zu erklärende produktive Wirkung sozialen Kapitals im Kontext der Ko-Produzententhese zu untersuchen. Im Vergleich zu anderen Untersuchungen ging es dabei nicht um die Darlegung indirekter Effekte des organisationsbezogenen Kontextes auf Behandlungserfolge der Patienten, die beispielsweise aus verbesserten Prozessabläufen resultieren. Vielmehr stand ein direkter Einfluss der Qualität sozialer Beziehungen innerhalb der Organisationen im Untersuchungsfokus. Die Modelle bestätigen konsistent für alle Rehabilitandengruppen einen positiven Zusammenhang zwischen der Güte des Netzwerkkapitals einer Organisation und der Chance der Rehabilitanden die Maßnahme mit einem positiven Entlassungsurteil zur Leistungsfähigkeit zu beenden. Eindeutige Schlussfolgerungen können aus den vorliegenden Analysen jedoch nicht immer gezogen werden. Die Daten weisen vielmehr daraufhin, dass die Bedeutung eines hohen Vorrats an Netzwerkkapital geschlechtsspezifisch variieren könnte; der Zusammenhang wird in den vorliegenden Daten schließlich nur für die Frauen signifikant. Gleichsam kann die Begründung für diese Beobachtung aber auch in methodischen Limitationen der Untersuchung liegen: Anzunehmen ist, dass der empirisch gestützte Zusammenhang auch für die Männer signifikant wird, wenn die Anzahl der Reha-Einrichtungen (Level-2-Einheiten) erhöht werden würde. Kann diese Voraussetzung erfüllt werden, so ist es darüber hinaus möglich, Interaktionseffekte valide zu modellieren, die eindeutigere Aussagen zulassen würden.

Ungeachtet der methodischen Einschränkungen finden sich in der Literatur auch Hinweise dafür, dass der in der Empirie angedeutete geschlechtsspezifische Unterschied

¹⁵⁵ Aufschluss über das Thema Fluktuation im Pflegeberuf sowie dessen Ursachen und Folgen gibt beispielsweise die „NEXT-Studie“, im Rahmen dessen in zehn europäischen Ländern seit dem Jahre 2002 umfassende Erhebungen durchgeführt wurden (www.next-study.net).

in der Realität Geltung beanspruchen könnte. Da die vorliegende Datenbasis zunächst einmal das biologische Geschlecht abbildet, sind auch auf biologische Erklärungsansätze einzugehen: So kommt eine Literaturliteraturarbeit zu dem Schluss, dass Männer und Frauen unterschiedliche Anpassungsmuster im Umgang mit Stresssituationen zeigen. Neuroendokrinologische Befunde verdeutlichen diesbezüglich, dass die grundsätzliche Stressreaktion sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen vorerst dem Motto „Kampf oder Flucht“ folgt; durch die Freisetzung von Stresshormonen kommt es zu einer Erhöhung des Herzschlags, der Atemfrequenz und der Körperkraft (Kaluza 2012). Frauen neigen jedoch anschließend eher dazu, sich zu beruhigen und ihr Stressmanagement auf Kooperation auszurichten („*Tend-and-Befriend*“)¹⁵⁶. Dieses Verhalten ist Studien zufolge mit der vermehrten Ausschüttung von Oxytocin¹⁵⁷ zu erklären; ein körpereigenes Hormon, das in Stressreaktion erst einmal abnimmt (Taylor et al. 2000; Hughes 2007). Oxytocin ist wiederum verantwortlich dafür, dass eine Person Bindungen eingehen kann bzw. soziale Unterstützung annehmen kann (Kosfeld et al. 2005). Eine alleinige Erklärung der Unterschiede auf der Grundlage biologischer Erkenntnisse reicht jedoch nicht aus. So ist diese Perspektive anderen Autoren zufolge um das „sozial konstruierte“ Geschlecht zu erweitern. Doch auch in diesem Fall wird darauf hingewiesen, dass Personen, die einem weiblichen Rollenbild folgen und dementsprechend sozialisiert wurden, eher dazu in der Lage sind soziale Unterstützungsleistungen anzunehmen. Personen, die dem männlichen Rollenbild entsprechen, sind hingegen durch Werte wie Unabhängigkeit und Leistungsorientierung geprägt, die die Inanspruchnahme sozialer Unterstützungsleistungen erschweren (Barbee et al. 1993). Eine psychologische Laborstudie stützt diese Annahme: Dass Personen, die dem weiblichen Verhaltensmuster folgen, in stressigen Situationen mehr von sozialen Ressourcen profitieren wird damit erklärt, dass männliche Personen soziale Unterstützung zum Teil als sozialen Druck wahrnehmen (Bellman et al. 2003). Ditzen & Heinrichs (2007) fassen Ergebnisse epidemiologischer Studien zusammen, die ebenfalls auf die Notwendigkeit einer geschlechtssensiblen Betrachtung der Effekte hinweisen. Gemessen an Herz-Kreislauf-Parametern zeigt eine stabile soziale Einbindung für Frauen in Stresssituationen eine stärkere Wirkung als für Männer.

¹⁵⁶ Die „Tend-and-Befriend-These“ wird im Kontext evolutionstheoretischer Annahmen erklärt: So neigt das weibliche Geschlecht zur sozialen Gruppenbildung, da es Gefahren und Bedrohungen nicht nur von sich selbst, sondern auch von dem Nachwuchs abwenden muss. Der biologische Mechanismus sorgt dafür, dass trotz Stress eine Kooperation mit dem Nachwuchs gewährleistet werden kann. Darüber hinaus verspricht die soziale Gruppenbildung einen Austausch von Verantwortlichkeiten bzw. einen besseren Zugang zu Ressourcen (Taylor et al. 2000). Diese Betrachtung wird jedoch vor dem Hintergrund der Sozialisierungserfahrungen in modernen Gesellschaften kritisch hinterfragt; eine Erweiterung des biologischen Erklärungsansatzes um die Bedeutung des sozial konstruierten Geschlechts wird für notwendig erachtet (Geary & Flinn 2002).

¹⁵⁷ Im Stand der Forschung und Entwicklung wurde erläutert, dass das Neuropeptid Oxytocin unter anderem dafür verantwortlich ist, dass wir Menschen anderen Personen Vertrauen entgegenbringen und somit kooperieren können.

Die dargelegten Erkenntnisse müssen einer weiterführenden Prüfung unterzogen werden, um die Frage zu beantworten, ob Frauen tatsächlich mehr auf positiv erlebte institutionalisierte soziale Beziehungen reagieren als Männer und somit auch stärker von den Effekten profitieren. Leitend ist dabei die Annahme, dass Frauen sich in ihrem Krankheitserleben (Stresssituation) besser auf kooperatives Handeln einstellen können und auch ein stärkeres Bedürfnis an dieser Unterstützungsressource haben. Wäre dieses tatsächlich der Fall, kann das Wissen Behandler für die Notwendigkeit einer geschlechtsspezifischen Ansprache in der Versorgung sensibilisieren. Damit soll nicht außer Frage gestellt werden, dass ein förderlicher organisationsbezogener Kontext nicht auch Männern in ihrem Bewältigungs- und Lernprozess zugutekommt; Effekte können auch hier gezeigt, allerdings nicht eindeutig interpretiert werden.

6.4 Abschließende Betrachtung, Einordnung und Limitationen der empirischen Analysen

Unter Zugrundelegung aller empirischen Einzelerkenntnisse lässt sich das Bild einer „high performance“ Organisation der gesundheitlichen Versorgung abschließend charakterisieren. So ist zusammenfassend festzuhalten, dass ein ausgewogenes Verhältnis aller drei Komponenten sozialen Kapitals als entscheidende Ressource zur Gewährleistung einer hohen Leistungsbereitschaft der Mitarbeiter (*mitarbeiterorientierte Personalpolitik*), berufsgruppenübergreifender Austausch- und Abstimmungsprozesse (*Kernkompetenz*) sowie patientenseitiger (Behandlungs-) Erfolge zu verstehen ist. Der Sozialkapitalansatz stellt dabei den theoretischen Ordnungsrahmen der einzelnen Wirkungszusammenhänge dar. Dadurch kann nicht nur verdeutlicht werden, „was“ eine „high performance“ Organisation auszeichnet; das Wissen über die Bedeutung einzelner Einflussfaktoren ist durch explorative Untersuchungen anderer Forschergruppen seit längerem bekannt (siehe Kapitel 2.4). Vielmehr kann man sich durch die theoretische Strukturierung ebenfalls der Frage nach dem „warum“ weiter nähern. Im Kern steht dabei die Erkenntnis, dass sich erfolgreiche Organisationen der gesundheitlichen Versorgung innerhalb Grenzen geltenden Rechts auf der Basis von Vertrauen selbst organisieren. Dieses ermöglicht es der Organisation die Komplexität des sozialen Systems zu „beherrschen“ und die „Ko-Produktion von Gesundheit“ zu gewährleisten. Das organisationale Handeln fußt dabei im Wesentlichen auf einem gemeinsam geteilten internalisierten Wertesystem, das das Ergebnis langfristiger und forcierter Lernprozesse innerhalb der Organisation ist.

Generalisierbarkeit der Ergebnisse

Neben der inhaltlichen Diskussion der Forschungsergebnisse sind abschließend einige Limitationen der Untersuchung anzusprechen. Die Argumentation folgt einem der quantitativen Forschung üblichen deduktiven Vorgehen; das heißt, es geht vom Allgemeinen zum Speziellen. Zu beginnen ist mit der Einsicht, dass in der hier vorliegenden Arbeit ein sehr umfassendes und damit auch heterogenes Themenfeld bearbeitet wurde. Dieses macht es zwingend erforderlich, eine spezifische – in diesem Fall sozial- und gesundheitswissenschaftlich geprägte – Perspektive auf den Forschungsgegenstand einzunehmen. Damit soll nicht der Anschein erweckt werden, dass dieses die einzig sinnvolle Sichtweise auf die Organisation und im Speziellen auf die Qualitätsentwicklung darstellt. Ganz im Gegenteil war es auch ein Ziel dieser Arbeit die Notwendigkeit zu verdeutlichen, dass Qualität zunehmend unter Berücksichtigung interdisziplinärer Konzepte gestaltet werden muss. Denkbar und sinnvoll sind deshalb weitere Akzentsetzungen in der theoretischen Ausrichtung und empirischen Konzeption. Die Interpretation und Bewertung der Argumentationsstränge und Ergebnisse sollte deshalb immer unter Berücksichtigung des Hintergrundes des Forschenden vorgenommen werden.

Weiter ist die Frage danach zu stellen, in welchem Ausmaß die Ergebnisse auf andere Versorgungssektoren zu übertragen sind. Die theoretischen Vorannahmen nehmen nur vereinzelt eine Begrenzung auf die medizinische Rehabilitation vor. Die Mehrzahl der berichteten empirischen Erkenntnisse basiert sogar auf Untersuchungen in der Akutversorgung; dieses ist darauf zurückzuführen, dass die Rehabilitationsforschung – auch international – sehr viel weniger Beachtung findet und das deutsche Reha-System mit der dreiwöchigen Komplexbehandlung nach wie vor besondere Strukturen aufweist. Grundsätzlich ist anzunehmen, dass die Zusammenhänge und Wechselwirkungen des organisationalen Handelns für alle Versorgungssektoren Geltung beanspruchen. Aufgrund der Behandlungsphilosophie und der interaktiven Therapieinhalte in der medizinischen Rehabilitation ist jedoch gleichsam anzunehmen, dass Effekte in dieser Versorgungssäule deutlicher ausfallen.

Organisationsdiagnostik

Trotz aller Bestrebungen eine Vergleichbarkeit der Reha-Einrichtungen zu gewährleisten, kann nicht abschließend beurteilt werden, ob Störfaktoren zu einer Verzerrung der Ergebnisse zum Organisationsvergleich beitragen. Gemäß den theoretischen Vorannahmen wird das soziale Kapital als organisationseigene Ressource interpretiert, die innerhalb der Einrichtungen entsteht. Ob beispielsweise die finanzielle Ausstattung,

zeitliche Ressourcen oder aber der Personalschlüssel tatsächlich keinen weiteren systematischen Erklärungsbeitrag für den Vorrat an sozialem Kapital leisten, kann mit den vorliegenden Daten nur unzureichend analysiert werden. Dabei darf ebenso wenig außer Acht gelassen werden, dass die Auswahl an geeigneten Kriterien und Kennzahlen, die auf der Ebene der Organisation für Rahmenbedingungen kontrollieren können, in einem quantitativen Studiendesign Schwierigkeiten mit sich bringt. Schließlich sind die Einrichtungen durch die Qualitätsentwicklung zur Einhaltung von definierten Standards verpflichtet, sodass diese in der Regel, zumindest formal, auch erfüllt sein werden und wenn überhaupt eine geringe Varianz zeigen sollten. Auch Organisationsmerkmale, die nicht Teil der Qualitätsentwicklung sind, können nur unter Einschränkung analysiert werden. Zu nennen ist beispielsweise die Fluktuationsrate, die in der Organisationsforschung als Indikator für die Bindung an ein Unternehmen gilt. In öffentlich-rechtlichen Einrichtungen ist die Fluktuationsrate grundsätzlich geringer als in privaten Einrichtungen; dieses verdeutlichen auch die in dieser Analyse vorliegenden Daten. Fluktuation ist in diesem Fall weniger Ausdruck von Organisationsqualität, als vielmehr das Ergebnis der vorherrschenden Personalpolitik bzw. der Beschäftigungsform. Um den Einfluss potenzieller Rahmenbedingungen für das organisationale Handeln zu untersuchen, empfiehlt es sich somit ergänzend zur quantitativen Untersuchung ein qualitatives Studiendesign zu entwickeln. Dieses kann auch im Anschluss an die vorgenommene Systematisierung von Zusammenhängen und Wechselwirkungen die Besonderheiten des Einzelfalls weiter aufdecken.

Daneben ist außerdem die Datenlage des Organisationssurveys kritisch zu reflektieren. Hier sind zuerst einmal die ähnlichen, aber dennoch divergierende Rücklaufquoten der Organisationsdiagnostik zu betrachten. Dieses ist deshalb notwendig, da einrichtungsbezogene Mittelwerte einiger Organisationsmerkmale, wie beispielsweise das Commitment, in Abhängigkeit von der Rücklaufquote variieren; die Differenzen fallen insgesamt sehr gering aus. Für eine angemessene Einordnung der Ergebnisse ist diese Beobachtung dennoch erwähnenswert. Gleichsam darf nicht vergessen werden, dass der Rücklauf in sozialwissenschaftlichen Studien stets an der Realität anzupassen ist. In der Organisationsforschung ist ein weiterer Aspekt bedeutsam: Die einrichtungsbezogene Responserate stellt als solche bereits einen Indikator für die Qualität der Organisation dar. Insbesondere im Einrichtungsvergleich lassen wenige geringe Response-raten einzelner Organisationen den Schluss zu, dass hier jeweils ein nicht zu verkennender Anteil an aktiven Teilnahmeverweigerern vorliegt. Diese Personen lehnen nicht die einzelne Befragung ab, sondern sind grundsätzlich nicht dazu bereit, sich für die eigene Organisation einzusetzen. Gründe liegen häufig darin, dass sich die betreffen-

den Personen von dem eigenen Arbeitgeber nicht angemessen behandelt fühlen (Spitzmüller et al. 2006); in diesen Einrichtungen wird somit grundsätzlich kein hoher Rücklauf zu erzielen sein.

Darüber hinaus ist anzumerken, dass die schriftliche Befragung nicht barrierefrei ist. In allen Einrichtungen werden systematisch diese Personen nicht erreicht, die entweder aufgrund einer Sehbehinderung oder aber infolge sprachlicher Probleme Schwierigkeiten haben, die Fragen ohne fremde Hilfe zu beantworten. Es ist davon auszugehen, dass sich diese Mitarbeiter bei der Beantwortung der Fragen keine Unterstützung im Kollegenkreis holen, da es sich in der Mehrzahl um Aspekte handelt, die nicht offen thematisiert werden (z.B. Führungsverhalten, Zusammenarbeit mit den Kollegen etc.). Diese Limitation hat insbesondere Auswirkungen für Analysen auf Individualebene; auf Organisationsebene handelt es sich um einen Bias, der einrichtungsübergreifend konstant ausfallen sollte und auf dieser Auswertungsebene somit nicht zu nennenswerten Verzerrung von Ergebnissen beiträgt.

Normatives Erfolgsmaß der Routinedaten

Daneben ist das operationalisierte Erfolgsmaß auf Seiten der Rehabilitanden kritisch zu hinterfragen. Betont wurde, dass die „Erwerbsfähigkeit im alten Beruf“ lediglich als normativer Reha-Erfolg interpretiert werden darf und nicht als Behandlungserfolg aufzufassen ist. Dieses ist damit zu begründen, dass jeder Rehabilitand individuelle Ziele hat, die einen ganz eigenen Erfolg beschreiben können. In diesem Zusammenhang ist außerdem herauszustellen, dass das Erfolgsmaß in erster Linie auf die Rentenversicherung zutrifft; die GKV beispielsweise erstattet für gewöhnlich Kosten einer Rehabilitandenklientel, die nicht mehr erwerbstätig ist. Zudem stammen die Urteile aus den ärztlichen E-Berichten, die systematisch an die Träger der medizinischen Rehabilitation übermittelt werden. Anzunehmen ist, dass die Ärzte zu „geschönten“ Urteilen neigen, da der patientenseitige Erfolg immer auch ein Indikator zur Bewertung der eigenen Arbeit in der Organisation ist. Zu betonen ist auch, dass das Erfolgsmaß lediglich als kurzzeitiger Effekt bewertet werden kann, da die Beurteilung noch in der Einrichtung vorgenommen wird. Um einen unmittelbaren Zusammenhang zum organisationalen Handeln darzulegen, ist dieses aus wissenschaftlicher Sicht zu befürworten, da dadurch individuelle Einflussvariablen des Alltags nicht berücksichtigt werden müssen. Dennoch ist zu betonen, dass die Rehabilitation stets langfristige Erfolge verzeichnen muss, um einen gesamtgesellschaftlichen Nutzen leisten zu können. Hierüber kann die vorliegende Untersuchung keine Aussage treffen.

