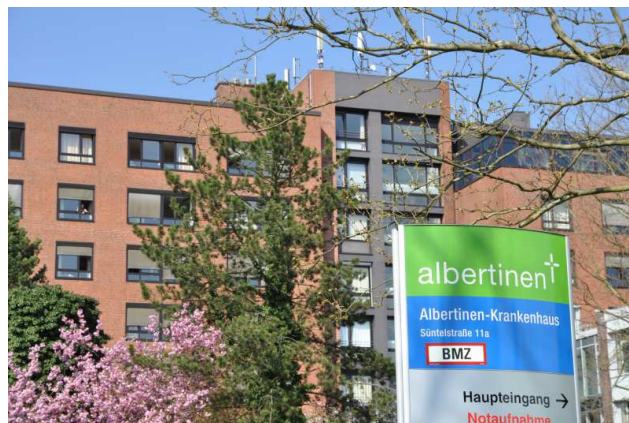


**Untersuchung von Frühindikatoren für
psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz
in der zentralen Notaufnahme des
Albertinen-Krankenhauses Hamburg
und Entwicklung von Präventionsstrategien**



Master Thesis (MPH)

von

Dr. med. Juliane Pflüger

HAW Hamburg

Hamburg, 18.05.2014

Erstgutachterin: Prof. Dr. Christine Färber, Hamburg University of Applied
Sciences (HAW)

Zweitgutachterin: Ute Papkalla (MPH, MA), Beraterin für öffentliche und
betriebliche Gesundheit

Ehrenwörtliche Erklärung

„Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Benutzung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Wörtlich übernommene Sätze und Satzteile sind als Zitate belegt, andere Anlehnungen hinsichtlich Aussage und Umfang unter Quellenangabe kenntlich gemacht. Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegen und ist auch noch nicht veröffentlicht.“

Hamburg den 19.Mai 2014

Dr. med. Juliane Pflüger

Wir helfen einander, so zu handeln, wie
Jesus es gesagt hat: „Alles, was ihr wollt,
dass euch die Leute tun sollen, das tut ihnen
auch. (Mt 7, 12)

Leitbild des Albertinen-Diakoniewerks e.V.
(ADW).

Danksagung

Mein herzlichster Dank gilt den beiden Berichterstatterinnen Fr. Prof. Christine Färber und Fr. Ute Papkalla für ihre guten Ratschläge, Anregungen und Motivation.

Insbesondere bei Fr. Prof. Christine Färber möchte ich mich für ihren zuverlässige Betreuung und ihre Hilfe in allen Fragen bedanken. Ich danke meiner Freundin Yana Kuznetsova (MPH) für ihre hilfreichen Tipps bei der Datenaufbereitung.

Den Projektpartnern/-innen im Albertinen- Krankenhaus danke ich für ihre Kooperation und ihre Offenheit gegenüber der Untersuchung.

Ich bedanke mich bei all meinen lieben Kollegen/-innen, die durch ihre aktive, zum Teil mutige und auch kreative Teilnahme diese Studie erst möglich gemacht haben. Ich wünsche uns allen ein freudvolles und respektvolles Arbeiten miteinander.

1 Inhalt

1	Inhalt	4
2	Zusammenfassung	7
3	Abkürzungsverzeichnis.....	8
4	Gesundheitssektor-Gesundheitsrisiko.....	9
4.1	Krankenhauslandschaft.....	9
4.2	Stress im Gesundheitswesen.....	9
4.3	Psychosoziale Risikofaktoren	10
4.4	Ressourcen	10
4.5	Indikatoren des Betriebsklimas.....	11
5	Notaufnahme im Studien- Krankenhaus.....	12
5.1	Organisation der Notaufnahme.....	12
5.2	Betriebliches Gesundheitsmanagement	12
6	Projektbeschreibung.....	13
6.1	Ziele	13
6.2	Ethik.....	14
6.3	Projektplan	15
6.4	Phase 1: Vorbereitung.....	15
6.5	Phase 2: Datenerhebung.....	16
6.5.1	Ablauf	16
6.5.2	Stichprobe	17
6.5.3	Mitarbeiterbefragung	17
6.5.4	Inhalte des COPSOQ-Fragebogens	18
6.5.5	Modifikation des Fragebogens.....	20
6.5.6	Fokusgruppen.....	25
6.5.7	Entwicklung von Präventionsstrategien.....	26
6.6	Phase 3: Datenaufbereitung	27
6.7	Phase 4: Evaluation und Berichterstattung	28

7	Ergebnisse.....	30
7.1	Ergebnisse der psychosozialen Belastungsmessung.....	30
7.1.1	Beschreibung des Datensatzes und der Teilnehmer	30
7.1.2	Anforderungen am Arbeitsplatz.....	31
7.1.3	Einfluss und Entwicklungsmöglichkeiten	32
7.1.4	Soziale Beziehungen und Führung	33
7.1.5	Dienstpläne	35
7.1.6	Art der Arbeitsbelastung.....	38
7.1.7	Folgen und Symptome	38
7.1.8	Arbeitsfähigkeit	40
7.1.9	Bewertung der Arbeit.....	42
7.1.10	Weitere Skalen.....	44
7.2	Wünsche/Vorschläge zur Verbesserung der psychosozialen Arbeitssituation.....	47
7.2.1	Team	47
7.2.2	Teamführung.....	50
7.2.3	Dienstplan	52
7.2.4	Allgemeines Management	52
7.2.5	EDV	53
7.3	Fokusgruppen.....	54
7.3.1	Ergebnisse des Planungsworkshops.....	57
7.4	Evaluation	59
8	Diskussion.....	61
8.1	Ergebnisse.....	61
8.1.1	Arbeitsanforderungen und Regeneration	61
8.1.2	Einfluss- und Entwicklungsmöglichkeiten	63
8.1.3	Soziale Beziehungen und Führung	65
8.1.4	Bewertung der eigenen Arbeit im Krankenhaus.....	68
8.1.5	Folgen und Symptome	71
8.1.6	Arbeitsfähigkeit	72
8.2	Methodik, Stärken und Limitationen	73
8.3	Schlussfolgerung, Ausblick und Empfehlungen.....	74

9	Abbildungsverzeichnis.....	77
10	Tabellenverzeichnis	77
11	Literaturverzeichnis	79
12	Anhang.....	82
12.1	COPSOQ: Mitarbeiterbefragung zu psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz.....	82
12.2	Entfallende Fragen aus der langen Version des COPSOQ.....	101
12.3	Merkblatt zur Studie: Psychosoziale Belastung am Arbeitsplatz	110
12.4	Checkliste zur Durchführung der Befragung.....	111
12.5	Ergebnistabellen der psychosoziale Belastungsmessung.....	113
12.6	Tabellarische Ergebnisse der Fokusgruppen	123
12.6.1	Ergebnisse der Fokusgruppe Ärzte/-innen.....	123
12.6.2	Ergebnisse der Fokusgruppe Pflege.....	125
12.6.3	Ergebnisse der Fokusgruppe Administrative Mitarbeiterinnen	127
12.7	Transkript des Protokolls der Ergebnispräsentation	131

2 Zusammenfassung

Das wichtigste Kapital des Krankenhauses sind qualifizierte und motivierte Mitarbeiter/-innen. Beeinträchtigungen ihrer Gesundheit und Arbeitsfähigkeit haben direkte, negative Auswirkungen auf die Patientenversorgung und -sicherheit, sowie die Effektivität des gesamten Krankenhauses (Goepfert & Conrad, 2013, S.178). In Deutschland berichten Mitarbeiter/-innen des Gesundheitssektors über ein besonderes hohes Maß an Stresszunahme und mengenmäßiger Überforderung (Lohmann-Haislah et al., 2012, S.92).