Sofern möglich, sollten Kontroll- bzw. Adjustierungsvariablen in weiterführenden Untersuchungen detaillierter und umfassender abgebildet werden; dieses ist insbesondere dann möglich, wenn Primärdaten erhoben werden können. Aus den Routinedaten konnten für einige Merkmale lediglich Surrogat-Variablen (beispielsweise für die Schwere der Erkrankung) gebildet werden. Zusammenfassend ist anzuregen, dass die erzielten Ergebnisse mit einer modifizierten Datenbasis validiert werden sollten. Hierzu sind Daten heranzuziehen, die den subjektiv beurteilten Behandlungserfolg der Rehabilitanden abbilden. Allen Limitationen zum Trotz bleibt abschließend zu betonen, dass selbst in der vorliegenden Datenbasis theoretisch herzuleitende Zusammenhänge bestätigt werden konnten.

7 Schlussfolgerungen

Unter Zugrundelegung der Theorie und Empirie sind sowohl für die Versorgung als auch für die Wissenschaft zusammenfassende Empfehlungen zu formulieren. Dabei ist entsprechend der Ausrichtung dieser Arbeit darauf zu verweisen, dass es sich nicht um Empfehlungen handelt, die in konkrete Handlungen umzusetzen sind. Dieses kann nicht das Ziel einer anwendungsorientierten Grundlagenforschung sein. Dennoch sollen mit dieser Untersuchung Denkanstöße geliefert werden, die langfristig dazu beitragen können, die Umsetzung der Ko-Produzententhese, als Bestandteil des Versorgungsauftrags, in der Praxis zu unterstützen.

Empfehlungen für die Versorgung

Besinnt man sich abschließend noch einmal auf die einleitenden Worte dieser Dissertation, so kommt man trotz aller Strukturierungs- und Ordnungsversuche zu dem Schluss, dass Organisationen der gesundheitlichen Versorgung komplex bleiben. Um es mit den Worten von Goethe (1840) zu sagen:

„Alles ist einfacher, als man denken kann, zugleich verschränkter, als zu begreifen ist.“
(von Goethe 1907, Maximen und Reflexionen, Band 12).

Auch wenn die Kernbotschaft der Sozialkapitalforschung simpel ist, sind Beziehungsstrukturen und Wechselwirkungen des organisationalen Handelns einer Einrichtung der gesundheitlichen Versorgung so vielschichtig, dass man diese ohne eine Verschränkung unterschiedlicher Perspektiven kaum durchdringen kann. Damit einher geht die Einsicht, dass es auch kein „Kochbuchrezept“ geben kann, mit dem Organisationen der gesundheitlichen Versorgung eine beständig hohe Leistungsfähigkeit erreichen können. Das sich abzeichnende Dilemma bleibt damit zu skizzieren, dass die Prinzipien der Leistungssteuerung nahezu so facettenreich sind, wie das soziale System selbst. Hierin kann ein wesentlicher Erklärungsgrund dafür liegen, dass externe Versuche der Leistungssteuerung an Grenzen geraten. Eine hohe Versorgungsqualität muss – gemäß einem in Gesundheitseinrichtungen vorherrschenden Selbstverständnis autonomen Handelns – vielmehr aus den Organisationen heraus entstehen. Diese Einsicht mag ernüchternd klingen; zumal es sich um keine wirklich neue Erkenntnis handelt. Betrachtet man parallel dazu die gesundheitspolitischen Entwicklungen, die an die Organisationen stets neue und veränderte Herausforderungen stellen, so erscheint es jedoch notwendig, sich der genannten Einsicht immer wieder aufs Neue bewusst zu werden.

So ist nach wie vor darauf hinzuweisen, dass komplexe Managementkonzepte genauso erfolgreich scheitern können, wie eine punktuelle Implementierung von Einzelmaßnahmen (z.B. Definition von Tätigkeitsfeldern und Rollen, erfolgsorientierte Vergütungssysteme), wenn außer Acht gelassen wird, wie Qualität und Erfolg im Kern tatsächlich entstehen. Diesbezüglich verdeutlicht die hier vorliegende Arbeit in letzter Konsequenz, dass das *organisationale Handeln* als ein zentraler Aspekt jeder Versorgungssituation mitzudenken ist. Soziale Interaktionen sind keineswegs deterministisch; auch bei hoher Prozess- und Strukturqualität kann nicht eindeutig vorhergesagt werden, dass eine Behandlung auch tatsächlich zu einem gewünschten Ergebnis führt. Dreht man die Argumentation um, so ist herauszustellen, dass das Funktionieren des sozialen Systems in erster Linie von dem Potenzial der Beschäftigten abhängt, die dazu bereit sein müssen, ihre Kreativität sowie die eigenen Fertigkeiten und Kenntnisse zugunsten übergeordneter Organisationsziele in gemeinschaftliche Handlungen einzubringen. Leistung von Organisationen fängt damit immer bei der Leistungsfähigkeit und der Leistungsbereitschaft der Mitarbeiter an. Diese Ansicht kann für die Mehrheit aller Organisationsformen Geltung beanspruchen; wenngleich davon auszugehen ist, dass die Bedeutung für solche Einrichtungen, die im Rahmen kooperativer Handlungen „Gesundheit“ produzieren müssen, umso größer wird. Eine Investition in Mitarbeiter und im Speziellen in (gesundheits-) förderliche Rahmenbedingungen ist damit als entscheidende Stellschraube einer hohen Versorgungsqualität und optimaler Behandlungserfolge der Patienten aufzufassen.

Dieser Forderung kann insbesondere vor dem Hintergrund der durchgeführten Analysen Ausdruck verliehen werden. Schließlich bestätigen die empirischen Ergebnisse dieser Untersuchung, dass sich ein hohes Maß an sozialem Kapital nicht nur positiv auf die Arbeitsausführungen sowie die Behandlungsprozesse und die Leistungsbereitschaft der Beschäftigten auswirkt, sondern immer auch auf die Patienten. Ob die anzustrebende „Ko-Produktion von Gesundheit“ gelingt, ist damit nicht nur eine Frage krankheitsbedingter Determinanten oder persönlicher Voraussetzungen der Patienten sowie der (Semi-) Professionellen, sondern auch eine Frage der Organisation. Schließlich wird der Patient während der Zeit seiner Behandlung Teil eines komplexen organisationalen Handelns, das sich unmittelbar auf seine Kooperationsbereitschaft und seine Krankheitsbewältigung auswirkt. Deshalb ist zu betonen, dass es auch aus Sicht der Kostenträger lohnenswert ist, in Rahmenbedingungen zu investieren, die dem, wie Bauer (2008) es nennt, „Prinzip der Menschlichkeit“ zugutekommen. Erst dadurch können die Einrichtungen dem Kerninhalt ihrer Versorgungsauftrags gerecht werden.

Für die medizinische Rehabilitation deuten die Ergebnisse des durchgeführten Organisationssurveys daraufhin, dass unter den aktuellen Gegebenheiten insgesamt eine hohe Behandlungsqualität gewährleistet werden kann. Dabei darf jedoch nicht die dargelegte einrichtungsübergreifende Varianz vergessen werden. Fraglich bleibt, wie sich die Organisationsqualität und damit die Versorgungssituation angesichts der aufgezeigten Tendenzen zunehmender Kostenminimierung und erwerbswirtschaftlicher Orientierungen zukünftig entwickeln werden. Ohne einen langfristigen Kurswechsel, ist anzunehmen, dass insbesondere Einrichtungen unter privater Trägerschaft, die bereits heute mehr als die Hälfte aller Leistungserbringer ausmachen und zunehmend wirtschaftlichen Sparzwängen ausgesetzt sind (StBa 2013), von jenen Ökonomisierungstrends betroffen sein werden. Druck, der von außen auf die Organisationen wirkt, wird unmittelbar an die Mitarbeiter weitergegeben und kommt im schlechtesten Fall in Personaleinsparungen zum Tragen.

Unter diesen Bedingungen kann auch die Ressource Sozialkapital nur erschwert aufrechterhalten und gefördert werden; schließlich erfordert dieses Zeit und einen angemessenen Kontext. Dabei ist zugespielt zu hinterfragen, was Prozesskontrollen, Evaluierungen, Auditierungen, erfolgsorientierte Vergütungssysteme oder der Trend zur Standardisierungen und Formalisierungen in der Behandlung in einer solchen Situation noch ausrichten können. Das darin gesehene Unterstützungspotenzial kann nur dann zum Erfolg führen, wenn die nötigen Voraussetzungen und eine generelle Akzeptanz gegeben sind. Es ist davon auszugehen – und auch dieses wird in den empirischen Ergebnissen dieser Arbeit deutlich – dass derlei Instrumente und Maßnahmen nur einen Nutzen versprechen, wenn sie Teil eines funktionierenden organisationalen Handelns werden. In diesem Fall kann von einer positiven wechselseitigen Beeinflussung von Maßnahmen der Qualitätsentwicklung und der Versorgungsqualität ausgegangen werden.

Was langfristig nötig sein wird, ist eine Positionierung der Kosten- und Leistungsträger. Spätestens dann, wenn sich das gemeinschaftliche Handeln der Professionellen und Semi-Professionellen überwiegend einer erwerbswirtschaftlichen Orientierung und einem verschärften Wettbewerbs- sowie Konkurrenzdenken unterordnen muss, geraten die „Sparpolitik“ und auch die rechtlich verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätsentwicklung an Grenzen. Fraglich ist, wie groß der angerichtete Schaden in einer solchen Situation bereits sein wird. Schließlich sollte die hier vorliegende Arbeit aus unterschiedlicher Perspektive verdeutlicht haben, dass Sozialkapital anders als die „Finanzspritze“ einer Organisation nicht ohne weiteres zugeführt werden kann. Ganz im Ge-

genteil muss betont werden, dass sich Sozialkapital, verstanden als Vertrauensresource, zwar schnell zerstören, aber nur mühsam und langfristig erarbeiten lässt.

Empfehlungen für die Wissenschaft

Mit Blick auf die Wissenschaft und den weiterführenden Forschungsbedarf ist insbesondere die Botschaft zu formulieren, dass Organisationsforschung einen wesentlichen Beitrag für ein tiefergehendes Verständnis von Versorgungssituationen und auch -problemen leisten kann. Eine Intensivierung dieser Art von Untersuchungen ist deshalb wünschenswert und notwendig; qualitative und quantitative Studiendesigns sollten sich dabei sinnvoll ergänzen. Die Herausforderung der organisationsbezogenen Versorgungsforschung besteht darin, unterschiedliche Erklärungsansätze und Sichtweisen zu vereinen und sich von der fokussierten Perspektive auf den Patienten zu lösen, ohne dabei den Patienten zu verlieren, an dem sich das Handeln in letzter Konsequenz immer ausrichten sollte.

Um das Themenfeld des organisationalen Handelns in Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung voranzutreiben, bedarf es nicht nur empirischer Erkenntnisse, sondern zunehmend auch methodischer Standards¹⁵⁸, aber vor allem theoretischer Grundlagen. Letztere können weiterführende Antworten auf das „warum“ geben und die Plausibilität von komplexen Zusammenhängen und Wechselwirkungen bekräftigen. Die Einsicht, dass die „Organisation“ keine „Black Box“ ist, kann darüber hinaus auch in angrenzenden Forschungsfragen zu einem reflektierten Umgang mit wissenschaftlichen Ergebnissen und Beobachtungen beitragen.

¹⁵⁸ Eine Diskussion über methodische Standards wurde im deutschsprachigen Raum von dem DNVF e.V. angeregt. Ein Memorandum ist bereits erschienen (Pfaff et al. 2009).

8 Literaturverzeichnis

Abraham M., Büschges G. (2009): *Einführung in die Organisationssoziologie*. (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

ACSQHC (2013): *Medical Practice Variation: Background Paper*. Verfügbar unter: http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2013/10/SAQ110_Medical_Practice_variation_V10_WEB.pdf (letzter Zugriff 03.07.2014).

Aiken L.H., Clarke S.P., Sloane D.M. (2002): Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *Nursing Outlook* 50 (5): 187–194.

Aiken L.H., Sermeus W., van den Heede K., Sloane D.M., Busse R., McKee M., Bruyneel L., Rafferty A.M., Griffiths P., Moreno-Casbas M.T., Tishelman C., Scott A., Brzostek T., Kinnunen J., Schwendimann R., Heinen M., Zikos D., Stromseng Sjetne I., Smith H.L., Kutney-Lee A. (2012): Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*; 344: e1717-e1730.

Andersen T.F., Mooney G. (1990): *The Challenges of Medical Practice Variations*. London: MacMillan Press.

Ansmann L., Kowalski C., Ernstmann N., Ommen O., Pfaff H. (2012): Patients' perceived support from physicians and the role of hospital characteristics. *International Journal for Quality in Health Care*; 24 (5): 501-508.

Antonovsky A. (1991): Meine Odyssee als Stressforscher. *Jahrbuch für kritische Medizin, Sonderband 193*. Berlin. S. 112-130.

Antonovsky A. (1997): *Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.

Aßländer M.S. (2007): *Adam Smith zur Einführung*. Hamburg: Junius.

Augurzky B., Krolop S., Lemm M., Schmidt H., Schmitz H., Schwierz C. (2009): Reha Rating Report 2009. Trügerische Erholung? *RWI Materialien*. Heft 50. Essen.

Augurzky B., Reichert A.R., Scheuer M. (2011): Faktenbuch Medizinische Rehabilitation 2011. *RWI Materialien*. Heft 66. Essen.

Austin P.C. (2010): Estimating Multilevel Logistic Regression Models when the Number of Clusters is low: A comparison of different Statistical Software Procedures. *The International Journal of Biostatistics*; 6 (1): 1-18.

Badura B. (1985): Zur Soziologie der Krankheitsbewältigung. Oder: Das emotionale Defizit soziologischer Handlungstheorie. *Zeitschrift für Soziologie*; 14 (5): 339-348.

Badura B., Pfaff H. (1989): Streß, ein Modernisierungsrisiko? *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*; 41: 644-668.

Badura B., Feuerstein G., Schott T. (1993): *System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung*. Weinheim und München: Juventa Verlag.

- Badura B., Grande G., Janßen H., Schott T. (1995): *Qualitätsforschung im Gesundheitswesen. Ein Vergleich ambulanter und stationärer kardiologischer Rehabilitation*. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Badura, B. (2002): Betriebliches Gesundheitsmanagement - ein neues Forschungs- und Praxisfeld für Gesundheitswissenschaftler. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*; 10 (2): 100–118.
- Badura B., Greiner W., Rixgens P., Ueberle M., Behr M. (2006): ProSoB-Fragebogen zur Erhebung der Zusammenhänge zwischen Organisationsbedingungen und Gesundheit und Wohlbefinden der Mitarbeiter. *Projekt „Kennzahlen und Nutzenbewertung im BGM“ (2006/2007)*.
- Badura B., Greiner W., Rixgens P., Ueberle M., Behr M. (2008): *Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg*. Heidelberg: Springer.
- Badura B., Steinke M. (2011): *Die erschöpfte Arbeitswelt. Durch eine Kultur der Achtsamkeit zu mehr Energie, Kreativität, Wohlbefinden und Erfolg!* Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Badura, B. (2012): Gute Unternehmensführung - Sozialkapital, Gesundheit und Organisationserfolg. *Wirtschaftspolitische Blätter*; 59 (1/2012): 129–140.
- Badura B., Walter U., Steinke M. (2012): Grundlagen einer Public Health-Strategie für die Arbeitswelt. In: Hurrelmann K., Razum O. (Hrsg.): *Handbuch für Gesundheitswissenschaften*. (5. Aufl.). Weinheim, Basel: Juventa. S. 541-571.
- Badura B., Greiner W., Rixgens P., Ueberle M., Behr M. (2013): *Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg*. (2. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Badura B. (2014): The Impact of Social Capital on the Health and Performance of Organizations. In: Bauer G.F., Hämming O. (Hrsg.): *Bridging Occupational, Organizational and Public Health*. Berlin: Springer Verlag. S. 91-100.
- Badura B., Walter U. (2014): Führungskultur auf dem Prüfstand. In: Badura B., Ducki A., Schröder H., Klose J., Meyer M. (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2014. Erfolgreiche Unternehmen von morgen – gesunde Zukunft heute gestalten*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. S. 149-162.
- Baker S.C., Gallois C., Driedger S.M., Santesso N. (2011): Communication accommodation and managing musculoskeletal disorders: Doctors' and patients' perspectives. *Health Communication*; 26: 379-388.
- Bandelow N.C. (2007): Ärzteverbände. Niedergang eines Erfolgsmodells? In: von Winter T., Willems U. (Hrsg.): *Interessenverbände in Deutschland*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 271-293.
- BAR (2009): Vereinbarungen zum internen Qualitätsmanagement nach §20 Abs. 2a SGB IX. Frankfurt am Main.
- BAR (2011): *Wegweiser. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen*. (14. Aufl.). Frankfurt am Main.
- Barbee A.P., Cunningham M.R., Winstead B.A., Derlega V.J., Gulley M.R., Yankeelov P.A. (1993): Effects of gender role expectations on the social support process. *Journal of Social Issues*; 49: 175-190.