Das Studien-Krankenhaus ist in der Region eine wichtige Versorgungsstruktur und ein bedeutender Arbeitgeber. Die betriebliche Gesundheitsförderung im Krankenhaus widmet sich zunehmend auch psychosozialen Risiken am Arbeitsplatz, aber es fehlt bislang die Datenbasis. Im Rahmen dieses Pilotprojekts werden erstmals Frühindikatoren für psychosoziale Arbeitsplatzbelastungen in der zentralen Notaufnahme untersucht. In Ergänzung zu den quantitativen Daten aus dem standardisierten „Copenhagen Psychosocial Questionnaire“ werden qualitative Daten mittels Fokusgruppen erhoben und in einem Planungsworkshop zusammengeführt. Hieraus ergeben sich eingebettet in die Literatur konkrete Handlungsempfehlungen. Die kostenfreie Studie startet im August 2013 und wird mit diesem Bericht abgeschlossen.

Die Ergebnisse machen die hohen Anforderungen sichtbar, welche an die Mitarbeiter/-innen der Notaufnahme gestellt werden. Die Arbeitslast ist kaum vorhersehbar. Der Schichtdienst wird als belastend empfunden und schlecht mit dem Privatleben zu vereinbaren. Es werden mangelhafte Einfluss- und Entwicklungsmöglichkeiten sowie Aufstiegsmöglichkeiten beschrieben. Insbesondere die Gesundheit der Führungskräfte leidet und hierunter auch die Führung der Abteilung. Auf der anderen Seite wird die Arbeit als nützlich und interessant erlebt. Der helfende Beruf erfordere ein hohes Verantwortungsbewusstsein. Die Beschäftigten schätzen sich als gesund und arbeitsfähig ein, ihre Berufsstellung als sicher. Das Gemeinschaftsgefühl und die Arbeitsatmosphäre seien gut. Eine bessere Planung und Organisation der Arbeitsabläufe, intensivierete Leitung/Supervision und verbindliche Absprachen werden eingefordert. Zur Unterstützung benötigt es eine verlässliche EDV. Man wünscht sich mehr Möglichkeiten zum gegenseitigen Austausch und regelmäßige Besprechungen und Fortbildungen. Von der Führung wird mehr Mitarbeiterorientierung erbeten, Wertschätzung und Unterstützung. Diese braucht ihrerseits mehr Beistand. Die Kommunikation untereinander, aber auch mit anderen Ebenen muss kontinuierlich nachgebessert werden.

Die beste Prävention von Stress am Arbeitsplatz der Notaufnahme scheint, eine mitarbeiterorientierte Führung zu sein und eine Unternehmenskultur, die an den Grundsätzen Transparenz, Respekt und Partizipation festhält.

3 Abkürzungsverzeichnis

AMA	administrative Angestellte
AKH	Albertinen Krankenhaus
COPSOQ	Copenhagen Psychosocial Questionnaire
ERC	European Resuscitation Council
EWCS	European Working Conditions Survey (= Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen)
G-DRG	German Diagnosis-Related-Groups
HAW	Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
ICU	Intensiv Care Unit (= Intensivstation)
MAV	Mitarbeitervertretung
SD	standard deviation (= Standardabweichung)
SEM	standard error of the mean (=Standardfehler des Mittelwertes)
SOP	standard operating procedure
TBC	Tuberkulose
ZNA	Zentrale Notaufnahme

4 Gesundheitssektor-Gesundheitsrisiko

4.1 Krankenhauslandschaft

Seit Einführung des G-DRG-Systems 2003 (German Diagnosis-Related-Groups) ist der ökonomische Druck auf die Krankenhäuser weiter gestiegen (Goepfert and Conrad, 2013, S.23). Die Krankenhausanzahl hat in den vergangenen Jahren kontinuierlich abgenommen bei gleichzeitig steigender Patientenfallzahl und kürzerer Verweildauer. Eine Konsequenz dieser Entwicklung ist eine quantitative Mehrbelastung des Krankenhauspersonals. Etwa 1,1 Millionen Mitarbeiter/-innen, hierunter 75% Frauen, gewährleisten die Behandlung von rund 18 Millionen Patienten/-innen pro Jahr (Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 2012, Statistisches Jahrbuch S.132+136). Deutsche Krankenhäuser sind zu ökonomischem Handeln gezwungen. Gemäß der jährlich durchgeführten Befragung der Deutschen Krankenhausgesellschaft erzielten 21% der Krankenhäuser in 2010 einen Jahresfehlbetrag. Jedes dritte größere Haus (ab 600 Betten (vergleichbare Größe des Studien-Krankenhauses, vgl. Kapitel 5) schätzt seine wirtschaftliche Lage als eher unbefriedigend ein (Dr. Karl Blum et al., 2011, S.136+140). Ein Weg die Zukunftsfähigkeit zu sichern, ist die hohen Personalkosten möglichst gering zu halten, sowie Prozesse und Strukturen zu optimieren (Goepfert and Conrad, 2013, S.177).

4.2 Stress im Gesundheitswesen

Dem im Jahr 2012 erschienen „Stressreport Deutschland“ (Lohmann-Haislah and Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2012) der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin ist zu entnehmen, dass es in den vergangenen 20 Jahren zu einem erheblichen Anstieg der Belastungswerte für psychosozialen Stress gekommen ist. Ausdruck findet dieses u.a. in einem deutlichen Anstieg der Diagnosen im Bereich psychischer und Verhaltensstörungen, sowohl bei den Arbeitsunfähigkeitstagen als auch bei den Frühverrentungen (S.9). Insgesamt treten psychische Anforderungen am häufigsten bei vollzeitbeschäftigten Frauen, am wenigsten bei teilzeitbeschäftigten Männern auf. (S.41). Mitarbeiter/-innen des Gesundheitssektors berichten über ein besonderes hohes Maß an Stresszunahme und mengenmäßiger Überforderung (S.92).

4.3 Psychosoziale Risikofaktoren

Gemäß der letzten Europäischen Erhebung über die Arbeitsbedingungen (EWCS) lassen sich psychosoziale Risikofaktoren am Arbeitsplatz sechs Dimensionen zuordnen (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2012, S.52):

1. Hohe Anforderungen und Arbeitsintensität
2. Emotionale Anforderungen
3. Fehlende Autonomie
4. Ethische Konflikte
5. Schlechtes soziales Netzwerk
6. Job- und Arbeitsunsicherheit

Um negative Folgen für die Arbeitnehmer/-innen und damit für das Unternehmen zu vermeiden, müssen diese Bereiche regelmäßig erfasst werden, um ggf. Gegenmaßnahmen einleiten zu können. Psychische Beanspruchungen können dabei eher objektiv durch externe oder interne Experten/-innen beurteilt werden (Arbeitsplatzbegehungen, Monitoring von Arbeitsabläufen) oder aber eher subjektiv ermittelt werden durch Mitarbeiterbefragungen mit entsprechenden Messinstrumenten. Der „Copenhagen Psychosocial Questionnaire“ ist ein solches Messinstrument. Neben den Beanspruchungen werden auch Ressourcen erfragt (COPSOQ, s. 6.5.4, Nübling, 2005, S.11).

4.4 Ressourcen

Eine betriebliche Ressource ist das Sozialkapital einer Organisation. Es besteht

„aus der Qualität, dem Umfang und der Reichweite zwischenmenschlicher Beziehungen (soziale Netzwerke), aus dem Vorrat gemeinsamer Überzeugungen, Werte und Regeln (Kultur) sowie aus der Qualität zielorientierter Koordination (Führung). Es trägt dazu bei, dass die Mitglieder einer Organisation einander vertrauen und ihre Arbeit als sinnhaft, verständlich und beeinflussbar erleben. Es erleichtert die Zusammenarbeit, fördert das Gefühl der inneren Verbundenheit untereinander und mit der Organisation als Ganzes und erhöht die Attraktivität eines Unternehmens für Arbeitssuchende.“

(Badura et al., 2010, S.71)

4.5 Indikatoren des Betriebsklimas

Die Auswirkungen der Arbeitsbedingungen auf Mitarbeiter/-innen lassen sich messen. Nach Badura et al., 2010 lassen sich Früh- und Spätindikatoren unterscheiden.

„Zu den Frühindikatoren zählen das psychische und physische Befinden der Beschäftigten, ihr Commitment, Organisationspathologien wie Mobbing und innere Kündigung sowie die Work-Life-Balance. Spätindikatoren sind Fehlzeiten, Arbeitsunfälle, Fluktuation und weitere Indikatoren aus der Betriebswirtschaft“.

(Badura et al., 2010, S.72/73)

5 Notaufnahme im Studien- Krankenhaus

5.1 Organisation der Notaufnahme

Das Krankenhaus ist mit insgesamt 668 Betten und gut 70.000 ambulanten und stationären Patienten/-innen pro Jahr das größte freigemeinnützige Krankenhaus in der Region. In der Zentralen Notaufnahme wurden im Jahr 2010 insgesamt 29000 Patienten/-innen behandelt (62% ambulante Behandlung). Hierfür standen 17,5 Arztstellen zur Verfügung (1/3 Fachärzte/-ärztinnen) und 21,4 Pflegepersonalstellen. Ergänzt wird das Team durch administrative Angestellte (AMA, eigene Quelle). Für die 24h Akutversorgung stehen u.a. 9 Monitorbetten auf ICU Niveau (Intensive Care Unit) zur Überwachung von instabilen Patienten/-innen bereit, sowie ein Schockraum mit Beatmungsmöglichkeit (Tobias Schwarz and Ralf Zastra, 2011, S.71 ff). Die Notaufnahme ist für viele Patienten/-innen die erste Kontaktstelle mit dem Krankenhaus.

5.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement

Das Krankenhaus verfügt über eine Abteilung für Betriebsmedizin, welche im vergangenen Jahr erweitert wurde und beschäftigt eine Fachkraft für Arbeitssicherheit. Für das Qualitätsmanagement stehen im Krankenhaus 1,5 Vollzeitstellen zur Verfügung (Tobias Schwarz and Ralf Zastra, 2011, S.78). Die Mitarbeitervertretung (MAV) arbeitet als gewählte Interessenvertretung der Beschäftigten auf der Grundlage des Mitarbeitervertretungsgesetzes der Evangelischen Kirche in Deutschland (MVG-EKD). Sie hat einen Überwachungsauftrag, Mitbestimmungsrechte und Förderungsaufgaben ("Albertinen | Albertinen-Krankenhaus Hamburg - Aufgaben," n.d.). Die letzte Mitarbeiterumfrage wurde 2008 erhoben.

6 Projektbeschreibung

Dieses Projekt ist als Pilotstudie in der Notaufnahme des Krankenhauses geplant. Zur Untersuchung der psychosozialen Belastung der Mitarbeiter/-innen werden quantitative und qualitative Methoden kombiniert. Die Planung und Durchführung erfolgt durch die Studienleiterin. Die Kosten werden von ihr getragen. Sie ist sowohl Masterstudentin im Fach Public Health der Hochschule für Angewandte Wissenschaften als auch Assistenzärztin in der Notaufnahme. Die Vorbereitungen beginnen im August 2013. Ergebnisse werden für Februar 2014 erwartet.

6.1 Ziele

Es ist entscheidend die psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz zu kennen und zu überwachen, um eine sinnvolle Gesundheitsförderung betreiben zu können. Nur wenn Risiken bekannt sind, können effektive Maßnahmen ergriffen werden, um die Gesundheit und Motivation der Mitarbeiter/-innen zu fördern.

Ziel dieser Pilotstudie ist es, exemplarisch die psychosoziale Belastung am Arbeitsplatz der zentralen Notaufnahme des Krankenhauses einzuschätzen. In einer Mitarbeiterumfrage wird der COPSOQ eingesetzt, um quantitative Daten über die Frühindikatoren von psychosozialem Stress zu sammeln. Weiterhin werden in berufsspezifischen Fokusgruppen vorrangigen Probleme, aber auch Stärken diskutiert. In einem sich anschließenden Planungsworkshop aller Berufsgruppen werden auf der Grundlage der gesammelten Daten Vorschläge zur Verbesserung der Arbeitssituation erarbeitet werden.

Am Ende dieser Studie sollen datengestützte, verlässliche Informationen über die Belastungen, Erwartungen, Bedürfnisse und Wertungen Mitarbeiter/-innen entstanden sein.