- Bauer J. (2005): *Warum ich fühle, was Du fühlst: Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone*. Hamburg: Hoffman & Campe Verlag.
- Bauer U. (2006): Die sozialen Kosten der Ökonomisierung von Gesundheit. *Aus Politik und Zeitgeschichte*; 56: 17-24.
- Bauer J. (2008): *Prinzip Menschlichkeit. Warum wir von Natur aus kooperieren*. (6. Aufl.). München, Zürich: Heyne Verlag.
- Becker-Ritterspach F.A.A., Becker-Ritterspach J.C.E. (2009): Isomorphie und Entkopplung im Neo-Institutionalismus. In: Koch S., Schemmann M. (Hrsg.): *Neo-Institutionalismus in der Erziehungswissenschaft – Grundlegende Texte und empirische Studien*. Wiesbaden: VS Verlag. S. 102-115.
- Bellman S., Forster N., Still L., Cooper C.L. (2003): Gender differences in the use of social support as a moderator of occupational stress. *Stress & Health*; 19: 45-58.
- Bender R., Lange, S. (2007): Was ist ein Konfidenzintervall? *Deutsche medizinische Wochenschrift*; 132: e17-e18.
- Bender R., Ziegler A., Lange S. (2007): Logistische Regression. *Deutsche medizinische Wochenschrift*; 132: e33-e35.
- Berkman L.F., Glass T. (2000): Social integration, social networks, social support, and Health. In: Berkman L.F., Kawachi I. (Hrsg.): *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press. S. 137-173.
- Berkman L. F., Glass T., Brissette I., Seemann T. E. (2000): From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*; 51: 843–857.
- Bethge M., Müller-Fahrnow W. (2008): Wirksamkeit einer intensivierten stationären Rehabilitation bei muskuloskelettalen Erkrankungen: systematischer Review und Meta-Analyse. *Die Rehabilitation*; 47 (04): 200-209.
- Bittner R. (2008): Ware Gesundheit – Auswirkungen von Wettbewerb im Gesundheitswesen auf die medizinische Versorgungsqualität. *Das Gesundheitswesen*; 70 (06): 352–353.
- Blanke B., von Bandemer S., Nullmeier F., Wewer G. (2005): *Handbuch zur Verwaltungsreform*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Böhle F. (2006): Typologie und strukturelle Probleme von Interaktionsarbeit. In: Böhle F., Glaser J. (Hrsg.): *Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 325-347.
- Bollinger H., Gerlach A., Pfadenhauer M. (2005): Soziologie und Gesundheitsberufe. In: Bollinger H., Gerlach A., Pfadenhauer M. (Hrsg.): *Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen*. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag. S. 7-30.
- Borges P., Zimolong A., Moorées A. (2011): Gutachten zur aktuellen perspektivischen Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation. Verfügbar unter: http://www.suchthilfe.de/themen/aktiva_gutachten_131014.pdf (letzter Zugriff 03.07.2014).

- Bornewasser M. (2009): *Organisationsdiagnostik und Organisationsentwicklung*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Bortz, J., Döring, N. (2006): *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. (4. Aufl.). Heidelberg: Springer Verlag.
- Bortz, J. (2008): *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. (6. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Bourdieu P. (1986): The Forms of Capital. In: Richardson J.G. (1986): *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. New York: Greenwood Press. S. 241–258.
- Brake A. (2009): Schriftliche Befragung. In: Kühl S. (Hrsg.): *Handbuch Methoden der Organisationsforschung. Quantitative und qualitative Methoden*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 393-412.
- Breuer, S. (1988): Max Webers Herrschaftssoziologie. *Zeitschrift für Soziologie*; 17 (5): 315-327.
- Brignall S., Modell S. (2000): An institutional perspective on performance measurement and management in the 'new public sector'. *Management Accounting Research*; 11: 281-306.
- Brody H. (1989): Transparency: informed consent in primary care. *Hastings Center Report*; 19 (5): 5–9.
- Brosius, F. (2011): *SPSS 19*. Heidelberg: mitp.
- Brücker, H. (2004): *interpro-Q. Fragebogen zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Krankenhaus*. Verfügbar unter: <http://www.interpro-q.de/start.html> (letzter Zugriff: 18.02.2014).
- Brüggemann S. (2005): Das Reha-Leitlinienprogramm der BfA. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*; 99 (1): 47–50.
- Brumlik M. (2014): Interaktion und Kommunikation. In: Wulf C., Zirfas J. (Hrsg.): *Handbuch Pädagogische Anthropologie*. Wiesbaden: Springer. S. 215-225.
- Bührlen B., Jäckel W. H. (2002): Teilstationäre orthopädische Rehabilitation: Therapeutische Leistungen, Behandlungsergebnis und Kosten im Vergleich zur stationären Rehabilitation. *Die Rehabilitation*; 41: 148-159.
- Bundesärztekammer (2006): *Definition der Versorgungsforschung*. Verfügbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=6.3289.3293.3294> (letzter Zugriff: 03.07.2014).
- Bungard W. (1997): Mitarbeiterbefragungen als Instrument modernen Innovations- und Qualitätsmanagements. In: Bungard W., Jöns I. (Hrsg.): *Mitarbeiterbefragung. Ein Instrument des Innovations- und Qualitätsmanagements*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union. S. 5–14.
- Buschmann-Steinhage R. (2012): Budgetprobleme in der Rehabilitation. *Die Rehabilitation*; 51: 81-88.

Chang C.-W., Huang H.-C., Chiang C.-Y., Hsu C.-P., Chang C.-C. (2011): Social capital and knowledge sharing: effects on patient safety. *Journal of Advanced Nursing*; 68 (8): 1793-1803.

Coleman J. (1988): Social Capital in the Creation of Human Capital. *Journal of Sociology*; 94: 95-120.

Coleman J. (1991): *Grundlagen der Sozialtheorie. Band I: Handlungen und Handlungssysteme*. Oldenbourg: Scientia Nova.

Collins D. (2003): Pretesting survey instruments: an overview of cognitive methods. *Quality of Life Research*; 12: 229-238.

Corallo A.N., Croxford R., Goodman D.C., Bryan E.L., Srivastava D., Stukel T.A. (2014): A systematic review of medical practice variation in OECD countries. *Health Policy*; 114: 5-14.

Curry L.A., Spatz E., Cherlin E., Thompson J.W., Berg D., Ting H.H., Decker C., Krumholz H.M., Bradley E.H. (2011): What distinguishes top-performing hospitals in acute myocardial infarction mortality rates? a qualitative study. *Annals of internal medicine*; 154 (6): 384–390.

Davies H.T.O., Nutley S.M., Mannion R. (2000): Organisational culture and quality of health care. *Quality in Health Care*; 9: 111-119.

Decety J., Smith K.E., Norman G.J., Halpern J. (2014): A social neuroscience perspective on clinical empathy. *World Psychiatry*; 13 (3): 233-237.

Deck R., Raspe H. (2006): Regionale Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation in Schleswig-Holstein - Initiative und Erprobung. *Die Rehabilitation*; 45 (3): 146–151.

DeLisa J.A, Martin G.M, Currie D.M (1993): Rehabilitation Medicine: Past, Present, and Future. In: DeLisa A.J., Gans B.M. (Hrsg.): *Rehabilitation Medicine - Principles and Practice*. (2. Aufl.). Philadelphia: Lippincott Company. S. 3-27.

de Waal, A.A. (2007): The characteristics of a high performance organization. *Business Strategy Series*; 8 (3): 179-185.

Dey T. & Lim C.Y. (2013): Comparisons of computational methods for clustered binary data. *Journal of Statistical Computation and Simulation*; 83 (11): 2030-2046.

DGQ (2010): Excellence Barometer 2010 - Gesundheitswesen. Verfügbar unter: http://www.dgq.de/dateien/DGQ_ExBa_Gesundheitswesen_Summary_Final20110428.pdf (letzter Zugriff: 03.07.2014).

DGPH (2012): Situation und Perspektiven von Public Health in Deutschland. Forschung und Lehre. Verfügbar unter: http://www.deutsche-gesellschaft-public-health.de/fileadmin/user_upload/_temp_/DGPH_-_Public_Health_in_Deutschland.pdf (letzter Zugriff 03.07.2014).

Diaz R.E. (2007): Comparison of PQL and Laplace 6 estimates of hierarchical linear models when comparing groups of small incident rates in cluster randomized trials. *Computational Statistics & Data Analysis*; 51: 2871-2888.

- Dibbelt S., Schaidhammer M., Fleischer C., Greitemann B. (2010): Patient-Arzt-Interaktion in der Rehabilitation: Gibt es einen Zusammenhang zwischen wahrgenommener Interaktionsqualität und langfristigen Behandlungsergebnissen? *Die Rehabilitation*; 49: 315–325.
- DiCicco-Bloom B., Frederickson K., O'Malley D., Shaw E., Crosson J. C., Looney J. (2007): Developing a Model of Social Capital. Relationships in Primary Care. *Advances in Nursing Science*; 30 (3): E13-E24
- Dillman D.A. (1978): *Mail and telephone surveys*. New York: Wiley-Interscience.
- Dillman D.A. (2007): *Mail and Internet Surveys: The Tailored Design Method*. New York: John Wiley & Sons.
- di Luzio G. (2005): Professionalismus - eine Frage des Vertrauens? In: Pfadenhauer M. (Hrsg.): *Professionelles Handeln*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 69-85.
- di Luzio G. (2006): A Sociological Concept of Client Trust. *Current Sociology*; 54 (4): 549-564.
- DIMDI (2014): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. German Modification. Version 2014. Verfügbar unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2014/index.htm> (letzter Zugriff: 07.07.2014).
- Ditzen B., Heinrichs M. (2007): Psychobiologische Mechanismen sozialer Unterstützung. Ein Überblick. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*; 15 (4): 143-157.
- Domschke W., Scholl A. (2008): *Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre. Eine Einführung aus entscheidungsorientierter Sicht*. Heidelberg: Springer.
- Donabedian A. (1982): *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Volume II. The Criteria and Standards of Quality*. Michigan: Health Administration Press.
- Donabedian A. (1992): The Lichtfield Lecture. Quality assurance in health care: consumer's role. *Quality in Health Care*; 1 (1): 247-251.
- Drepper T. (2010): Soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisationen aus neoinstitutionalistischer Perspektive. In: Klatetzki T. (Hrsg.): *Soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisationen. Soziologische Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 130-164.
- Driller E., Ommen O., Kowalski C., Ernstmann N., Pfaff H. (2011): The relationship between social capital in hospitals and emotional exhaustion in clinicians: a study in four German hospitals. *International Journal of Social Psychiatry*; 57 (6): 604–609.
- DRV (2007): *Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2007*. Berlin.
- DRV (2009): *Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der Gesetzlichen Rentenversicherung*. Verfügbar unter: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/207036/publicationFile/2127/rahmenkonzept_medizinische_reha.pdf (letzter Zugriff: 18.02.2014).

- DRV (2013): *Reha-Bericht 2013. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik*. Berlin.
- Dunkel W., Wehrich M. (2010): Arbeit als Interaktion. In: Böhle F., Voß G.G., Wachtler, G. (Hrsg.): *Handbuch Arbeitssoziologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 177-200.
- Dunkel W. (2011): Arbeit in sozialen Dienstleistungsorganisationen: die Interaktion mit dem Klienten. In: Evers A., Heinze R.G., Olk T. (Hrsg.): *Handbuch Soziale Dienste*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 187-205.
- Dunkel W., Wehrich M. (2012): Interaktive Arbeit – das soziologische Konzept. In: Dunkel W., Wehrich M. (Hrsg.): *Interaktive Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 29-59.
- Durkheim E. (1973): *Der Selbstmord. Mit einer Einleitung von Klaus Dörner und einem Nachwort von René König*. Neuwied und Berlin: Hermann Luchterhand Verlag.
- Eckey H.-F., Kosfeld R., Rengers M. (2002): *Multivariate Statistik. Grundlagen - Methoden - Beispiele*. Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler GmbH.
- Ehlebracht-König I. (2001): Patientenschulung in der medizinischen Rehabilitation. *Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin*; 12: 31-38.
- Ehlebracht-König I., Bönisch A., Pönicke J. (2009): Fraktionierte Rehabilitation: Ergebnisse einer randomisierten, kontrollierten Studie. *Die Rehabilitation*; 48 (01): 30-38.
- Eid M., Gollwitzer M., Schmitt M. (2011): *Statistik und Forschungsmethoden. Lehrbuch*. (3. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Elgar F.J., Davis C.G., Wohl M.J., Trites S.J., Zelenski J.M., Martin M.S. (2011): Social capital, health and life satisfaction in 50 countries. *Health & Place*; 17: 1044-1053.
- Emanuel E.J., Emanuel L.L. (1992): Four models of the physician-patient relationship. *The journal of the American Medical Association*; 267 (16): 2221–2226.
- Enge M., Koch A., Müller T., Vorländer T. (2010): Einführung von Qualitätsmanagement in der medizinischen Rehabilitation – aktuelle Herausforderungen für die Einrichtungen. *Die Rehabilitation*; 49 (06): 383–392.
- Ernstmann N., Ommen O., Driller E., Kowalski C., Neumann M., Bartholomeyczik S., Pfaff H. (2009): Social capital and risk management in nursing. *Journal of Nursing Care Quality*; 24 (4): 340–347.
- Esser, H. (1999): *Soziologie. Allgemeine Grundlagen*. Frankfurt/New York: Campus Verlag.
- Europarat (1998): *Entwicklung und Einführung von Qualitätsverbesserungssystemen in der Gesundheitsversorgung – Empfehlung Nr. R (97) 17 und erläuterndes Memorandum*. Straßburg.
- Evetts J. (2009): Professionalitätsdiskurs und Management: Ein Paradoxon der Moderne. In: Eurich J., Brink S. (Hrsg.): *Leadership in sozialen Organisationen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 159-167.

- Evetts J. (2011): Professionalism and Management in Public Sector (Non-for-Profit Organizations): Challenges and Opportunities. In: Langer A., Schröer A. (Hrsg.): *Professionalisierung im Nonprofit Management*. Wiesbaden: VS Verlag. S. 33-44.
- Faller H., Vogel H., Bosch, B. (2000): Erwartungen von Rehabilitanden hinsichtlich der Methoden und Ergebnisse ihrer Rehabilitation - Eine kontrollierte Studie mit Rückenschmerz- und onkologischen Patienten. *Die Rehabilitation*; 39: 205-214.
- Farin E., Glattacker M., Follert P., Kuhl C., Jäckel W.H. (2004): Effekte und Prädiktoren des Outcomes in der Rehabilitation muskuloskeletaler Erkrankungen. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*; 14 (3): 123–133.
- Farin, E. (2005): Die Anwendung Hierarchischer Linearer Modelle für Einrichtungsvergleiche in der Qualitätssicherung und Rehabilitationsforschung. *Die Rehabilitation*; 44 (3): 157–164.
- Farin E., Jäckel W.H. (2011): Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der medizinischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*; 54 (2): 176–184.
- Faßbauer G., Schirmer F. (2006): Moderne Leistungssteuerung und Anomie. Eine konzeptionelle und indizienbasierte Analyse aktueller Entwicklungen in Organisationen. *Soziale Welt*; 57: 351-371.
- Fisher E.S., Wennberg D.E., Stukel T.A., Gottlieb D.J., Lucas F.L., Pinder É.L. (2003): The Implications of Regional Variations in Medicare Spending. Part 2: Health Outcomes and Satisfaction with Care. *Annals of International Medicine*; 138 (4): 288-322.
- Fischer J.H. (2009): *Steuerung in Organisationen*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Franzen A., Freitag M. (2007): Aktuelle Themen und Diskussionen der Sozialkapitalforschung. In: Franzen A., Freitag M. (Hrsg.): *Sozialkapital. Grundlagen und Anwendungen. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie Sonderheft 47/ 2007*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 7-22.
- Freidson E. (1970): *Profession of Medicine. A Study of Sociology of Applied Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Freidson E. (1975): *Dominanz der Experten. Zur sozialen Struktur medizinischer Versorgung*. München, Berlin, Wien: Urban & Schwarzenberg.
- Freidson E. (2001): *Professionalism, the Third Logic. On the Practice of Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Fukuyama F. (1995): *Trust. The Social Virtues and the Creation of Prosperity*. New York: The free press.
- Galetta M., Portoghese I., Battistelli A., Leiter M.P. (2012): The role of unit leadership and nurse-physician collaboration on nursing turnover intention. *Journal of Advanced Nursing*: 1771-1784.
- Garson G.D. (2013): Introductory Guide to HLM with HLM 7 Software. In: Garson G.D. (Hrsg.): *Hierarchical Linear Modeling: Guide and Applications*. Los Angeles, Washington D.C.: SAGE Publication. S. 55-96.

Geary D.C., Flinn M.V. (2002): Sex Differences in Behavioral and Hormonal Response to Social Threat: Commentary on Taylor et al. (2000). *Psychology Review*; 109 (4): 745-750.

Geraedts M., Selbmann H. K. (2011): Benchmarking in der Gesundheitsversorgung: Fazit und Empfehlungen. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*; 105 (5): 412-416.

Geraedts M. (2014): Die Qualität der gesundheitlichen Versorgung. *Public Health Forum*; 83: 2-4.