Zielsetzung im Überblick:

- ✓ Messung der Frühindikatoren für psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz ZNA
- ✓ Erkennen von Organisationsmängeln, Identifizierung sozialen Kapitals und von Potentialen, dieses zu vermehren
- ✓ Wahrnehmung von Wünschen und Anregungen der Arbeitnehmer/-innen
- ✓ Rangfolge und Kategorisierung von Problemen und Lösungsansätzen aus Sicht der Mitarbeiter/-innen
- ✓ Entwicklung von Präventionsstrategien zur Verringerung der psychosozialen Belastung am Arbeitsplatz Notaufnahme
- ✓ Involvierung der Interessenvertreter, Verschaffen einer Möglichkeit zum gegenseitigen Austausch
- ✓ Evaluation des Projekts und Berichterstattung, Empfehlungen für die Zukunft

6.2 Ethik

Gemäß des Betriebsverfassungsgesetzes §94 sind Mitarbeiterbefragungen im Betrieb zustimmungspflichtig (“BetrVG - Einzelnorm,” n.d.).

Der Projektplan wird vor Beginn der Studie der Mitarbeitervertretung vorgestellt und Bedarf seiner Zustimmung. Die Zustimmung wird schriftlich im Sitzungsprotokoll der MAV dokumentiert.

Eine Gefahr bei Studiendurchführung liegt in einer weiteren Entkräftung einer bereits vorbestehend schwachen Gemeinschaft. Je nach Reaktion auf die Studienergebnisse kann es zu einer weiteren Demoralisierung der Mitarbeiter/-innen kommen. Dieses ist durch gute Aufklärung und gemeinsame Gespräche vorzubeugen. Es ist enorm wichtig, dass die Ergebnisse von allen Interessenvertretern gehört und entsprechende Maßnahmen/Präventionsstrategien nach Ende der Studie eingeleitet werden.

6.3 Projektplan

Die Untersuchung erstreckt sich über einen Zeitraum von sieben Monaten beginnend im August 2013 und verläuft in vier Phasen.

Abbildung 1: Zeitplan

	Aufgaben	Dauer in Monaten	Aug 2013	Sep 2013	Okt 2013	Nov 2013	Dez 2013	Jan 2014	Feb 2014
1	Projektplanung	2							
2	Datenerhebung: Fragebogen	2							
	Datenerhebung: Fokusgruppen	1							
3	Datenverarbeitung und Interpretation	2							
4	Evaluation und Berichterstattung	2							

6.4 Phase 1: Vorbereitung

Die ersten beiden Monate dienen der Vorbereitung der Studiendurchführung, Vorbereitung der Messinstrumente, Merkblätter und der Fokusgruppen. Als Orientierung bei der Durchführung der Befragung dient die Checkliste der FFAS (Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin and Bertoldstr. 27, D- 79098 Freiburg / Germany, n.d. (s. Anhang 12.4)).

- Ansprechpartnerin für die Studie ist die Studienleiterin, diese ist zugleich auch eine Mitarbeiterin der Notaufnahme (Assistenzärztin)

Projektpartner im Krankenhaus sind

- der Geschäftsführer
- die Vorsitzende der Mitarbeitervertretung
- der Betriebsarzt
- die Fachkraft für Arbeitssicherheit
- der Qualitätsmanager

- der Chefarzt der Abteilung für Innere Medizin
- der Leitender Arzt der Notaufnahme
- die organisatorisch-pflegerische Leitung - Bereich Zentrale Notaufnahme

Die Projektpartner werden in der Vorbereitungszeit aktiv angesprochen und über die Intentionen und Hintergründe der Untersuchung informiert. Das Projekt bedarf ihrer Zustimmung.

Weitere Interessenvertreter sind die Mitarbeiter/-innen der Notaufnahme im administrativen, ärztlichen und pflegerischen Dienst.

6.5 Phase 2: Datenerhebung

6.5.1 Ablauf

Die Datenerhebung erstreckt sich über 3 Monate von Okt.-Dez. 2013. Es kommen qualitative und quantitative Methoden in Kombination zum Einsatz. Zu Beginn der Untersuchung wird es eine Einführungsveranstaltung für alle potentiellen Teilnehmer/-innen geben. Diese wird an mehreren Tagen am frühen Nachmittag stattfinden, sodass alle Angestellten die Möglichkeit haben, an einem Termin teilzunehmen. Mitarbeiter/-innen in Elternzeit werden per Post über die Studie informiert. Alle Mitarbeiter/-innen werden über die Hintergründe und Ziele der Studie informiert, sowie in die Bearbeitung des Fragebogens eingeführt. Merkblätter mit den wichtigsten Informationen werden über den gesamten Zeitraum der Studie vor Ort ausliegen.

Dem Fragebogen liegen jeweils ein Merkblatt und ein Rückumschlag bei. Ein Rücktritt von der Teilnahme ist ohne Angabe von Gründen möglich. Alle Teilnehmer/-innen werden aufgefordert einen Fragebogen anonym auszufüllen. Die Bögen können anschließend in eine, zu diesem Zweck aufgestellte, verschließbare Box, in der Notaufnahme eingeworfen werden. Alternativ können die Bögen von den Mitarbeiter/-innen in Elternzeit anonym auf dem Postwege an die Notaufnahme (z.H. der Studienleiterin) geschickt werden.

Nach einer ersten Durchsicht der rückläufigen Fragebögen Ende November werden die Fokusgruppen thematisch vorbereitet. Hierbei werden die Ideen und Anregungen der

Abbildung 2: Rückgabebox



Mitarbeiter/-innen aus den letzten offenen Fragen im C Teil des COPSOQ inhaltlich aufgegriffen, um dann in Kleingruppen diskutiert zu werden (s. 6.5.6). Ziel ist es die bedeutendsten Probleme zu benennen und zu ordnen, um dann in einem zweiten Schritt Verbesserungsvorschläge auszuarbeiten. Zum Zweiten soll Positives herausgearbeitet werden, damit es gezielte Stärkung erfahren kann.

Nach Auswertung der vollständigen Daten werden auf dieser Grundlage Präventionsstrategien beschrieben. Die Ergebnisse werden mit den Mitarbeitern/-innen und den Projektpartnern/-innen besprochen werden. Es folgt ebenfalls dieser schriftliche Bericht zur Studie.

6.5.2 Stichprobe

Die Stichprobe besteht aus allen Mitarbeitern/-innen der ZNA, die überwiegend dort tätig sind (Ärzte/-innen, Pflegepersonal, Administrative Mitarbeiterinnen). Eingeschlossen werden auch Mitarbeiter/-innen, die sich augenblicklich in Elternzeit befinden. Aufgrund der Rotation von Ärzten/-innen in andere Fachabteilungen werden auch diejenigen Mitarbeiter/-innen eingeschlossen, die in den vergangenen 6 Monaten dauerhaft in der ZNA gearbeitet haben. Ausgeschlossen werden alle Mitarbeiter/-innen, die nur einen Teil ihrer Arbeitszeit in der Notaufnahme vorbringen, wie z.B. der Transportdienst oder die medizinisch-technischen Angestellten/-innen der Röntgenabteilung.