Gerdes, N., Weidemann, H., Jäckel, W.H. (2000): *Die Protos-Studie, Ergebnisqualität in der stationären Rehabilitation in 15 Kliniken der Wittgensteiner Kliniken Allianz*. Darmstadt: Steinkopff Verlag.

Gloede T.D., Hammer A., Ommen O., Ernstmann N., Pfaff H. (2013): Is social capital as perceived by the medical director associated with coordination among hospital staff? A nationwide survey in German hospitals. *Journal of Interprofessional Care*; 27: 171-176.

Godfrey A.B., Berwick D.M., Roessner J. (1992): Can Quality Management really work in Health Care? *Quality Progress*; 4: 23-27.

Göpffarth D. (2014): Ergebnisorientierte Vergütung: Pay for performance. *Public Health Forum*; 83: 16-17.

Goldstein H., Spiegelhalter D.J. (1996): League Tables and their Limitations: Statistical Issues in Comparisons of Institutional Performance. *Journal of Royal Statistical Society: Series A*; 159: 385-443.

Goleman D. (2008): *Soziale Intelligenz. Wer auf andere zugehen kann, hat mehr vom Leben*. München: Knauer Taschenbuch Verlag.

Granovetter, M. S. (1973): The Strength of Weak Ties. *American Journal of Sociology*; 78 (6): 1360-1380.

Gregory B.T., Harris S.G., Armenakis A.A., Shook C.L. (2009): Organizational culture and effectiveness: A study of values, attitudes, and organizational outcomes. *Journal of Business Research*; 62: 673-679.

Griffin R., Moorhead G. (2009): *Organizational Behavior: Managing People and Organizations*. Mason: South-Western.

Groene O., Sunol R. (2014): The investigators reflect: what we have learned from the Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe (DUQuE) Study. *International Journal for Quality in Health Care*; 26 (S1): 2-4.

Groenewegen P.P., Westert G.P. (2004): Is there a time trend in medical practice variations? A review of the literature and a critical analysis of theoretical approaches. *Journal of Public Health*; (12): 229-236.

Gross P., Badura B. (1977): Sozialpolitik und soziale Dienste: Entwurf einer Theorie personenbezogener Dienstleistungen. In: von Ferber C., Kaufmann F.-X. (Hrsg.): *Soziologie und Sozialpolitik*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag. S. 361-385.

Gross P. (1983): *Die Verheißungen der Dienstleistungsgesellschaft. Soziale Befreiung oder Sozialherrschaft?* Opladen: Westdt. Verlag.

Gülich M., Mittag O., Müller E., Uhlmann A., Brüggemann S., Jäckel W.H. (2010): Ergebnisse einer Analyse der therapeutischen Leistungsdaten (KTL-Daten) von 5.838 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nach Hüft- bzw. Knieendoprotheseimplantation. *Die Rehabilitation*; 49: 13-21.

Ha J.G., Man Kim J., Hwang W.J., Lee S.G. (2014): Impact of organisational characteristics on turnover intention among care workers in nursing homes in Korea: a structural equation model. *Aust Health Rev*, 38 (4): 425-431.

Haaf, H.-G. (2005): Ergebnisse zur Wirksamkeit der Rehabilitation. *Die Rehabilitation*; 44: 259-276.

Haase Svendsen G.L., Tinggaard Svendsen G. (2004): *The Creation and Destruction of Social Capital*. Celtenham, Northampton: Edward Elgar.

Haeske-Seeberg H. (2008): *Handbuch Qualitätsmanagement im Krankenhaus*. (2. überarb. und erweit. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Häusser J.A., Kattenstroh M., van Dick R., Mojzisch A. (2012): „We“ are not stressed: Social identity in groups buffers neuroendocrine stress reactions. *Journal of Experimental Social Psychology*; 48: 973-977.

Halpern D. (2005): *Social Capital*. Cambridge und Malden: Polity Press.

Hammer A., Arah O.A., DerSarkissian M., Thompson C.A., Mannion R., Wagner C., Ommen O., Sunol R., Pfaff H. (2014): The Relationship between Social Capital and Quality Management Systems in European Hospitals: A Quantitative Study. *PLOS ONE*; 8 (12):e85662.

Hearld L.R., Alexander J.A., Fraser I., Jiang H.J. (2008): How Do Hospital Organizational Structure and Processes Affect Quality of Care? A Critical Review of Research Methods. *Medical Care Research and Review*; 65: 259-299.

Helou A., Schwartz F.W., Ollenschläger G. (2002): Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in Deutschland. Übersicht auf der Grundlage des Gutachtens „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ des Sachverständigenrates für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/ 2001. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*; 45: 205-214.

Hibbeler B. (2008): Medizinische Rehabilitation: Kosten steigen, Vergütung stagniert. *Deutsches Ärzteblatt*; 105 (43): A2255.

Hibbeler B. (2010): Medizinische Rehabilitation: Leitlinien heißen jetzt Therapiestandards. *Deutsches Ärzteblatt*; 107 (9): A-356/ B-325/ C-317.

Hilgers D. (2008): *Performance Management. Leistungserfassung und Leistungssteuerung in Unternehmen und öffentlichen Verwaltungen*. Berlin: Springer Gabler Verlag.

Hinz T. (2009): Mehrebenenanalyse. In: Kühl S., Strodtholz P., Tafferthofer A. (Hrsg.): *Handbuch Methoden der Organisationsforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 648-667.

Hockey P.M., Bates D.W. (2010): Physicians' identification of factors associated with quality in high- and low-performing hospitals. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*; 36 (5): 217–223.

Hoddinott S.N., Bass M. J. (1986): The Dillman Total Design Survey Method: A sure-fire way to get high survey return rates. *Canadian Family Physician*; 32: 2366–2368.

Höppner K., Kuhlmei A. (2009): Gesundheitsberufe im Wandel. Relation von ärztlichen und nicht ärztlichen Berufsgruppen. *Gesellschaft+Gesundheit Wissenschaft*, 9 (2): 7-14.

Hoff T., Jameson L., Hannan E., Flink E. (2004): A Review of the Literature Examining Linkages between Organizational Factors, Medical Errors, and Patient Safety. *Medical Care Research and Review*; 61 (1): 3–37.

Hofmeyer A., Marck P.B. (2008): Building social capital in healthcare organizations: Thinking ecologically for safer care. *Nursing outlook*; 56 (4): 145–151.

Hox J. (1997): Multilevel Modeling: When and Why. In: Balderjahn I., Mathar R., Schader M. (Hrsg.): *Classification, data analysis, and data highways*. New York: Springer Verlag. S. 147-157.

Hox J.J. (2010): *Multilevel analysis. Techniques and applications*. (2. Aufl.). New York: Routledge.

Hsu C.-P., Chang C.-W., Huang H.-C., Chiang C.-Y. (2011): The relationships among social capital, organisational commitment and customer-oriented prosocial behaviour of hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing*; 20 (9-10): 1383–1392.

Hüppe A., Raspe H. (2005): Zur Wirksamkeit von stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: Aktualisierung und methodenkritische Diskussion einer Literaturübersicht. *Die Rehabilitation*; 44 (1): 24-33.

Huerkamp C. (1985): *Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert : vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: das Beispiel Preussens*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Hüther G., Fischer J.E. (2010): Biologische Grundlagen des psychischen Wohlbefindens. In: Badura B., Schröder H., Klose J., Macco K. (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Hüther G. (2011): *Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn*. (10. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag.

Hughes B.M. (2007): Social Support in Ordinary Life and Laboratory Measures of Cardiovascular Reactivity: Gender Differences in Habituation-Sensitization. *Ann Behav Med*; 34 (2): 166-176.

IBM (2011): *SPSS Missing Values 20*.

Irle H., Worringer U., Korsukéwitz C., Klosterhuis H., Grünbeck P. (2002): Erfassung und Behandlung psychischer Beeinträchtigungen in der somatisch-medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*; 41: 382-388.

Iseringhausen O., Schott T., vom Orde A. (2002): Die Qualität der Organisation kardiologische Rehabilitation. Ein Vergleich stationärer und ambulanter Versorgungsformen. *Die Rehabilitation*; 41: 130–139.

Iseringhausen O. (2007): *Die Qualität der Qualität. Anspruch und Wirklichkeit des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen*. Stuttgart: ibidem.

Iseringhausen O. (2011): Verunsicherung total. Die Parallelwelt des Qualitätsmanagements. *Dr. med. Mabuse: Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe*; 36 (194): 24–27.

Iseringhausen O., Staender J. (2012): Das Krankenhaus als Organisation. In: Apelt M., Tacke V. (Hrsg.): *Handbuch Organisationstypen*. Wiesbaden: VS Verlag. S. 185-203.

Iseringhausen O. (2014): Die Qualität der Qualität: Parallelwelten der Versorgungsqualität und des Qualitätsmanagements. *Public Health Forum*; 83: 12-14.

Jacobs R., Mannion R., Davies H.T.O., Harrison S., Konteh F., Walshe K. (2013): The relationship between organizational culture and performance in acute hospitals. *Social Science & Medicine*; 76: 115-125.

Jäckel, W. (2010): Qualität in der Rehabilitation. *Die Rehabilitation*; 49 (06): 345–355.

Janssen J., Laatz W. (2013): *Statistische Datenanalyse mit SPSS*. (8. Aufl.). Berlin: Springer.

Johnson J.A., Olden P.C. (2009): Organization Theory and Foundations. In: Johnson J.A. (Hrsg.): *Health Organization. Theory, Behavior and Development*. Burlington: Jones and Bartlett's Publisher. S. 3-8.

Kaluza G. (2012): Körperliche Stressreaktionen und die Folgen für die Gesundheit. In: Kaluza K. (Hrsg.): *Gelassen und sicher im Stress*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. S. 17-44.

Kawachi I., Subramanian S.V., Kim D. (2008): *Social Capital and Health: A Decade of Progress and Beyond*. In: Kawachi I., Subramanian S.V., Kim D. (Hrsg.): *Social Capital and Health*. New York: Springer. S. 1-28.

Kendal E. (2009): *Auf der Suche nach dem Gedächtnis. Die Entstehung einer neuen Wissenschaft des Geistes*. München: Goldmann Verlag.

Keroack M.A., Youngberg B.J., Cerese J.L., Krsek C., Prellwitz L.W., Trevelyan E.W. (2007): Organizational factors associated with high performance in quality and safety in academic medical centers. *Academic Medicine*; 82: 1178-1186.

King J.C, Titus M.N.D (1993): Prescriptions, Referrals, and the Rehabilitation Team. In: DeLisa A.J., Gans B.M. (Hrsg.): *Rehabilitation Medicine - Principles and Practice*. (2. Aufl.). Philadelphia: Lippincott Company. S. 227-239.

Klatetzki T. (2010): Zur Einführung: Soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisation als Typus. In: Klatetzki T. (Hrsg.): *Soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisationen. Soziologische Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 7–24.

- Klatetzki T., Nokielski H. (2010): Soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisationen als bürokratisch-professionelle Handlungszusammenhänge: Weber und die Folgen. In: Klatetzki T. (Hrsg.): *Soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisationen. Soziologische Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 25–60.
- Klatetzki, T. (2012): Professionelle Organisationen. In: Apelt M., Tacke V. (Hrsg.): *Handbuch Organisationstypen*. Berlin: Springer Verlag. S. 165-183.
- Klosterhuis, H. (2010): Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung – eine kritische Bestandsaufnahme. *RVaktuell; 8/2010*: 260-268.
- Klosterhuis H., Baumgarten E., Beckmann U., Erbstößer S., Lindow B., Naumann B., Widera T., Zander J. (2010): Ein aktueller Überblick zur Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. *Die Rehabilitation; 49*: 356-367.
- Kluge A., Schilling J. (2000): Organisationales Lernen und Lernende Organisation – ein Überblick zum Stand von Theorie und Empirie. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie; 44 (4)*: 179-192.
- Koch U., Lehmann C., Morfeld M. (2007): Bestandsaufnahme und Zukunft der Rehabilitationsforschung in Deutschland. *Die Rehabilitation; 46 (3)*: 127–144.
- Kockert S., Schott T. (2011): Die Bedeutung von Organisationsmerkmalen für den Rehabilitationserfolg. *Public Health Forum; 73 (19)*: 30-32.
- Körner M., Bengel J. (2004): Teamarbeit und Teamerfolg bei multi- und interdisziplinären Teams in der medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation; 43 (6)*: 348–357.
- Körner M. (2008-2011): *Entwicklung und Evaluation eines Trainingsprogramms zur Partizipativen Entscheidungsfindung in der medizinischen Rehabilitation (PEFiT)*. Abschlussbericht Universität Freiburg.
- Körner M., Wirtz M.A. (2013): Development and psychometric properties of a scale for measuring internal participation from a patient and health care professional perspective. *BMC Health Services Research; 13*: 1472-6963.
- Körner M, Kowalski C. (2013): Forschungsantrag auf Förderung eines wissenschaftlichen Netzwerkes bei DFG. *Organisationales Handeln in Einrichtungen des Gesundheitswesens in Deutschland – Theoretische Ansätze, Methoden und Ergebnisse*. (unveröffentlichtes Dokument).
- Kohler U., Kreuter F. (2008): Datenanalyse mit Stata: allgemeine Konzepte der Datenanalyse und ihre praktische Anwendung. (3. Aufl.). München: Oldenbourg Verlag.
- Korsukewitz C., Rose S., Schliehe F. (2003): Zur Bedeutung von Leitlinien für die Rehabilitation. *Die Rehabilitation; 42*: 67–73.
- Korte H., Schäfers B. (1993): Einführung in Hauptbegriffe der Soziologie. (2. Aufl.). Opladen: Leske & Budrich.
- Kosfeld M., Heinrichs M., Zak P.J., Fischbacher U., Fehr E. (2005): Oxytocin increases trust in humans. *Nature; 432*: 673-676.

Kowalski C., Nitzsche A., Scheibler F., Steffen P., Albert U.-S., Pfaff H. (2009): Breast cancer patients' trust in physicians: the impact of patients' perception of physicians' communication behaviors and hospital organizational climate. *Patient Education and Counseling*; 77 (3): 344-348.

Kowalski C., Ommen O., Driller E., Ernstmann N., Wirtz M.A., Köhler T., Pfaff H. (2010a): Burnout in nurses - the relationship between social capital in hospitals and emotional exhaustion. *Journal of Clinical Nursing*; 19 (11-12): 1654–1663.

Kowalski C., Driller E., Ernstmann N., Alich S., Karbach U., Ommen O., Schulz-Nieswandt F., Pfaff H. (2010b): Associations between emotional exhaustion, social capital, workload, and latitude in decision-making among professionals working with people with disabilities. *Research in Developmental Disabilities*; 31 (2): 470–479.

KPMG (2013): *Qualität und Wirtschaftlichkeit im deutschen Gesundheitssystem*. Elin.

Kramer R.M., Brewer M., Hanna B.A. (1996): Collective Trust and Collective Action – The Decision of Trust as a Social Decision. In: Kramer R.M. & Tyler T. R. (Hrsg.): *Trust in Organisations*. London, New Dehli: Thousand Oaks. S.357-389.

Kriesi H. (2007): Sozialkapital. Eine Einführung. In: Franzen A., Freitag M. (Hrsg.): *Sozialkapital. Grundlagen und Anwendungen. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Sonderheft 47/ 2007*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 23-46.

Kroneberg C. (2008): Methodologie statt Ontologie. Das Makro-Mikro-Makro-Modell als einheitlicher Bezugsrahmen der akteurstheoretischen Soziologie. In: Schützeichel, R., Schnabel, A., Greve, J. (Hrsg.): *Mikro-Makro-Modell der soziologischen Erklärung*. Wiesbaden: VS Verlag. S. 222-247.

Küch D., Mai B., Pimmer V., Theissing J., Schmucker D. (2010): Strukturen, Arbeitsbedingungen und Belastungen von Psychologinnen und Psychologen in der medizinischen Rehabilitation. *19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium*. S. 514-515.

Kühn H. (2003): Ethische Probleme der Ökonomisierung von Krankenhausarbeit. In: Büssing A., Glaser J. (Hrsg.): *Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Schriftenreihe Organisation und Medizin*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag. S. 77-98.

Kuhlmann B., Burau V., Correia T., Lewandowski R., Lionis C., Noordegraaf M., Repullo J. (2013): A manager in the minds of doctors: a comparison of new modes of control in European hospitals. *BMC Health Services Research*; 13: 246-257.

Kumbrunck C. (2001): Was ist Kooperation? Kooperation im Lichte der Tätigkeitstheorie. *Arbeit*; 2 (10): 149-166.

Lahusen C., Stark C. (2010): Die funktionalistische Analyse sozialer personenbezogener Dienstleistungsorganisationen. In: Klatetzki T. (Hrsg.): *Soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisationen. Soziologische Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 167-197.

Landrigan C.P., Rothschild J.M., Cronin J.W., Kaushal R., Burdick E., Katz J.T., Lilly C.M., Stone P.H., Lockley S.W., Bates D.W., Czeisler C.A. (2004): Effect of Reducing Interns' Work Hours on Serious Medical Errors in Intensive Care Units. *The new England Journal of Medicine*; 351: 1838-1848.

- Lang R. (2009): Organizational Survey. In: Kühl S., Strodtholz P., Tafferthofer A. (Hrsg.): *Handbuch Methoden der Organisationsforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 435–457.
- Langer W. (2004): *Mehrebenenanalyse: Eine Einführung für Forschung und Praxis*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lazarus R.S., Folkman S. (1984): *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Lefton M., Rosengren W.R. (1966): Organizations and clients: lateral and longitudinal dimensions. *American Sociological Review*, 31: 802-810.
- Levack W.M.M., Taylor K., Siegrist R.J., Dean S.G. (2006): Is goal planning in rehabilitation effective? A systematic review. *Clinical Rehabilitation*; 20: 739–755.
- Liou S.-R. (2008): An Analysis of the Concept of Organizational Commitment. *Nursing Forum*; 43 (3): 116-125.
- Litwak E. (1971): Drei alternative Bürokratiemodelle. In: Mayntz R. (Hrsg.): *Bürokratische Organisation*. (2. Aufl.). Köln: Kiepenheuer & Witsch. S. 117-126.
- Lückermann S. (2014): Sozialkapital und Qualität von Produkten und Dienstleistungen. In: Badura B., Greiner W., Rixgens P., Ueberle M., Behr M. (Hrsg.): *Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg*. (2. Aufl.). Heidelberg: Springer. S. 211-230.
- Lüdtke O., Robitzsch A., Trautwein U., Köller O. (2007): Umgang mit fehlenden Werten in der psychologischen Forschung. Probleme und Lösungen. *Psychologische Rundschau*; 58 (2): 103-117.
- Lukascik M., Gerlich C., Musekamp G., Saupe-Heide M., Löbmann R., Vogel H., Neuderth S. (2014): Externe Qualitätssicherung in Einrichtungen der stationären Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter einschließlich Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen: Einrichtungsvergleichende Analysen im Bereich Ergebnisqualität. *Das Gesundheitswesen*; 76: 56-64.
- Luthans F. (2002): The need for and meaning of positive organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior*; 23: 695-706.
- Maas C.J.M., Hox J.J. (2005): Sufficient Sample Sizes for Multilevel Modeling. *Methodology*; 1 (3): 86–92.
- Mannion R., Davies H.T.O., Marshall M.N. (2005): Cultural characteristics of „high“ and „low“ performing hospitals. *Journal of Health Organisation and Management*; 19: 431-439.
- Margraf J., Schneider S. (2009): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2: Störungen im Erwachsenenalter – Spezielle Indikationen – Glossar. (3. vollst. überarb. Aufl.). Berlin: Springer.
- Mark A.L., Dopson S. (2002): *Organisational behaviour in health care: the research agenda*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Marrs K. (2010): Herrschaft und Kontrolle in der Arbeit. In: Böhle F., Voß G.G., Wachtler G. (Hrsg.): *Handbuch Arbeitssoziologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 331-356.

- Maynard A., Bloor K. (2010): Will financial incentives and penalties improve hospital care? *British Medical Journal*; 340: c88.
- Mayntz R. (1971): Max Webers Idealtyp der Bürokratie und die Organisationssoziologie. In: Mayntz R. (Hrsg.): *Bürokratische Organisation*. Köln, Berlin: Kiepenheuer & Witsch. S.27-35.
- Miebach B. (2006): *Soziologische Handlungstheorie. Eine Einführung*. (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Meißner, J.-D. (2004): *Statistik verstehen und sinnvoll nutzen*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Meyer J.W., Rowan B. (1977): Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*; 83: 340-363. Deutsche Übersetzung von Koch S., Schemmann M. (2009): Institutionalisierte Organisationen. Formale Struktur als Mythos und Zeremonie. In: Koch S., Schemmann M. (Hrsg.): *Neoinstitutionalismus in der Erziehungswissenschaft – Grundlegende Texte und empirische Studien*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 28-56.
- Meyer T., Brüggemann S., Widera T. (2008a): Rehabilitation braucht Zielorientierung – aktuelle Lehren aus der Rehabilitandenbefragung. *RVaktuell*; 3: 94–99.
- Meyer T., Pohontsch N., Maurischat C., Raspe H. (2008b): *Patientenzufriedenheit und Zielorientierung in der Rehabilitation*. Düsseldorf: Jacobs Verlag.
- Meyer T., Pohontsch N., Maurischat C., Raspe H. (2009a): Warum beurteilen Rehabilitanden die Rehaplanung und Zielorientierung weniger positiv als andere Aspekte der medizinischen Rehabilitation? *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurort Medizin*; 19 (02): 85–92.
- Meyer T., Pohontsch N., Raspe H. (2009b): Zielfestlegungen in der stationären somatischen Rehabilitation – die Herausforderung bleibt. *Die Rehabilitation*; 48 (03): 128–134.
- Meyer T. (2010): *Medizinische Rehabilitation für Menschen mit chronischen Rückenschmerzen: Variation des Erfolgs zwischen Rehabilitanden und Rehabilitationskliniken*. Habilitationsschrift Universität zu Lübeck.
- Mintzberg H. (1992): *Die Mintzberg-Struktur. Organisation effektiver gestalten*. Landsberg/ Lech: Verlag Moderne Industrie.
- Mittag O. (2011): Evidenzbasierung der medizinischen Rehabilitation (in Deutschland). *Public Health Forum*; 73 (19): 4-6.
- Momsen A.-M., Rasmussen J.O., Nielsen C.V., Iversen M.D., Lund H. (2012): Multidisciplinary Team Care in Rehabilitation: An Overview of Reviews. *Journal of Rehabilitation Medicine*; 44 (11): 901-912.
- Moser K. (1997): Commitment in Organisationen. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*; 41 (4): 160–170.
- Mowday R.T., Porter L.W., Steers R.M. (1982): *Employee-organization linkages. The psychology of commitment, absenteeism, and turnover*. New York: Academic Press.

- Münch R. (2003): Funktionalismus – Geschichte und Zukunftsperspektiven einer Theorietradition. In: Jetzkowitz J., Stark C. (Hrsg.): *Soziologischer Funktionalismus. Zur Methodologie einer Theorietradition*. Opladen: Leske+Budrich. S. 17-56.
- Münch E. (2013): Sozialkapital und Sense of Coherence im Krankenhaus. In: Badura B., Greiner W., Rixgens P., Ueberle M., Behr M. (2013): *Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg*. (2. Aufl.). Heidelberg: Springer. S. 277-304.
- Nahapiet J., Ghoshal S. (1998): Social Capital, Intellectual Capital, and the Organizational Advantage. *Academy of Management Review*; 23 (2): 242-266.
- Nakai Y., Milgrom P., Yoshida T., Ishihara C., Shimono T. (2005): Evaluation of the Total Design Method in a survey of Japanese dentists. *BMC Medical Research Methodology*; 5 (1): 27-36.
- Nancarrow S.A., Booth A., Ariss S., Scmith T., Enderby P., Roots A. (2013): Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health*; 11: 19-30.
- Neubauer G., Pfister F. (2008): Entwicklung einer leistungsorientierten, fallgruppenspezifischen Vergütung in der Rehabilitation. Abschlussbericht Institut für Gesundheitsökonomie. München.
- Neubauer G., Voss P. (2013): Zehn Jahre Komplexpauschalen Akut-Reha. *KU Gesundheitsmanagement*; 5/2013: 65-69.
- Neumann M., Wirtz M., Bollschweiler E., Mercer S.W., Warm M., Wolf J., Pfaff H. (2007): Determinants and patient-reported long-term outcomes of physician empathy in oncology: A structural equation modeling approach. *Patient Education and Counseling*; 96: 63-75.
- Neumann M., Bensing J., Mercer S., Ernstmann N., Ommen O., Pfaff H. (2009): Analyzing the “nature” and “specific effectiveness” of clinical empathy: A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Education and Counseling*; 74 (3): 339–346.
- Nolting H.-D., Zich K., Deckenbach B., Gottberg A., Lottmann K., Klemperer D., Grote Westrick M., Schwenk U. (2011): Faktencheck Gesundheit. Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung. Bertelsmann Stiftung.
- Nowik D., Zeisberger M., Meyer T. (2013). Implementation of „standards of rehabilitative interventions” for people with chronic low back pain: Could variation in rehabilitative practice among clinics be reduced? *Journal of Rehabilitation Medicine. 3rd Baltic and North Sea Conference on Physical and Rehabilitation Medicine, 118th Congress of the German Society of Physical Medicine and Rehabilitation, Annual Congress of the Austrian Society of Physical Medicine and Rehabilitation*; 45 (9): 961-962.
- Nübling M., Stöbel U., Hasselhorn H.-M., Michaelis M., Hofmann F. (2005): Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen. Erprobung eines Messinstrumentes (COP-SOQ). *Fb 1058 Schrifltreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin*. Dortmund, Berlin, Dresden.
- Nübling R., Kaiser U., Kaluscha R., Krischak R., Kriz D., Müller G., Martin H., Renzland J., Reuss-Borst M., Schmidt J., Toepler E. (2014): Ergebnisqualität medizinischer Rehabilitation – Katamnestische Ergebnisse der „Reha-QM-Outcome-Studie“ des Qualitätsverbundes Gesundheit und der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg. *23. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium*. S. 188-190.

- Nuissel H. (2002): Bausteine des Vertrauens – Eine Begriffsanalyse. *Berliner Journal für Soziologie*; 1: 87-108.
- Numerato D., Salvatore D., Fattore G. (2012): The impact of management on medical professionalism: a review. *Sociology of Health and Illness*; 34 (4): 626-644.
- Ommen O., Driller E., Köhler T., Kowalski C., Ernstmann N., Neumann M., Steffen P., Pfaff H. (2009): The Relationship between Social Capital in Hospitals and Physician Job Satisfaction. *BMC Health Services Research*; 9: 81-90.
- Oschmianski F., Kühl J. (2010): Wohlfahrtstaatliche Grundmodelle. Verfügbar unter: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/arbeitsmarktpolitik/55072/wohlfahrtsstaatliche-grundmodelle?p=all> (letzter Zugriff: 03.07.2014).
- Osmani F., Maliqui G. (2012): Performance Management, Its Assessment and Importance. *Social and Behavioral Sciences*; 41: 434-441.
- Ostrom E. (2000): Social Capital: a fad or fundamental concept? In: Dasgupta P., Stiglitz J. (Hrsg.): *Social Capital. A Multifaceted Perspective*. Washington: The World Bank. S. 172-214.
- Ostrom E. (2009): Beyond Markets and States: Polycentric Governance of Complexity Economic Systems. *Prize Lecture*, 8. Dezember 2009.
- Ouchi W.G. (1980): Markets, Bureaucracies, and Clans. *Administrative Science Quarterly*; 25 (1): 19-29.
- Park Y.-K., Kabst R., Steinmetz H., Turner M. (2009): Organizational Commitment and Job Involvement in Deutschland und Südkorea. Eine bedürfnisorientierte empirische Analyse. In: Schreyögg G. & Sydow J. (Hrsg.): *Verhalten in Organisationen: Managementforschung 19*. Wiesbaden: Gabler Verlag. S. 1-30.
- Parmelli, E., Flodgren, G., Schaafsma, M.E., Baillie, N., Beyer, F.R., Eccles, M.P. (2011): The effectiveness of strategies to change organisational culture to improve healthcare performance (Review). *The Cochrane Collaboration*.
- Peter, C. (2006): Beziehungskonstellationen zwischen Patienten und Professionellen im organisatorischen Kontext des Krankenhauses – drei Beispiele. *Zeitschrift für Qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung*; 7: 69-92.
- Peterson R.A. (1994): A Meta-analysis of Cronbach's Coefficient Alpha. *Journal of Consumer Research*; 21 (2): 381–391.
- Pfadenhauer M. & Sander T. (2010): Professionssoziologie. In: Kneer G. & Schroer M. (Hrsg.): *Handbuch spezielle Soziologien*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 361-378.
- Pfaff, H. (2003): Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: Pfaff, H., Schrappe, M., Lauterbach, K.W. (Hrsg.): *Gesundheitsversorgung und Disease Management*. Bern: Hans Huber Verlag. S. 13-23.
- Pfaff H., Badura B., Pühlhofer F., Siewerts D. (2005): Das Sozialkapital der Krankenhäuser - wie es gemessen und gestärkt werden kann. In: Badura B., Schellschmidt H., Vetter C. (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2004 Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen*. Berlin: Springer. S. 81–108.

Pfaff H., Albert U.-S., Bornemann R., Ernstmann N., Gostomzyk J., Gottwik M.G., Heller G., Karbach U., Ommen O., Wirtz M. (2009): Methoden für die organisationsbezogene Versorgungsforschung. *Das Gesundheitswesen*; 71: 777-790.

Plsek P.E., Wilson T. (2001): Complexity Science. Complexity, leadership, and management in healthcare organisations. *British Medical Journal*; 323: 746-749.

Pötschke M. (2014): Aktuelle Probleme der Modellierung von Mehrebenen-Daten. *Kölner Zeitschrift für Soziologie*; 66: 219-239.

Pohontsch N., Raspe H., Welti F., Meyer T. (2011): Die Bedeutung des Wunsch- und Wahlrechts des § 9 SGB IX für die medizinische Rehabilitation aus Sicht der Rehabilitanden. *Die Rehabilitation*; 50 (04): 244–250.

Prognos (2009): Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum. Verfügbar unter: [http://www.prognos.com/Publications.520+M554a865fa4a.0.html?&tx_atwpubdb_pi1\[showUid\]=231](http://www.prognos.com/Publications.520+M554a865fa4a.0.html?&tx_atwpubdb_pi1[showUid]=231) (letzter Zugriff: 04.07.2014).

Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Centre (1998): WHO (Fünf) - Fragebogen zum Wohlbefinden. Verfügbar unter: http://www.psykiatri-regionh.dk/NR/rdonlyres/3F12728C-B0CD-4C50-A714-B6064159A314/0/WHO5_German.pdf (letzter Zugriff: 07.07.2014).

Pundt J., Dress L. (2011): Asymmetrien in den Gesundheitsberufen: Männer- oder Frauendomäne? *Public Health Forum*; 19 (71): 15.e1-15.e4.

Putnam R.D. (1993): The prosperous community. social capital and public life. *The American Prospect*; 4 (13): 1–11.

Putnam R.D. (2000): *Bowling Alone. The Collapse and Revival of American Community*. New York, London, Toronto, Sydney: Simon & Schuster Paperbacks.

Putnam R.D., Goss K.A. (2001): Einleitung. In: Putnam R.D. (Hrsg.): *Gesellschaft und Gemeinsinn. Sozialkapital im internationalen Vergleich*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.

Quaschnig K., Körner M., Wirtz M. (2013): Analyzing the effects of shared decision-making, empathy and team interaction on patient satisfaction and treatment acceptance in medical rehabilitation using a structural equation modeling approach. *Patient Education and Counseling*; 91: 167-175.

Ramanujam R., Rousseau D.M. (2006): The challenges are organizational not just clinical. *Journal of Organizational Behavior*; 27 (7): 811–827.

Rasch B., Friese M., Hofmann W., Naumann E. (2010): *Quantitative Methoden. Band 2*. (3. Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer. S. 1-53.

Raspe H., Ekkernkamp M., Matthis C., Raspe A., Mittag O. (2005): Bedarf an rehabilitativen Leistungen: Theorie und Empirie. *Die Rehabilitation*; 44 (6): 325-334.

Raspe H. (2008): Management of chronic low back pain in 2007 – 2008. *Current Opinion in Rheumatology*; 20: 276-281.

Raspe H., Pfaff H., Härter M., Hart D., Koch-Gromus U., Schwarz F.-W., Siegrist J., Wittchen H.U., Wissing F. (2008): Versorgungsforschung in Deutschland: Stand - Perspektiven – Förderung. Stellungnahme. Verfügbar unter: http://www.dfg.de/download/pdf/dfg_im_profil/reden_stellungnahmen/2010/stellungnahme_versorgungsforschung.pdf (letzter Zugriff: 04.07.2014).

Ratzel R., Luxenburger B. (2008): *Handbuch Medizinrecht*. Bonn: Deutscher Anwaltverlag & Institut der Anwaltschaft GmbH.

Raudenbush S.W., Yang M.-L., Yosef M. (2000): Maximum Likelihood for Generalized Linear Models with Nested Random Effects via High-Order, Multivariate Laplace Approximation. *Journal of Computational and Graphical Statistics*; 9 (1): 141-157.

Reeves S., Lewin S., Espin S., Zwarenstein M. (2010): *Interprofessional teamwork for health and social care*. Oxford: Wiley Blackwell.

Reichard C. (2010): Individuelles Performance Management als Ansatz der Leistungssteuerung im öffentlichen Dienst. In: Koch R., Conrad P., Lorig W.H. (Hrsg.): *New Public Service*. (2. überarb. Aufl.). Wiesbaden: Gabler Verlag.

Richter M., Schmid-Ott G., Muthny F.A. (2011a): Wahrgenommene Informationsvermittlung und Partizipation von Patienten in der kardiologischen Rehabilitation - Ausprägung und Zusammenhänge mit Reha-Outcome und Selbstwirksamkeit. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*; 21: 126–130.

Richter M., Schmid-Ott G., Muthny F.A. (2011b): Informationsvermittlung und Partizipation aus Sicht von psychosomatischen Rehabilitanden. Ausprägung und Zusammenhänge mit Zufriedenheit und Reha-Outcome. *Psychiatrische Praxis*; 38: 237–243.

Rimann M., Udris I. (1997): *Fragebogen – Salutogenetische subjektive Arbeitsanalyse (SALSA)*. Eidgenössische Technische Hochschule Zürich Institut für Arbeitspsychologie. Zürich.

Rixgens P. (2010): Messung von Sozialkapital im Betrieb durch den "Bielefelder Sozialkapital-Index" (BISI). In: Badura B., Schellschmidt H., Vetter C. (Hrsg.): *Fehlzeitenreport 2009: Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren, Wohlbefinden fördern*. Berlin: Springer Verlag. S. 263–271.