Bei den drei eingeschlossenen Berufsgruppen aus dem ärztlichen, pflegerischen und administrativen Bereich handelt es sich um die Mitarbeiter/-innen der Notaufnahme, die den täglichen psychosozialen Risiken in diesem Department ausgesetzt sind. Ihre Informationsverarbeitung und -weitergabe und ihre Ersteinschätzung sind entscheidend für die weitere Behandlung der Kranken. Obwohl sich ihre Arbeitsaufgaben unterscheiden, stehen sie doch allen in direktem Patienten- und Angehörigenkontakt und in direktem Austausch mit den Beschäftigten anderer Abteilungen im Krankenhaus.

6.5.3 Mitarbeiterbefragung

Zur Erfassung der psychischen Belastungen und Beanspruchung am Arbeitsplatz wird eine leicht modifizierte Version des dänischen COPSOQ- Fragebogens verwendet. Die deutsche Version wurde zuvor in Studien mit umfangreichen Stichproben auf Objektivität, Reliabilität, Validität, Generalisierbarkeit und Akzeptanz getestet. Das skalenbasierte Messinstrument ist sowohl zum Screening als auch zu Forschungszwecken geeignet (Nübling, 2005, S.5). Es vereinigt die wichtigsten psychosozialen Theorien wie das Job-Strain, Demand-Control-Support und das Effort-Reward-Imbalance- Model, aber auch andere Theorien und Aspekte wie emotionale Anforderungen oder Rollenklarheit. Der Fragebogen fand bereits Anwendung zur Untersuchung von Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern und wurde hierfür leicht modifiziert und an die Studienpopulation angepasst (s. Bartholomeyczik et al., 2008,

S.18 ff). Die hier genutzte lange Version ist u.a. über das Internet unter der Adresse „<http://www.copsoq.de/>“ barriere- und kostenfrei erhältlich.

6.5.4 Inhalte des COPSOQ-Fragebogens

In der Abbildung 3 sind die Skalen des COPSOQ-Fragebogens nach thematischen Bereichen geordnet dargestellt, in Tabelle 1 findet sich nochmals eine Übersicht der Skalen. Es werden alle sechs Dimensionen psychosozialer Risikofaktoren abgedeckt sowie die vorhandene Ressourcen (vgl. 4.3 und 4.4). Zusätzlich werden Belastungsfolgen erfragt. Damit ist der Fragebogen optimal zur Erhebung der Frühindikatoren psychosozialer Belastungen am Arbeitsplatz geeignet.

Abbildung 3: Aufbau des COPSOQ-Fragebogens, übernommen aus Nübling, 2005, S.17



Die Skalen der deutsche Version des COPSOQ sind Anforderungen, Einfluss- und Entwicklungsmöglichkeiten, soziale Beziehungen und Führung, Beschwerden/ Folgen und weitere Skalen. Die Items sind überwiegend ordinal mit 5 vorgegebenen Antwortmöglichkeiten skaliert.

Tabelle 1: Im Fragebogen verwendete Skalen der deutschen Version des COPSOQ (Nübling, 2005, S.19)

Skala	Anzahl der verwendeten Items COPSOQ	Anmerkung
Anforderungen B1+2		
Quantitative Anforderung	7	B1: 1-7
Kognitive Anforderung	8	B1: 8-14, B2: 1
Emotionale Anforderung	5	B1: 15+16, B2: 2-4
Sensorische Anforderung	5	B1: 17-21
Einfluss und Entwicklungsmöglichkeiten B3-5		
Einfluss bei der Arbeit	10	B3: 1-10
Entscheidungsspielraum	4	B3: 11-14
Entwicklungsmöglichkeiten	7	B4: 1-3, B5: 1-4
Bedeutung der Arbeit	3	B5: 5-7
Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz	4	B5: 8-11
Soziale Beziehungen und Führung B6-8		
Vorhersehbarkeit	3+ 13 neue Items	B.6.a-1-3 + 12 als zusätzliches Item, B6.b+c zusätzliche Items (nicht in der deutschen langen Version des COPSOQ enthalten) übernommen von Bartholomeyczik et al., 2008
Rollenklarheit	4	B6.a: 4-7
Rollenkonflikt	4	B6.a: 8-11
Führungsqualität	8	B7: 1-8
Soziale Unterstützung	4	B8: 1-4
Feedback	2	B8: 5-6

Soziale Beziehungen	2	B8: 7-8
Gemeinschaftsgefühl	3	B8: 9-11
weitere Skalen		
Mobbing	1	B8: 12
Vereinbarkeit mit Privatleben	5	B9: 1-5
Einbindung in Prozesse	4	B10: 1-4
Wertschätzung als Person	4	B11: 1-4
Unsicherheit des Arbeitsplatzes	4	B12: 1-4
Gedanken an Berufsaufgabe	1+2 neue Items	B12a B12b zusätzliches Item: Gedanken an Aufgabe der Arbeitsstelle übernommen von Bartholomeyczik et al., 2008
Beschwerden, Folgen		
Arbeitszufriedenheit	7	B14: 1-7
Arbeitsfähigkeit	–	B15, B16, B17. a+b, B18, B19.a+b+c, (Originalfragen B18, B19, B22: 1-14 entfallen, da sie die Anonymität der Teilnehmer/-innen in Frage stellen)
Allgemeiner Gesundheitszustand	1	B20
Copenhagen Burnout Inventory, Skala: personal burnout	6	B21: 1-6
Verhaltensbezogene Stresssymptome	8	B22: 1-8
Kognitive Stresssymptome	4	B23: 1-4
Lebenszufriedenheit (Satisfaction with life scale)	5	B24: 1-5
Bewertung eigene Arbeit (wird als 16 Einzelitems, nicht als Skala verwendet)	16	B13: 1-16

6.5.5 Modifikation des Fragebogens

Einzelne Fragen des Originalbogens COPSOQ wurden für unsere Untersuchung entfernt, da die Angaben entweder bereits bekannt sind (z.B. die Frage nach dem Arbeitgeber oder Arbeitsort) oder aber durch passendere Fragen ersetzt wurden (detaillierte Beschreibung s.u.). Des Weiteren mussten einzelne Fragen entfernt oder

neu formuliert werden, um die Anonymität der Teilnehmer/-innen zu wahren. Dies ist in Absprache mit der Mitarbeitervertretung erfolgt. Bei den entfallenden Fragen handelt es sich in Teil A um die Fragen 1-7 und 9-14 und in Teil B um die Fragen 18, 19, und 22 der langen Version des COPSOQ. Teil C wurde vollständig ersetzt (entfallende Originalfragen s. Anhang 12.2). Die neu formulierten Fragestellungen sind u.a. angelehnt an das Forschungsprojekt Arbeitsbedingungen im Krankenhaus (Bartholomeyczik et al., 2008). Im Einzelnen handelt es sich dabei um folgende Fragen (zur besseren Kenntlichkeit hier in grauer Schriftfarbe):

Die Frage nach dem Geburtsjahr (ursprünglich A.3, s. Anhang) wird ersetzt durch die Frage nach einem Altersbereich, damit nicht die Möglichkeit besteht, die Aussagen auf Einzelpersonen zurückzuführen:

A.1: Wie alt sind Sie?

Jünger als 40 Jahre 40 Jahre und/oder älter

Fragen nach der beruflichen Qualifikation und Tätigkeit (ursprünglich A.6 und A.7.1-3, s. Anhang) werden ersetzt durch die folgende Frage A.2. Mehrere Berufsgruppen wurden für diese Untersuchung absichtlich zusammengefasst, ebenfalls damit keine Möglichkeit besteht, die Aussagen auf Einzelpersonen oder Gruppen kleiner als 5 Personen zurückzuführen:

A.2 Welche berufliche Qualifikation/Funktion haben Sie?

Führungskräfte	A
Chefärztin/Chefarzt Leitende Ärztin/ Leitender Arzt Oberärztin/ Oberarzt Pflegedienstleitung Bereichsleitung/ Abteilungsleitung Stationsleitung	
alle Mitarbeiter	B
Fachärztin/ Facharzt Assistenzärztin/ Assistenzarzt Krankenschwester/ Krankenpfleger mit und ohne Weiterbildung Administrative Mitarbeiter/-in Krankenpflegehelferin/ Krankenpflegehelfer (1-jährige Ausbildung)	

Die Frage ursprüngliche Frage 8 aus dem A Teil nach der Dauer der beruflichen Tätigkeit wurde in zwei größere Bereiche aufgeteilt mit fünf Jahren Berufserfahrung als Grenzwert.

A.3 Wie lange üben Sie Ihre jetzige berufliche Tätigkeit schon aus (ohne Ausbildungsjahre)?

Weniger als 5 Jahre

5 Jahre und/oder mehr

Angelehnt an das Forschungsprojekt Arbeitsbedingungen im Krankenhaus (Bartholomeyczik et al., 2008) wurden einige Fragen dem Fragebogen zugefügt. Im Einzelnen handelt es sich um folgende Fragen:

A Teil

Die Fragen A.4 sind neu aufgenommen worden, um einen detaillierteren Überblick über Arbeitszeiten, Dienst und Dienstbelastungen zu gewinnen.

A.4.a An wie vielen Wochenenden arbeiten Sie im Durchschnitt im Monat?

_____ Anzahl

A.4.b Wie viele Bereitschaftsdienst machen Sie im Durchschnitt im Monat?

_____ Anzahl

A.4.c Wie viele Nachtschichten arbeiten Sie im Durchschnitt im Monat?

_____ Anzahl

A.4.d Wie viele Wechsel von Spätdienst auf Frühdienst arbeiten Sie im Durchschnitt im Monat?

_____ Anzahl

A.4.e Wie häufig kommt es vor, dass sie keine Pause machen können?

nie	bis 25% alle Arbeitstage	bis 50% alle Arbeitstage	bis 75% alle Arbeitstage	fast immer

B Teil

Eine Frage zum Ablauf der Arbeit wurde ergänzt, welche ebenfalls Hinweise auf die Strukturqualität liefert.

B.6.a Nun einige Fragen zu Regelungen und Abläufen bei Ihrer Arbeit.

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
12. Erhalten Sie alle Materialien, die Sie brauchen, um Ihre Arbeit gut erledigen zu können?					

Des Weiteren wurden einige speziellere Fragen zum Dienstplan mit aufgenommen.

B.6.b Wie häufig kommt es bei Änderungen des Dienstplans vor, dass...

(Bitte je zwei Angaben pro Zeile)

	nie	bis zu 6 mal im Jahr	bis zu 2 mal im Monat	häufiger	Das belastet mich ...		
					gar nicht	etwas	stark
1. ...Sie erst kurzfristig (d.h. innerhalb von 1-3 Tagen) über diese Veränderungen informiert werden?							
2. ...Sie aus dem „Frei“ geholt werden?							
3. ...Sie nach dem Dienstende wegen der Änderungen des Dienstplans sofort weiterarbeiten müssen?							

B.6.c Wie häufig kommt es bei Änderungen des Dienstplans vor, dass...

(Bitte je zwei Angaben pro Zeile)

	nie	bis zu 2 mal im Jahr	3-4 mal im Jahr	häufiger	Das belastet mich ...		
					gar nicht	etwas	stark
4. ...Sie auf Ihr dienstfreies Wochenende verzichten müssen?							
5. ...Ihr Urlaub verschoben werden muss?							
6. ...Ihre familiären Umstände oder persönlichen Wünsche unberücksichtigt bleiben?							

Die Frage B.12 wurde um eine weitere Frage zum Thema Fluktuation erweitert.

B.12.b Wie oft im Laufe der letzten 12 Monate haben Sie daran gedacht Ihre Arbeitsstelle zu wechseln?

nie	einige Male im Jahr	einige Male im Monat	einige Male in der Woche	jeden Tag

C Teil

Der ursprüngliche C Teil wurde ersetzt durch die beiden letzten Fragen der Standardversion des COPSOQ (verfügbar unter <http://www.copsoq.de/>). Insbesondere die offene Frage C.1 ist auch wichtig für die Vorbereitung der Fokusgruppe.

C.1 Haben Sie Vorschläge / Wünsche zur Verbesserung Ihrer psychosozialen Arbeitssituation?

C.2 Haben Sie weitere Anmerkungen zum Fragebogen oder zur Befragung allgemein?

Die komplette Version des zur Untersuchung verwendeten Fragebogens findet sich im Anhang (s. 12.1).

6.5.6 Fokusgruppen

In drei Kleingruppen mit maximal 5 Personen werden vorrangige Probleme und Lösungsideen diskutiert. Es findet pro Berufsgruppe (Ärzte/-innen, Pflege, AMA) je eine Fokusgruppensitzung im Krankenhaus statt. Die Vorschläge für die Gruppengruppenzusammenstellung erfolgen per Losverfahren. Die Teilnahme ist freiwillig. Der Zeitrahmen sieht eine Stunde pro Gruppe vor. Die konkrete Vorbereitung erfolgt nach Sichtung der Fragebögen und integriert die Vorschläge und Wünsche zur Verbesserung der psychosozialen Arbeitssituation der Mitarbeiter (Fragebogen Teil C, s. Anhang 12.1).