Rixgens P., Badura B. (2012): Arbeitsbedingungen, Sozialkapital und gesundheitliches Wohlbefinden - Differenzen in den Einschätzungen von Führungskräften und Mitarbeitern. In: Badura B., Schellschmidt H., Vetter C. (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2011: Führung und Gesundheit: Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*. Berlin: Springer Verlag. S. 49–58.

Rizzolatti G., Sinigaglia C. (2006): *Mirrors in the Brain. How our Minds share Actions and Emotions*. New York: Oxford University Press.

Robbins SP., Judge TC., Campbell TC. (2010): *Organizational Behavior*. Upper Saddle River: Financial Times Prentice Hall.

Rogler G. (2008): Der Arzt als Dienstleister – der Patient als Kunde. Im ethischen Konfliktfeld zwischen Patientenautonomie und evidenzbasierter Medizin. In: Kingreen T., Laux B. (Hrsg.): *Gesundheit und Medizin im interdisziplinären Diskurs*. Berlin, Heidelberg: Springer. S. 69-87.

Rohkamm R. (2009): *Taschenatlas Neurologie*. (3. vollst. überarb. Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Rosenbrock R., Gerlinger T. (2014): *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. (3. vollst. überarb. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.

Rosewilliam S., Roskell C.A., Pandyan A. (2011): A systematic review and synthesis of quantitative and qualitative evidence behind patient-centred goal setting in stroke rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*; 25 (6): 501–514.

Rudolf R., Müller J. (2004): *Multivariate Verfahren. Eine praxisorientierte Einführung mit Anwendungsbeispielen in SPSS*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Sackett D., Rosenberg W.C., Gray J., Haynes R.B., Richardson W.S. (1996): Evidence based medicine: what is and what it isn't. *British Medical Journal*; 312: 71-72.

Schein E.H. (1995): *Unternehmenskultur. Ein Handbuch für Führungskräfte*. Frankfurt am Main, New York: Campus-Verl.

Schneeweiss S., Sangha O. (2001): Leistungsvergleiche in der Medizin: Bedarf, Anforderung und Wege zur Akzeptanz. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 126: 918-924.

Schmacke, N. (2004): Versorgungsforschung – auf dem Weg zu einer Theorie der „letzten Meile“. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*; 9: 167-171.

Schmacke, N. (2007): Hoffnungsträger oder Modernismus? *Gesellschaft+Gesundheit Wissenschaft*; 1 (7): 7-13.

Schmidt-Ohlemann, M., Schweizer, C. (2009): Mobile Rehabilitation: Eine Innovation in der ambulanten medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*; 48: 15-25.

Schott T. (1987): Frühberentung nach Herzinfarkt – Folgen und Auswirkungen auf Krankheitsbewältigung und Lebensqualität. In: Badura B., Kaufhold G., Lehmann H., Pfaff H., Schott T., Waltz M. (Hrsg.): *Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozioepidemiologische Studie*. Berlin, Heidelberg: Springer. S. 257-285.

Schott T. (1996): *Rehabilitation und die Wiederaufnahme der Arbeit. Eine sozioepidemiologische Untersuchung über den Erfolg medizinischer Rehabilitation nach Herzerkrankungen bei der Wiederaufnahme der Erwerbsfähigkeit*. Dissertation Universität Bielefeld. Weinheim, München: Juventa Verlag.

Schott T. (2011): Rehabilitation – was ist und was nötig ist. *Public Health Forum*; 73 (19): 2-4.

Schott T., Hornberg C. (2011): *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schott T., Razum O. (2013): *Migration und Medizinische Rehabilitation*. Weinheim, Basel: Juventa Beltz.

Schreyögg G. (1996): *Grundlagen der modernen Organisationsgestaltung*. Wiesbaden: Dr. Th. Gabler.

Schüle J.A. (1986): *Mikrosoziologie. Ein interaktionsanalytischer Zugang*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Schwartz F.W. (1998): Public Health: Zugang zu Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung, Analysen für effektive und effiziente Lösungsansätze. In: Schwartz F.W., Badura B., Leidl R., Raspe H., Siegrist J. (Hrsg.): *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München, Wien: Urban & Schwarzenberg. S. 2-7.

Schwartz F.W., von Troschka J., Walter U. (1999): Entwicklung der Forschungslandschaft Public Health in Deutschland. In: DGPH (Hrsg.): *Public-Health-Forschung in Deutschland*. Bern: Verlag Hans Huber. S. 23-32.

Schweer K.W. (2012): Vertrauen als Organisationsprinzip in interorganisationalen Kooperationen. In: Schlichter C., Will-Zocholl M., Ziegler M. (Hrsg.): *Vertrauen und Kooperation*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 103-121.

Scott W.R. (1965): Reactions to Supervision in a Heteronomous Professional Organization. *Administrative Science Quarterly*; 10 (1): 65–81.

Scott W.R. (1971): Konflikte zwischen Spezialisten und bürokratischen Organisationen. In: Mayntz R. (Hrsg.): *Bürokratische Organisation*. (2. Aufl.). Köln: Kiepenheuer & Witsch. S. 201–216.

Scott T., Mannion R., Marshall M., Davies H. (2003): Does organisational culture influence health care performance? A review of the evidence. *Journal of Health Services Research*; 8 (2): 105–117.

Secanell M., Groene O., Arah O.A., Lopez M.A., Kutryba B., Pfaff H., Klazinga N., Wagner C., Kristensen S., Bartels P.D., Garel P., Bruneau C., Escoval A., Franca M., Mora N., Sunol R. (2014): Deepening our understanding of quality improvement in Europe (DUQuE): overview of a study of hospital quality management in seven countries. *International Journal for Quality in Health Care*; 26 (S1): 5-15.

Senge K. (2011): *Das Neue am Neo-Institutionalismus. Der Neo-Institutionalismus im Kontext der Organisationswissenschaft*. Wiesbaden: VS Verlag.

Shaw C.D., Groene O., Botje D., Sunol R., Kutryba B., Klazinga N., Bruneau C., Hammer A., Wang A., Arah O.A., Wagner C. (2014): The effect of certification and accreditation on quality management in 4 clinical services in 73 European hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*; 26 (S1): 100-107.

Simon M. (2001): Die Ökonomisierung des Krankenhauses: der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen. *Veröffentlichungsreihe der Forschergruppe Public Health, WZB Berlin für Sozialforschung*; No. P01-205.

Simon D., Loh A., Härter, M. (2008). Grundlagen der partizipativen Entscheidungsfindung und Beispiele der Anwendung in der Rehabilitation. *Die Rehabilitation*; 27: 84-89.

Smith A. (1974): *Der Wohlstand der Nationen: eine Untersuchung seiner Natur und seiner Ursachen*. München: C.H. Beck.

Snijders T.A.B., Bosker R.J. (1999): *Multilevel Analysis: An Introduction to Basic and Advanced Multilevel Modeling*. (2. Aufl.). London: Sage Publishers.

Snijders T.A.B. (2005): Power and sample size in multilevel modeling. In: Everitt B.S., Howell D.C. (Hrsg.): *Encyclopedia of Statistics in Behavioral Science*; 3: Chicester: Wiley. S. 1570-1573.

Song Y., Skinner J., Byum J., Sutherland J., Wennberg J.D., Fisher E.S. (2010): Regional Variations in Diagnostic Practices. *The New England Journal of Medicine: Research & Review*; 363 (1): 45-53.

Sourdif J. (2004): Predictors of nurses' intent to stay at work in a university health center. *Nursing and Health Sciences*; 6: 59-68.

Spieser A., Mittag O., Brüggemann S., Jäckel W.H. (2012): Akzeptanz und Praktikabilität der Reha-Therapiestandards für die Rehabilitation nach Hüft- und Kniegelenks-Totalendoprothese (TEP) – Ergebnisse einer Anwenderbefragung zur Pilotversion. *Die Rehabilitation*; 51: 229-236.

Spitzmüller C., Glenn D.M., Barr C.D., Rogelberg S.G., Daniel P. (2006): „If you treat me right, I reciprocate“: Examining the role of exchange in organizational survey response. *Journal of Organizational Behavior*; 27: 19-35.

Spyra K., Müller-Fahrnow W., Blume C., Böttcher M., Erhart M., Streibelt M. (2008): Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMKs) und die Option einer finanziellen Vergütung im Sinne von Rehabilitanden-Management-Pauschalen (RMKs). *Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*; 80: 108-129.

Spyra K. (2010): Auf dem Weg zu Reha-DRG. *Deutsches Ärzteblatt*; 107 (39): 1851-1854.

StaBa (2013): *Grunddaten der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen*. Fachserie 12, Reihe 6.1.2.

StaBa (2014): *Gesundheit. Ausgaben*. Fachserie 12, Reihe 7.1.1.

Stachowiak H. (1973): Der allgemeine Modellbegriff. In: Stachowiak H. (Hrsg.): *Allgemeine Modelltheorie*. Wien, New York: Springer Verlag. S.128-160.

Stähler T., Cibis W. (2008): Qualitätsmanagement und Zertifizierung von stationären Rehabilitationseinrichtungen – Umsetzung des § 20 Abs. 2a SGB IX. *Die Rehabilitation*; 47 (2): 126–128.

Stamer M., Zeisberger M., Kleineke V., Brandes I., Meyer T. (2014): *MeeR – Merkmale einer guten und erfolgreichen Reha-Einrichtung*. Forschungsprojekt im Auftrag der DRV Bund. Abschlussbericht. Medizinische Hochschule Hannover.

Stanley, H., Udy, J.R. (1971): Bürokratische und rationale Elemente in Webers Bürokratiekonzeption. In: Mayntz R. (Hrsg.): *Bürokratische Organisation*. Köln, Berlin: Kiepenheuer & Witsch. S. 62-68.

Steinke M. (2013): Investitionen in das Sozialkapital und ihre Wirksamkeit – eine Längsschnittstudie. In: Badura B., Greiner W., Rixgens P., Ueberle M., Behr M. (Hrsg.): *Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg*. (2. Aufl.). Heidelberg: Springer. S. 303-319.

Steinke M., Luschnat S., McCall T. (2013): Symptome erkrankter Organisationen – der Einfluss des Sozialkapitals auf Mobbing und innere Kündigung. In: Badura B., Greiner W., Rixgens P., Ueberle M., Behr M. (2013): *Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg*. (2. Aufl.). Heidelberg: Springer. S. 187-209.

Stevens J.P. (2007): *Intermediate Statistics. A Modern Approach*. (3. Aufl.) Erlbaum: London. S. 45-103.

Strasser D.C., Falconer J.A., Herrin J., Bowen S.E., Stevens A.B., Uomoto J. (2005): Team functioning and patient outcomes in stroke rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*; 86: 403-407.

Striem J., Øvretveit J., Brommels M. (2003): Is health care a special challenge to quality management? Insights from the Danderyd Hospital case. *Quality Management in Health Care*; 12 (4): 250–258.

SVR (2000/ 2001): *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*. Verfügbar unter: http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2000-2001/kurzfdde00.pdf (letzter Zugriff: 03.07.2014).

Sydow J., Windeler A. (2000): Steuerung von und in Netzwerken – Perspektiven, Konzepte, vor allem aber offene Fragen. In: Sydow J., Windeler A. (Hrsg.): *Steuerung von Netzwerken. Konzepte und Praktiken*. Opladen, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag. S.1-24.

Taylor S. E., Klein L. C., Lewis B. P., Gruenewald T. L., Gurung R. A. R., Updegraff J. A. (2000): Biobehavioral Responses to Stress in Females: Tend-and-Befriend, Not Fight-or-Flight. *Psychological Review*; 107 (3): 411-429.

Titscher S., Meyer M., Mayrhofer W. (2008): *Organisationsanalyse. Konzepte und Methoden*. Wien: Facultas Verlag.

Tomasello M. (2010): *Warum wir kooperieren*. Berlin: Suhrkamp.

Tucker J., Parry G., McCabe C., Nicolson P., Tarnow-Mordi W. (2001): Patient volume, staffing, and workload in relation to risk-adjusted outcomes in random stratified sample of UK neonatal intensive care units: a prospective evaluation. *The Lancet*; 359: 99-107.

Vahey D.C., Aiken L.H., Sloane D.M., Clarke S.P., Vargas D. (2004): Nurse Burnout and Patient Satisfaction. *Medical Care*; 42: 1157-1166.

Vahs D., Schäfer-Kunz J. (2007): *Einführung in die Betriebswirtschaftslehre*. (5. Aufl.). Stuttgart: Schäffer-Pöschel Verlag.

van der Geer E., van Tuijl H.F.J.M., Rutte C.G. (2009): Performance management in healthcare: Performance indicator development task uncertainty, and types of performance indicators. *Social Science & Medicine*; 69: 1523-1530.

van Suntum U. (2005): *Die unsichtbare Hand: Ökonomisches Denken gestern und heute*. Berlin: Springer.

Vogd W. (2002): Professionalisierungsschub oder Auflösung ärztlicher Autonomie. Die Bedeutung von Evidence Based Medicine und der neuen funktionalen Eliten in der Medizin aus system- und interaktionstheoretischer Perspektive. *Zeitschrift für Soziologie*; 31 (4): 294-315.

von Eiff W., Schüring S., Niehues C. (2011): *REDIA. Auswirkungen der DRG-Einführung auf die medizinische Rehabilitation – Ergebnisse einer prospektiven medizin-ökonomischen Langzeitstudie 2003-2011*. Berlin: Lit Verlag.

von Goethe J.-W. (1907): *Maximen und Reflexionen*. Nach den Handschriften des Goethe- und Schiller-Archivs herausgegeben von Max Hecker. Weimar: Verlag der Goethe-Gesellschaft.

von Troschke J. (2002): Geschichte und Entwicklung von Gesundheitswissenschaften und Public Health in Deutschland. *Public Health Forum*; 10 (36): 4-5.

Waisel D.B. (2005): Developing social capital in the operating room: the use of population-based techniques. *Anesthesiology*; 103 (6): 1305–1310.

Waters M. (1989): Collegiality, Bureaucratization, and Professionalization: A Weberian Analysis. *American Journal of Sociology*; 94 (5): 945-972.

Weber, M. (1972): *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie*. Tübingen: J. C. B. Mohr.

Wegscheider K. (2004): Methodische Anforderungen an Einrichtungsvergleiche ("Profiling") im Gesundheitswesen. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*; 98: 647–654.

Wehrich M., Dunkel W. (2003): Abstimmungsprobleme in Dienstleistungsbeziehungen. Ein handlungstheoretischer Zugang. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*; 55 (4): 758-781.

Weller R. (2013): Der Einfluss des Sozialkapitals auf das Qualitätsbewusstsein im Krankenhaus. In: Badura B., Greiner W., Rixgens P., Ueberle M., Behr M. (2013): *Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg*. (2. Aufl.). Heidelberg: Springer. S. 187-209.

Welti F. (2002): Das SGB IX in der Entwicklung des Sozialrechts. *Die Rehabilitation*; 41: 268-273.

Welti T. (2005): *Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat - Freiheit, Gleichheit und Teilhabe behinderter Menschen*. Habilitationsschrift. Tübingen: Mohr Siebeck.

Wennberg J., Gittelsohn A. (1973): Small Area Variations in Health Care Delivery. *Science*; 182: 1102-1110.

Wennberg J.E. (2002): Unwarranted variations in healthcare delivery: implications for academic medical centres. *British Medical Journal*; 325: 961–964.

Wennberg J.E. (2010): *Tracking Medicine. A Researcher's Quest to understand Health Care*. Oxford, New York: Oxford University Press.

Wennberg J.E. (2011): Time to tackle unwarranted variations in practice. *British Medical Journal*; 342 (26): 687–690.

Westermann R. (1985): Empirical tests of scale type for individual ratings. *Applied Psychological Measurement*; 9: 265-274.

WHO (2005): ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. *Deutsches Institut für medizinische Information und Dokumentation*.

Wilson D.S., Wilson E.O. (2009): Evolution – Gruppe oder Individuum? *Spektrum der Wissenschaft*, 1: 32-41.

Winter H., Rommel T. (1999): *Adam Smith für Anfänger: Der Wohlstand der Nationen: eine Lese-Einführung*. München: Dt. Taschenbuch-Verlag.

Zucker L.G. (1986): Production of Trust: Institutional Sources of Economic Structure, 1840-1920. *Research of Organizational Behavior*, 8: 53-111.

Zwarenstein M., Goldman J., Reeves S. (2009): Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review). *The Cochrane Collaboration*.

Gesetzestexte

Gesetz zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (BeitrEntiG) (01.11.1996). Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 55. Verfügbar unter: [http://www.bgbl.de/banzxaver/bgbl/start.xav?start=//*\[@attr_id=%27bgbl196s1631.pdf%27\]#__bgbl__%2F%2F*\[%40attr_id%3D%27bgbl196s1631.pdf%27\]__1404457374578](http://www.bgbl.de/banzxaver/bgbl/start.xav?start=//*[@attr_id=%27bgbl196s1631.pdf%27]#__bgbl__%2F%2F*[%40attr_id%3D%27bgbl196s1631.pdf%27]__1404457374578) (letzter Zugriff: 04.07.2014).

Gesetz zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung (RVorG) (01.01.2005). Verfügbar unter: <http://www.buzer.de/gesetz/606/> (letzter Zugriff 16.07.2014).

SGB IX: Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Verfügbar unter: http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_9/gesamt.pdf (letzter Zugriff: 19.02.2014).