Die Diskussionen werden durch die Studienleiterin geführt und dokumentiert. Der hierfür genutzte Diskussionsleitfaden entspricht dem W5-Modell nach Bonk, Fecht, Schmidt (s. Abbildung 4). Das Gespräch wird hieran ausgerichtet und es werden Antworten auf die folgenden fünf Fragen gesucht:

1. Ergebnis-Fokus: „Wie sieht das Ziel eurer gewünschten Veränderung aus?“
„Was sind eure Erwartungen?“
2. Prozess-Fokus und Hierarchisierung: „Welches sind die 5 wichtigsten Vorschläge und Wünsche zur Verbesserung der psychosozialen Arbeitssituation der Mitarbeiter?“
3. Methoden-Fokus: „Wie genau können die Vorschläge realisiert werden?“
4. Ursachen-Fokus: „Warum ist eine Veränderung notwendig und welche Barrieren könnte es geben, um die Vorschläge umzusetzen?“
5. Interessen-Fokus: „Wer ist an den Veränderungen beteiligt und wessen Interessen werden berührt?“

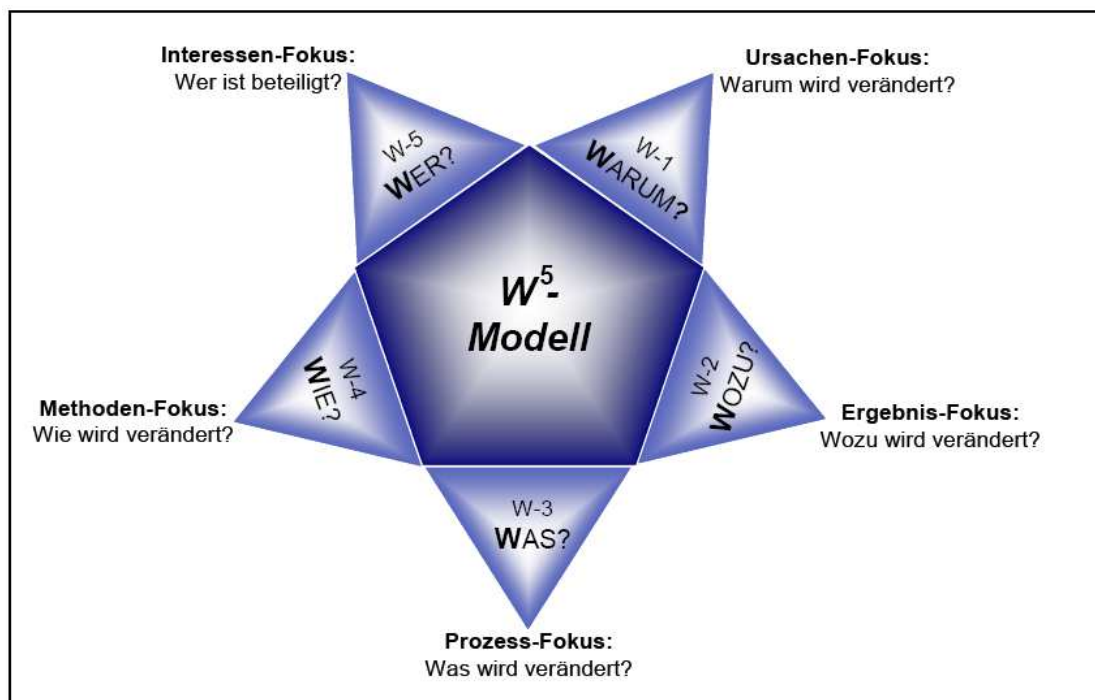


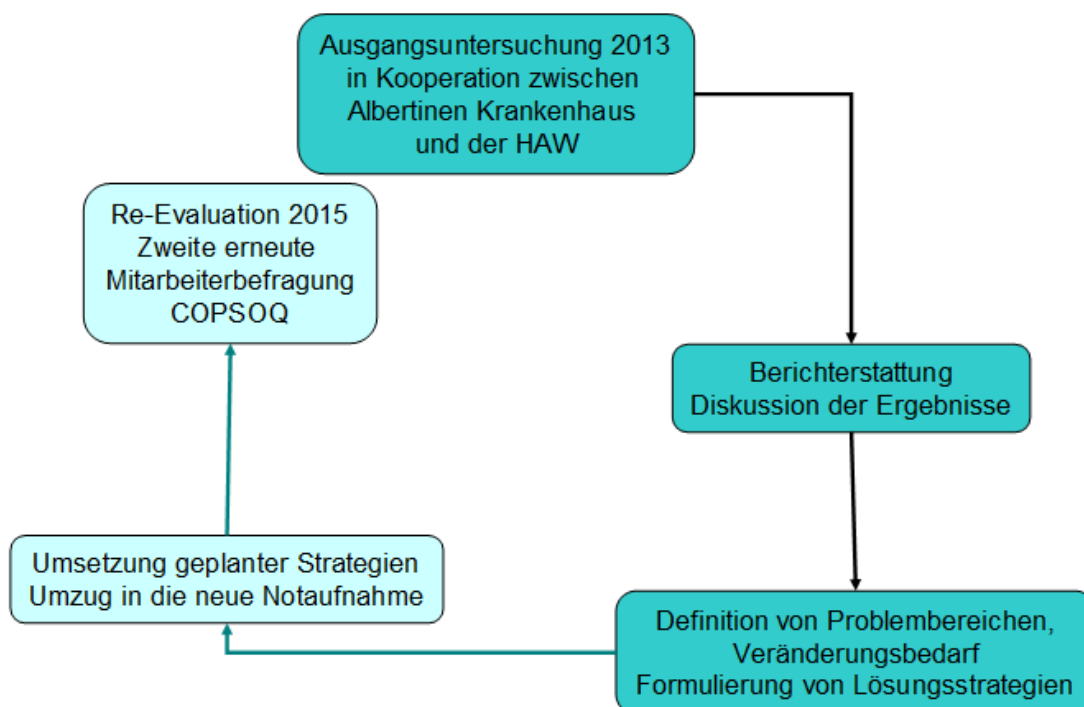
Abbildung 4: W5 Modell nach Bonk, Fecht und Schmidt (2007) übernommen aus Bartholomeyczik et al., 2008, S.67

Die schriftlichen Ergebnisse der Fokusgruppensitzungen werden den Teilnehmern/-innen anschließend präsentiert und von ihnen auf Richtigkeit und Vollständigkeit gegen gelesen und abgezeichnet. Auf diesen Ergebnissen aufbauend findet im Januar 2014 ein Planungsworkshop mit allen Berufsgruppen und den leitenden Mitarbeitern/-innen der Notaufnahme statt. Der Planungsworkshop wird ebenfalls im Krankenhaus innerhalb von maximal eineinhalb Stunden abgehalten. Durchführung und Dokumentation erfolgten wiederum durch die Studienleiterin. Auch hier werden die schriftlichen Ergebnisse anschließend den Teilnehmern/-innen präsentiert, auf Richtigkeit und Vollständigkeit gegen gelesen und zuletzt abgezeichnet.