SGB VI: Sechstes Buch (VI) - Gesetzliche Rentenversicherung. Verfügbar unter: http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_6/gesamt.pdf (letzter Zugriff: 19.02.2014).

Anhang 1: Im Rahmen der Organisationsdiagnostik eingesetzte Skalen

Sozialkapital nach Badura et al. 2006/ 2007 (BISI)
(psychometrisch überprüfte Kurzskala nach Rixgens 2010)

| C 1 | In meiner Abteilung ... | | | | |
|--------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | | trifft voll und ganz zu | trifft eher zu | trifft eher nicht zu | trifft überhaupt nicht zu |
| | ist der Umgangston zwischen den Kollegen meistens gut. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | sind die Kollegen in hohem Maße bereit, sich füreinander einzusetzen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | passen die Kollegen menschlich gut zusammen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | gehen wir zusammen durch dick und dünn. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | fühle ich mich im Kollegenkreis insgesamt sehr wohl. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | kann man sich auf die Kollegen verlassen, wenn es nötig ist. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | halten alle ganz gut zusammen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ist es üblich, dass man sich gegenseitig hilft und unterstützt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | steht keiner außerhalb. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ist das gegenseitige Vertrauen so groß, dass wir auch über persönliche Probleme offen reden können. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(Netzwerkcapital)

| C 2 | In unserer Reha-Einrichtung ... | | | | |
|--------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | | trifft voll und ganz zu | trifft eher zu | trifft eher nicht zu | trifft überhaupt nicht zu |
| | setzen sich fast alle mit großem Engagement für die Ziele der Einrichtung ein. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | kann man sich als Beschäftigter voll und ganz auf die Einrichtungsleitung verlassen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | gibt es gemeinsame Visionen bzw. Vorstellungen darüber, wie sich die Einrichtung weiterentwickeln soll. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | gibt es insgesamt einen sehr großen Teamgeist. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ist die Wertschätzung eines jeden einzelnen Mitarbeiters sehr hoch. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | orientieren sich Vorgesetzte und Mitarbeiter bei ihrer täglichen Arbeit sehr stark an gemeinsamen Regeln und Werten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | werden Konflikte und Meinungsverschiedenheiten sachlich und vernünftig ausgetragen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | werden alle Beschäftigten gleich behandelt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | habe ich insgesamt den Eindruck, dass es fair und gerecht zugeht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Unsere Einrichtung kann man fast mit einer großen Familie vergleichen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(Wertekapital)

| D 1 Mein direkter Vorgesetzter... | | trifft voll und ganz zu | trifft eher zu | trifft eher nicht zu | trifft überhaupt nicht zu |
|--------------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | steht zu dem, was er sagt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | informiert seine Mitarbeiter über alle wichtigen Dinge der Abteilung und der Reha-Einrichtung schnell und zuverlässig. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | hat für seine Mitarbeiter immer „ein offenes Ohr“. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ist ein Mensch, dem man in jeder Situation absolut vertrauen kann. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | achtet darauf, dass seine Mitarbeiter sich beruflich weiterentwickeln können. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | behandelt alle seine Mitarbeiter fair und gerecht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ist für seine Mitarbeiter ein echtes Vorbild. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | wird von allen seinen Mitarbeitern als „Chef“ anerkannt und akzeptiert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | erkennt die Leistung seiner Mitarbeiter an. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | versteht sich insgesamt sehr gut mit seinen Mitarbeitern. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(Führungskapital)

Rollenklarheit/ Klarheit der Aufgabe nach Nübling et al. 2007 (COPSOQ)

Partizipationsmöglichkeiten bei der Arbeit nach Rimann & Udris 1997 (SALSA)

Qualitätsmanagement und Qualitätszirkel

| B 2 Bitte geben Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen zutreffen. | | trifft voll und ganz zu | trifft eher zu | trifft eher nicht zu | trifft überhaupt nicht zu |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Für meine Arbeit gibt es klare Vorgaben und Ziele. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Bei wichtigen Entscheidungen in meiner Abteilung kann ich fast immer mitreden und mitentscheiden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Wenn ich eine gute Idee habe, kann ich sie in meinem Arbeitsbereich auch verwirklichen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Ich weiß genau, welche Aufgaben in meinen Verantwortungsbereich fallen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Ich weiß genau, was von mir bei der Arbeit erwartet wird. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Ich weiß immer ganz genau, wie weit meine Befugnisse bei der Arbeit reichen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | In meiner Abteilung kommt es öfter vor, dass ich vor vollendete Tatsachen gestellt werde. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Maßnahmen des Qualitätsmanagements werden bei uns sehr ernstgenommen und zur Weiterentwicklung der Einrichtung genutzt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Bei uns haben Qualitätszirkel stattgefunden, die sich positiv auf den Klinikalltag auswirkten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Interdisziplinarität

| | | | | |
|----------------------|---|---|------|--|
| F 2 | Wie häufig finden Teamsitzungen statt, an denen unterschiedliche Berufsgruppen teilnehmen? | gelegentlich (in Einzelfällen) <input type="checkbox"/> | oder | routinemäßig <input type="checkbox"/> |
| | Wie werden patientenindividuelle Therapieziele festgelegt? | disziplinbezogen <input type="checkbox"/> | oder | gemeinsam im Team <input type="checkbox"/> |
| | Können sich alle Teammitglieder unterschiedlicher Berufsgruppen in eine Diskussion über Therapiepläne einbringen? | minimal <input type="checkbox"/> | oder | ständig <input type="checkbox"/> |
| | Welche Patienten werden gemeinsam mit Behandlern unterschiedlicher Berufsgruppen besprochen? | Problemfälle <input type="checkbox"/> | oder | jeder Patient <input type="checkbox"/> |
| | Wie empfinden Sie die Rangordnung innerhalb des Behandlungsteams? | stark hierarchisch <input type="checkbox"/> | oder | hierarchisch bis gleichrangig <input type="checkbox"/> |

Teamorientierung nach Körner et al. 2008

| | | | | | |
|----------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| F 3 | Bitte geben Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen auf die Arbeit mit unterschiedlichen Berufsgruppen zutreffen. | trifft voll und ganz zu | trifft eher zu | trifft eher nicht zu | trifft überhaupt nicht zu |
| | Die Behandler arbeiten Hand in Hand. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Die Kommunikation im Team funktioniert gut. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Abspraken zwischen den Behandlern untereinander funktionieren gut. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | In der Klinik herrscht insgesamt ein freundliches Klima. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Die einzelnen Teammitglieder gehen respektvoll miteinander um. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Die einzelnen Behandlungen sind gut aufeinander abgestimmt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Problemkultur

| | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mein Team verschweigt schwerwiegende Probleme oder „kehrt diese unter den Teppich“. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Wohlbefinden WHO-Index 1998

| | | | | | | | |
|----------------------|---|--------------------------|--------------------------|---------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| H 3 | In den letzten zwei Wochen... | die ganze Zeit | meistens | etwas mehr als die Hälfte | etwas weniger als die Hälfte | ab und zu | zu keinem Zeitpunkt |
| | war ich froh und guter Laune. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | habe ich mich energisch und aktiv gefühlt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | war mein Alltag voller Dinge, die mich interessierten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sinnhaftigkeit der Arbeit nach Badura et al. 2006/ 2007 (ProSoB)

Commitment

| | | | | | |
|--------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| I 1 | Bitte geben Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen. | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Ich habe fast immer das Gefühl, dass meine Arbeit wirklich wichtig ist. | trifft voll und ganz zu | trifft eher zu | trifft eher nicht zu | trifft überhaupt nicht zu |
| | <input type="checkbox"/> Ich bin stolz darauf, für diese Einrichtung arbeiten zu können. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> Ich erlebe meine Arbeit in der Regel als persönliche Bereicherung. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> Ich rede gerne mit Freunden oder meiner Familie über meine Arbeit und die Reha-Einrichtung. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> Ich habe den Eindruck, dass ich durch meine Arbeit maßgeblich zum Erfolg der Reha-Einrichtung beitrage. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> Unsere Einrichtung ist im Vergleich zu anderen Einrichtungen etwas Besonderes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Anhang 2: Ergebnisse der Hauptkomponentenanalyse und Reliabilitätsprüfung der eingesetzten Skalen

Dimensionsreduzierung (PCA):

Sozialkapital: KMO-Wert=0,97 (Bartlett's Test $\leq 0,000$, d.f.=435)

| Rotierte Komponentenmatrix ^a | | | |
|---|-------------|------|------|
| Variablen | Komponenten | | |
| | 1 | 2 | 3 |
| guter Umgangston zwischen den Kollegen | ,178 | ,756 | ,135 |
| Kollegen setzen sich füreinander ein | ,168 | ,828 | ,188 |
| Kollegen passen menschlich gut zusammen | ,162 | ,838 | ,165 |
| Kollegen gehen durch dick und dünn | ,173 | ,801 | ,218 |
| wohlfühlen im Kollegenkreis | ,205 | ,808 | ,204 |
| Verlass auf Kollegen | ,227 | ,794 | ,194 |
| guter Zusammenhalt unter Kollegen | ,195 | ,830 | ,236 |
| gegenseitige Unterstützung & Hilfe | ,217 | ,813 | ,192 |
| es steht keiner außerhalb | ,139 | ,710 | ,219 |
| großes gegenseitiges Vertrauen im Kollegenkreis | ,205 | ,724 | ,202 |
| großes Engagement für Organisationsziele | ,105 | ,211 | ,649 |
| Verlass auf Einrichtungsleitung | ,345 | ,122 | ,731 |
| Vorhandensein von Visionen | ,216 | ,105 | ,688 |
| großer Teamgeist | ,193 | ,323 | ,730 |
| große gegenseitige Wertschätzung | ,317 | ,251 | ,740 |
| Orientierung an Werten und Regeln | ,348 | ,203 | ,693 |
| sachliche Austragung von Konflikten | ,357 | ,266 | ,598 |
| Gleichbehandlung von Beschäftigten | ,363 | ,164 | ,673 |
| fairer & gerechter Umgang in Einrichtung | ,380 | ,226 | ,698 |
| Einrichtung vergleichbar mit großer Familie | ,238 | ,288 | ,732 |
| Vorgesetzter steht zu dem was er sagt | ,788 | ,148 | ,286 |
| Vorgesetzter informiert die Mitarbeiter | ,737 | ,169 | ,279 |
| Vorgesetzter hat ein offenes Ohr | ,810 | ,203 | ,208 |
| Vorgesetzter ist absolute Vertrauensperson | ,831 | ,200 | ,249 |
| Vorgesetzter achtet auf berufliche Weiterentwicklung | ,666 | ,249 | ,256 |
| Vorgesetzter handelt fair und gerecht | ,808 | ,211 | ,267 |
| Vorgesetzter ist echtes Vorbild | ,807 | ,172 | ,291 |
| Vorgesetzter genießt Akzeptanz und Anerkennung | ,702 | ,200 | ,282 |
| Vorgesetzter erkennt Leistungen an | ,776 | ,227 | ,249 |
| Vorgesetzter versteht sich gut mit Mitarbeitern | ,763 | ,222 | ,259 |
| Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization. a. Rotation converged in 6 iterations. | | | |

Block 1: Netzwerkkapital (BISI)

Block 2: Wertekapital (BISI)

Block 3: Führungskapital (BISI)

Reliabilitätsanalyse:

Trennschärfekoeffizienten der Netzwerkkapital-Skala

| Item-Total Statistics | | | | | |
|---|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| Variable | Scale Mean if Item deleted | Scale Variance if Item deleted | Corrected Item-Total Correlation | Squared Multiple Correlation | Cronbach's Alpha if Item deleted |
| guter Umgangston zwischen den Kollegen | 17,7938 | 34,732 | ,731 | ,562 | ,949 |
| Kollegen setzen sich füreinander ein | 18,0953 | 32,975 | ,824 | ,703 | ,945 |
| Kollegen passen menschlich gut zusammen | 18,1249 | 33,291 | ,829 | ,703 | ,944 |
| Kollegen gehen durch dick und dünn | 18,4933 | 32,271 | ,812 | ,685 | ,945 |
| wohlfühlen im Kollegenkreis | 17,9487 | 33,288 | ,819 | ,686 | ,945 |
| Verlass auf Kollegen | 17,9220 | 33,441 | ,804 | ,685 | ,945 |
| guter Zusammenhalt unter Kollegen | 18,1873 | 32,340 | ,854 | ,741 | ,943 |
| gegenseitige Unterstützung & Hilfe | 17,9810 | 33,243 | ,829 | ,710 | ,944 |
| es steht keiner außerhalb | 18,2012 | 33,313 | ,706 | ,506 | ,950 |
| großes gegenseitiges Vertrauen im Kollegenkreis | 18,4415 | 32,916 | ,733 | ,552 | ,949 |

Trennschärfekoeffizienten der Wertekapital-Skala

| Item-Total Statistics | | | | | |
|---|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| Variable | Scale Mean if Item deleted | Scale Variance if Item deleted | Corrected Item-Total Correlation | Squared Multiple Correlation | Cronbach's Alpha if Item deleted |
| großes Engagement für Organisationsziele | 13,3714 | 31,594 | ,586 | ,397 | ,928 |
| Verlass auf Einrichtungsleitung | 13,6297 | 29,157 | ,751 | ,580 | ,920 |
| Vorhandensein von Visionen | 13,6834 | 30,620 | ,636 | ,436 | ,926 |
| großer Teamgeist | 13,6513 | 29,678 | ,745 | ,596 | ,920 |
| große gegenseitige Wertschätzung | 13,8070 | 28,822 | ,798 | ,657 | ,918 |
| Orientierung an Werten und Regeln | 13,5889 | 29,770 | ,748 | ,581 | ,920 |
| sachliche Austragung von Konflikten | 13,6426 | 30,155 | ,685 | ,492 | ,924 |
| Gleichbehandlung von Beschäftigten | 13,9190 | 29,153 | ,730 | ,635 | ,921 |
| fairer & gerechter Umgang in Einrichtung | 13,7265 | 28,783 | ,782 | ,686 | ,918 |
| Einrichtung vergleichbar mit großer Familie | 14,0898 | 28,837 | ,761 | ,599 | ,920 |

Trennschärfekoeffizienten der Führungskapital-Skala

| Item-Total Statistics | | | | | |
|---|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| | Scale Mean if Item deleted | Scale Variance if Item deleted | Corrected Item-Total Correlation | Squared Multiple Correlation | Cronbach's Alpha if Item deleted |
| Vorgesetzter steht zu dem was er sagt | 16,7881 | 42,720 | ,810 | ,672 | ,947 |
| Vorgesetzter informiert die Mitarbeiter | 16,8452 | 42,929 | ,761 | ,600 | ,949 |
| Vorgesetzter hat ein offenes Ohr | 16,6880 | 42,600 | ,817 | ,683 | ,947 |
| Vorgesetzter ist absolute Vertrauensperson | 16,9994 | 41,315 | ,855 | ,755 | ,945 |
| achtet auf berufliche Weiterentwicklung | 16,8900 | 43,686 | ,695 | ,500 | ,952 |
| Vorgesetzter handelt fair und gerecht | 16,9604 | 41,887 | ,839 | ,723 | ,946 |
| Vorgesetzter ist echtes Vorbild | 17,1688 | 41,607 | ,844 | ,735 | ,946 |
| genießt Akzeptanz und Anerkennung | 16,8749 | 42,926 | ,740 | ,575 | ,950 |
| Vorgesetzter erkennt Leistungen an | 16,8265 | 42,542 | ,807 | ,668 | ,947 |
| Vorgesetzter versteht sich gut mit Mitarbeitern | 16,8161 | 43,210 | ,797 | ,660 | ,948 |

Dimensionsreduzierung (PCA):

Immaterielle Arbeitsbedingungen: KMO-Wert=0,83 (Bartlett's Test $\leq 0,000$, $d.f.=45$)

| Rotierte Komponentenmatrix^a | | | |
|---|--------------------|----------|----------|
| | Komponenten | | |
| | 1 | 2 | 3 |
| Vorgaben & Ziele der Arbeit | ,702 | ,089 | ,165 |
| klarer Verantwortungsbereich | ,776 | ,136 | ,169 |
| Klarheit von Erwartungen | ,823 | ,138 | ,076 |
| Klarheit der Befugnisse | ,763 | ,139 | ,086 |
| Mitreden bei Entscheidungen | ,240 | ,168 | ,802 |
| Einbringen von Ideen | ,197 | ,213 | ,790 |
| vor vollendete Tatsachen gestellt werden | ,030 | ,091 | ,767 |
| Arbeit ist wirklich wichtig | ,213 | ,797 | ,142 |
| Arbeit als persönliche Bereicherung | ,100 | ,776 | ,235 |
| Beitrag zum Organisationserfolg | ,119 | ,814 | ,088 |
| Extraction Method: Principal Component Analysis. | | | |
| Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization. | | | |
| a. Rotation converged in 4 iterations. | | | |

Block 1: Klarheit der Aufgabe/ Rollenklarheit (COPSOQ)

Block 2: Partizipationsmöglichkeiten bei der Arbeit (SALSA)

Block 3: Sinnhaftigkeit der Arbeit (ProSoB)

Reliabilitätsanalyse:

Trennschärfekoeffizienten der Skala Klarheit der Aufgabe/ Rollenklarheit

| Item-Total Statistics | | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| Variable | Scale Mean if Item deleted | Scale Variance if Item deleted | Corrected Item-Total Correlation | Squared Multiple Correlation | Cronbach's Alpha if Item deleted |
| Vorgaben & Ziele der Arbeit | 7,3330 | 2,430 | ,536 | ,297 | ,771 |
| klarer Verantwortungsbe- reich | 7,1552 | 2,491 | ,626 | ,406 | ,722 |
| Klarheit von Erwartungen | 7,1248 | 2,518 | ,652 | ,428 | ,712 |
| Klarheit der Befugnisse | 7,3517 | 2,429 | ,586 | ,358 | ,742 |

Trennschärfekoeffizienten der Skala Partizipationsmöglichkeiten bei der Arbeit

| Item-Total Statistics | | | | | |
|---|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| Variable | Scale Mean if Item deleted | Scale Variance if Item deleted | Corrected Item-Total Correlation | Squared Multiple Correlation | Cronbach's Alpha if Item deleted |
| Mitreden bei Entscheidungen | 3,1749 | 1,884 | ,648 | ,465 | ,571 |
| Einbringen von Ideen | 3,1667 | 2,112 | ,624 | ,445 | ,608 |
| vor vollendete Tatsachen gestellt werden | 3,5028 | 2,287 | ,461 | ,213 | ,789 |

Trennschärfekoeffizienten der Skala Sinnhaftigkeit der Arbeit

| Item-Total Statistics | | | | | |
|--|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| Variable | Scale Mean if Item deleted | Scale Variance if Item deleted | Corrected Item-Total Correlation | Squared Multiple Correlation | Cronbach's Alpha if Item deleted |
| Arbeit ist wirklich wichtig | 4,0044 | 1,690 | ,618 | ,382 | ,650 |
| Arbeit als persönliche Bereicherung | 4,1899 | 1,638 | ,583 | ,346 | ,685 |
| Beitrag zum Organisati- onserfolg | 4,1855 | 1,568 | ,572 | ,330 | ,700 |

Dimensionsreduzierung (PCA):

Commitment: KMO-Wert=0,67 (Bartlett's Test $\leq 0,000$, $d.f.=3$)

| Komponentenmatrix ^a | |
|---|-------------|
| | Komponenten |
| | 1 |
| stolz in Einrichtung zu arbeiten | ,860 |
| gerne privat über Arbeit reden | ,768 |
| Einrichtung ist etwas Besonderes | ,817 |
| Extraction Method: Principal Component Analysis. | |
| Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization. | |
| a. Rotation converged in 4 iterations. | |

Reliabilitätsanalyse:

Trennschärfekoeffizienten der Commitment-Skala

| Item-Total Statistics | | | | | |
|----------------------------------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| Variable | Scale Mean if Item deleted | Scale Variance if Item deleted | Corrected Item-Total Correlation | Squared Multiple Correlation | Cronbach's Alpha if Item deleted |
| stolz hier zu arbeiten | 3,5545 | 1,939 | ,643 | ,418 | ,582 |
| gerne privat über Arbeit reden | 3,7791 | 2,055 | ,510 | ,272 | ,732 |
| Einrichtung ist etwas Besonderes | 3,6696 | 1,891 | ,569 | ,356 | ,666 |

Dimensionsreduzierung (PCA):

Wohlbefinden: KMO-Wert=0,87 (Bartlett's Test $\leq 0,000$, $d.f.=10$)

| Komponentenmatrix^a | |
|---|--------------------|
| | Komponenten |
| | 1 |
| froh und guter Laune | ,872 |
| ruhig und entspannt | ,874 |
| energisch und aktiv | ,884 |
| frisch und ausgeruht nach dem Aufwachen | ,843 |
| Alltag ist voller interessanter Dinge | ,791 |
| Extraction Method: Principal Component Analysis. | |
| Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization. | |
| a. Rotation converged in 4 iterations. | |

Reliabilitätsanalyse:

Trennschärfekoeffizienten der WHO-Wohlbefinden-Skala

| Item-Total Statistics | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| Variable | Scale Mean if Item deleted | Scale Variance if Item deleted | Corrected Item-Total Correlation | Squared Multiple Correlation | Cronbach's Alpha if Item deleted |
| froh und guter Laune | 11,9860 | 21,216 | ,788 | ,653 | ,880 |
| ruhig und entspannt | 12,5090 | 19,661 | ,790 | ,669 | ,876 |
| energisch & aktiv | 12,3845 | 19,731 | ,808 | ,655 | ,872 |
| frisch und ausgeruht nach Aufwachen | 12,8062 | 18,942 | ,753 | ,579 | ,887 |
| Alltag voller interessanter Dinge | 12,2181 | 21,300 | ,683 | ,487 | ,899 |

Dimensionsreduzierung (PCA):

Teamorientierung: KMO-Wert=0,84 (Bartlett's Test $\leq 0,000$, $d.f.=15$)

| Komponentenmatrix ^a | |
|--|-------------|
| Variable | Komponenten |
| | 1 |
| Arbeit Hand in Hand | ,802 |
| gute Kommunikation im Team | ,797 |
| gute Absprache zwischen Behandlern | ,793 |
| freundliches Klima im Team | ,693 |
| respektvoller Umgang im Team | ,747 |
| gute Abstimmung der Behandlungen | ,690 |
| Extraction Method: Principal Component Analysis. | |
| a. 1 components extracted. | |

Reliabilitätsanalyse:

Trennschärfekoeffizienten der Team-Skala

| Item-Total Statistics | | | | | |
|------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| | Scale Mean if Item deleted | Scale Variance if Item deleted | Corrected Item-Total Correlation | Squared Multiple Correlation | Cronbach's Alpha if Item deleted |
| Arbeit Hand in Hand | 9,8911 | 5,595 | ,685 | ,524 | ,812 |
| gute Kommunikation im Team | 9,8845 | 5,490 | ,674 | ,534 | ,814 |
| gute Absprache zwischen Behandlern | 9,8207 | 5,700 | ,674 | ,491 | ,815 |
| freundliches Klima im Team | 9,6975 | 5,852 | ,564 | ,387 | ,835 |
| respektvoller Umgang im Team | 9,7349 | 5,838 | ,629 | ,441 | ,823 |
| gute Abstimmung der Behandlungen | 9,9703 | 5,899 | ,559 | ,331 | ,836 |

Anhang 3: Hauptkomponentenanalyse zur Überprüfung der Dimensionalität der Skalen Teamorientierung und Wertekapital

Dimensionsreduzierung (PCA):

KMO-Wert=0,95 (Bartlett's Test $\leq 0,000$, $d.f.=120$)

| Rotierte Komponentenmatrix ^a | | |
|---|-------------|------|
| Variablen | Komponenten | |
| | 1 | 2 |
| Arbeit Hand in Hand | ,182 | ,808 |
| gute Kommunikation im Team | ,210 | ,800 |
| gute Absprache zwischen Behandlern | ,144 | ,823 |
| freundliches Klima im Team | ,469 | ,514 |
| respektvoller Umgang im Team | ,340 | ,642 |
| gute Abstimmung der Behandlungen | ,313 | ,609 |
| Einsatz für Organisationsziele | ,604 | ,308 |
| Verlass auf Einrichtungsleitung | ,802 | ,165 |
| Vorhandensein von Visionen | ,691 | ,170 |
| großer Teamgeist | ,728 | ,304 |
| Wertschätzung der Mitarbeiter | ,808 | ,234 |
| Orientierung an Werten und Regeln | ,747 | ,277 |
| sachliche Austragung von Konflikten | ,685 | ,269 |
| Gleichbehandlung von Beschäftigten | ,750 | ,212 |
| fairer & gerechter Umgang | ,792 | ,258 |
| Einrichtung als große Familie | ,776 | ,254 |
| Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization. | | |
| a. Rotation converged in 3 iterations. | | |

Block 1: Teamorientierung (Körner et al. 2008)

Block 2: Wertekapital (BISI)

Anhang 4: Statistisches Glossar

(Das vorliegende Glossar erhebt nicht den Anspruch, statistische Kenn- und Maßzahlen gänzlich zu erklären. Vielmehr liegt das Ziel darin, dem unerfahrenen Leser mit vereinfachten Umschreibungen eine Orientierung zu bieten, die zum Verständnis der empirischen Ergebnisse beitragen kann.)

- Arithmetisches Mittel** Lagemaß für intervallskalierte Merkmale. Die Statistik ist definiert als die Summe aller Werte, geteilt durch die Anzahl der Werte; es handelt sich demnach um einen Durchschnitts- bzw. Mittelwert.
- Chi-Quadrat-Test** Dient zum Vergleich von beobachteten und erwarteten Häufigkeiten bei nominalskalierten Variablen. Vielfach wird der Test angewandt, um auf Unabhängigkeit zu prüfen. Bei völliger Unabhängigkeit ist der Chi-Quadrat-Wert Null. Der maximal zu erreichende Wert, der Abhängigkeit ausdrückt, variiert je nach Größe der Kontingenztabelle. Es handelt sich demnach um einen nicht standardisierten Wert, sodass die Ausprägung von Chi-Quadrat keine Interpretation zulässt.
- In **Mehrebenenanalysen** dient der Chi-Quadrat-Test als Hypothesentest, um zu überprüfen, ob der Einbezug der Regressionskonstanten zu einer signifikanten Modellverbesserung beiträgt. Ein signifikanter Test lässt Rückschlüsse auf Gruppenunterschiede zu, die gegen den Zufall abzusichern sind.
- Intercept** Regressionskonstante (y-Achsenschnittpunkt). Gibt in der Regressionsgleichung den Wert der abhängigen Variablen an, der dann vorliegt, wenn alle unabhängigen Variablen die Ausprägung Null oder aber den Durchschnitt annehmen.
- Intra-Class-Correlations-Coeffizient (ICC)** Eine Faustformel, die in Mehrebenenanalysen Auskunft über die „praktische Varianz“ auf Level-2 gibt. Indem die empirische Varianz der Kontextebene (Level-2) in Bezug gesetzt wird zur Gesamtvarianz (auf Level-1 und Level-2) wird eine maximale Obergrenze der Level-2-Varianz berechnet. Vereinfacht ausgedrückt, gibt der Wert Auskunft darüber, ob der Einbezug von Level-2-Prädiktoren überhaupt einen Beitrag zur Varianzaufklärung des Outcomes leisten kann und die Anwendung der Mehrebenenanalyse sinnvoll ist. Der ICC kann streng genommen nur im Nullmodell berechnet werden, das keine Prädiktoren einschließt. Die Kennzahl kann Werte zwischen Null und Eins annehmen, wobei Null dafür spricht, dass die Berücksichtigung der Mehrebenenstruktur nicht sinnvoll ist.
- Konfidenzintervall** Das Konfidenzintervall sagt etwas über die Präzision der Lageschätzung eines Parameters (zum Beispiel eines Mittelwertes) aus. Würde man denselben Versuch beliebig häufig wiederholen, so ist das Konfidenzintervall der Bereich, der mit einer gewissen Häufigkeit (dem Konfidenzniveau) die wahre Lage des Parameters einschließt. Das meistverwendete Konfidenzniveau ist 95%, sodass in diesem Fall (mindestens) 95% aller auf Grundlage der gemessenen Daten

berechneten Konfidenzintervalle den wahren Wert der zu untersuchenden Population beinhalten. Die Breite des Konfidenzintervalls hängt von der Stichprobengröße und der Standardabweichung ab. Je größer die Stichprobe und je kleiner die Standardabweichung, desto enger wird das Konfidenzintervall.

Korrelation

Beschreibt die Beziehung zwischen zwei oder mehreren Variablen. Der Korrelationskoeffizient kann zwischen -1 und +1 variieren. Durch die Standardisierung gibt die Höhe der Korrelation Auskunft über die Stärke der statistischen Beziehung. Grundsätzlich gilt die Faustformel, dass Werte bis |0,5| als gering anzusehen sind. Diese Faustformel ist jedoch in sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Untersuchungen zu relativieren, in denen Beziehungen infolge komplexer Zusammenhangsstrukturen tendenziell schwächer ausfallen.

- **rho** steht für den Rangkorrelationskoeffizienten nach Spearman und kommt bei ordinalskalierten Variablen zur Anwendung
- **r** steht für den Korrelationskoeffizienten nach Spearman und kommt bei intervallskalierten Variablen zur Anwendung

Levène-Test

Dient im Rahmen der Varianzanalyse zur Testung auf Varianzhomogenität. Diese ist eine von mehreren und damit alleine noch keine notwendige Voraussetzung zur Anwendung der Varianzanalyse auf die eigenen Daten. Ein nicht signifikanter Levène-Test besagt, dass Varianzhomogenität zwischen den Gruppen vorliegt.

Median

Lagemaß für ordinal skalierte Merkmale. Es handelt sich um einen mittleren Wert, in dem Sinne, dass unterhalb dieser Kenngröße bis zu höchstens 50% der Verteilungsfläche liegt.

Odds Ratio (OR)

Bei einem binären Outcome-Merkmal stellt das Odds Ratio – verstanden als Chancenverhältnis – ein übliches Zusammenhangsmaß kategorialer Daten dar. Durch den angewandten natürlichen Logarithmus der Odds sind die Werte einer logistischen Regression stets >0 . Das Odds Ratio eignet sich als Maß zur Quantifizierung der Stärke des Effekts: Die 1 stellt dabei den Nulleffekt dar, Werte >1 deuten darauf hin, dass das Eintreten eines Ereignisses begünstigt ist, während Werte <1 ausweisen, dass die Chance durch den Einfluss eines Faktors abnimmt (Bender et al. 2007).

Quasi-metrisch

Eine Eigenschaft einer Variablen, die angibt, welche Rechenoperationen sinnvoll anzuwenden sind. Von quasi-metrischen Skalenniveaus wird in der Regel bei Ratingskalen gesprochen. Antwortformate von Fragen werden hier so formuliert, dass die Eigenschaften eines metrischen Skalenniveaus angenommen werden können. Letzteres meint eine Merkmalsausprägung, die eine Dimension und einen Nullpunkt besitzt. Diese Eigenschaften stellen die Grundvoraussetzung zur Durchführung von vielen Analyseverfahren dar.

| | |
|---|--|
| Sigma | Ist in Mehrebenenanalysen die Varianz auf Level-1 (Individualvarianz) |
| Signifikanztest | <p>Maß für die Plausibilität der Nullhypothese. Prüft, ob ein ermittelter Wert gegen den Zufall abgesichert werden kann, das heißt, ob z.B. Gruppenunterschiede tatsächlich vorhanden oder aber zufällig sind. Ein signifikantes Testergebnis lässt somit keine Aussage über die Stärke eines Effekts zu. Vielmehr hängt die Signifikanz immer auch mit der Stichprobengröße zusammen.</p> <p><i>Signifikanztest für intervallskalierte Merkmalsverteilungen:</i></p> <p>T-Test: Entscheidungsregel, die auf einer mathematischen Grundlage zur Überprüfung auf systematische (gegen den Zufall abzusichernde) Mittelwertdifferenzen dient.</p> <p>F-Test: Stellt eine Kombination von linearen Gleichungshypothesen dar und prüft, ob eine in den Stichprobendaten vorliegende „Beobachtung“ gegen den Zufall abzusichern ist.</p> <p>In der Varianzanalyse zeigt ein F-Wert >1 an, dass die Varianz sowohl aus Residual- als auch Effektvarianz besteht.</p> |
| Skala | Eine Skala repräsentiert eine Vorschrift, auf der jede Beobachtungseinheit (z.B. Mitarbeiter) für jedes interessierende Merkmal (z.B. Sozialkapital) eine Ausprägung (numerischer Wert) annimmt. |
| Standardabweichung/ Standard Deviation (S.D., σ_x) | Beschreibt die <u>reale Streubreite</u> aller Werte einer Stichprobe um den Mittelwert und ist mathematisch gesehen die Wurzel aus der Stichprobenvarianz. |
| Standardfehler/ Standard Error (S.E.) | Ist von der Standardabweichung zu unterscheiden, da der S.E. Auskunft über die <u>theoretische Streubreite</u> der Gruppenmittelwerte gibt, die sich ergeben würde, wenn unendlich viele Stichproben gezogen werden würden. ¹⁵⁹ |
| Tau | Ist in Mehrebenenanalysen die Varianz auf Level-2 (Kontextvarianz). |
| Tolerance | Dient in der Regressionsanalyse als Maß zur Prüfung auf Multikollinearität. Ein Grenzwert, an dem eindeutige Hinweise auf Multikollinearität abzuleiten sind, gibt es nicht. Als Faustformel gilt, dass die Tolerance nicht $\leq 0,25$ sein sollte. |
| Varianz | Ist die empirische Streuung von Variablen. |
| Varianz-Inflation-Factor (VIF) | Dient in der Regressionsanalyse als Maß zur Prüfung auf Multikollinearität. Ein Grenzwert, an dem eindeutige Hinweise auf Multikollinearität abzuleiten sind, gibt es nicht. Der VIF-Wert sollte jedoch möglichst nahe an Eins liegen. |

¹⁵⁹ Siehe hierzu weiter: Koschack J. (2008): Standardabweichung und Standardfehler: der kleine, aber feine Unterschied. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*; 84: 258-260.

Eidesstattliche Versicherung

Hiermit erkläre ich, dass die Dissertation von mir selbstständig angefertigt wurde und alle von mir genutzten Hilfsmittel angegeben wurden. Die wörtlichen und dem Sinne nach anderen Veröffentlichungen entnommenen Stellen sind von mir kenntlich gemacht worden.

Ort, Datum

Unterschrift

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre, dass ich bisher keine weiteren Promotionsversuche unternommen habe. Die hier vorliegende Dissertation wurde an keiner anderen Fakultät in der gegenwärtigen oder einer anderen Fassung eingereicht.

Ort, Datum

Unterschrift