6.5.7 Entwicklung von Präventionsstrategien

Aus den Ergebnissen der quantitativen und qualitativen Untersuchung lassen sich Empfehlungen und präventive Maßnahmen zur Stressreduktion am Arbeitsplatz erarbeiten. Es bietet sich mit dem Umzug der Notaufnahme in den Neubau im Frühsommer 2014 eine gute Möglichkeit, die entwickelten Vorschläge zu Implementieren. Die Studie in der Notaufnahme ist von Anbeginn so ausgelegt, dass Folgeuntersuchungen angeschlossen werden können. So können Veränderungen nach verfolgt werden, die im Zusammenhang mit dem Umzug oder auch geänderten Organisationsstrukturen stehen (s. Abbildung 5).

Abbildung 5: Qualitätsmanagement, Schritt 1-3 als Bestandteile dieser Studie, Schritt 4+5 Empfehlung



6.6 Phase 3: Datenaufbereitung

Die quantitative Datenauswertung erfolgt mit dem Programmpaket SPSS- Version 19 für Windows. Die Ergebnisse der Auswertung des COPSOQ werden als arithmetischer Mittelwert mit Standardabweichung dargestellt. Die Mittelwerte werden mit Hilfe von t-Tests für unabhängige Stichproben verglichen. Das Signifikanzniveau wird für zweiseitige Tests auf $p < .05^*$ signifikant, $p < .01^{**}$ sehr signifikant, $p < .001^{***}$ hochsignifikant und Werte mit $p < .10$ als statistische Tendenz festgelegt. Die Voraussetzung der Varianzhomogenität wird mit dem Levene-Test überprüft. Auf weitergehende Analysen und insbesondere die Überprüfung von Korrelationen wurde in dieser Studie bewusst verzichtet. Bei der sehr kleinen und inhomogenen Stichprobe wäre hier keine sinnvolle Aussage möglich (s. auch Diskussion der Methodik).

Alle kategorial abgefragten Einzelitems werden auf einen Wertebereich von 0 (minimale Ausprägung) bis 100 (maximale Ausprägung) transformiert. Die Bewertung der Ausprägung als positiv oder negativ ist abhängig von Inhalt der Frage. Die meisten Einzelfragen gehören zu vorab definierten, übergeordneten Skalen. Die Werte jeder Skala wurden als Durchschnittswert der Werte der Einzelaspekte berechnet, nicht als Prozente. Die Skalen werden zusammen mit der Standardabweichung dargestellt (Nübling, 2005, S.22; Nübling et al., 2010). In der graphischen Darstellung werden die Ausprägungen in drei Bereiche „gut“, „mittel“ und „schlecht“ unterteilt.

Um die eigenen Daten mit vorhergehenden Untersuchungsergebnissen vergleichen zu können, ist es teilweise notwendig, die Polung der Ergebnisse zu vertauschen. In dieser Untersuchung wurden die positivsten Ergebnisse immer mit dem Wert „null“ belegt und die negativsten mit dem Wert „hundert“. Zum Beispiel bedeutet in dieser Studie ein Mittelwert von 24 auf der Skala „Gemeinschaftsgefühl“ ein oft gutes Arbeitsklima. Dies entspricht in anderen Studien einem Wert von 76 (Nübling et al., 2005 und 2010; Bartholomeyczik et al., 2008). Da der veröffentlichten Literatur keine eindeutige Empfehlung zur Polung der Skalen oder Einteilung in Wertebereiche zu entnehmen ist, lag es im Ermessen der Forscherin dieser Studie dieses nach Plausibilität festzulegen. Dabei orientierte sie sich an den Scores andere Berufsgruppen und den Wertungen der Skalen in der Literatur.

Die Aufbereitung, Klassifizierung und Transkription des qualitativen Datenmaterials erfolgt in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring, 2010 (S.60 ff.).

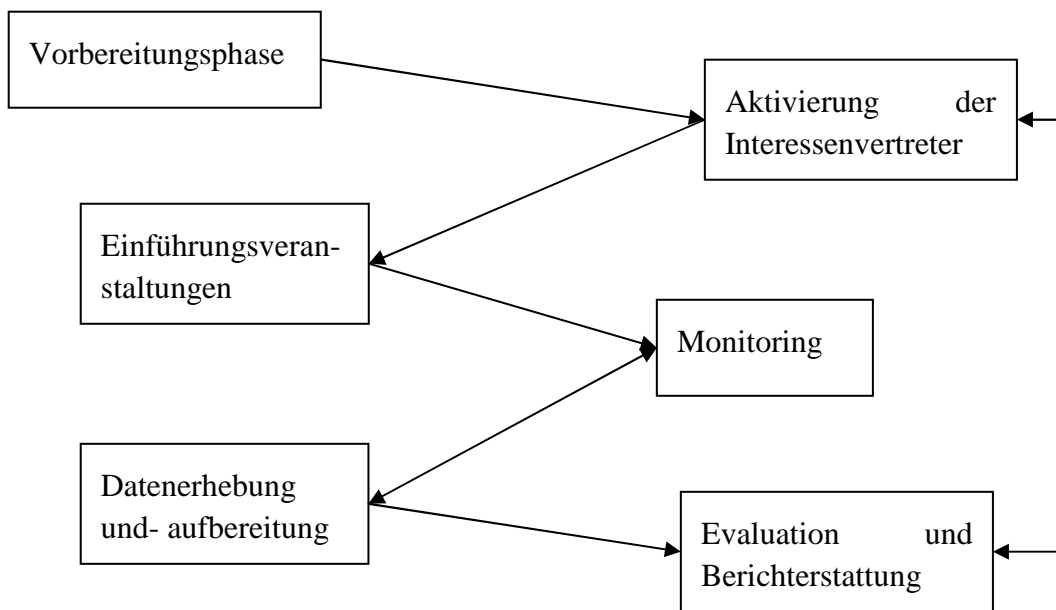
6.7 Phase 4: Evaluation und Berichterstattung

Die planmäßige und korrekte Durchführung der Untersuchung wird in regelmäßigem Austausch zwischen den Projektpartnern/-innen kontinuierlich überprüft. Das Ansprechen von Problemen und gegebenenfalls die Einleitung von Korrekturen sollten jederzeit möglich sein. Kritische Fragen nach Studienablauf sind:

- ✓ Wurden die Ziele der Studie erreicht? Haben sich alle Beteiligten für den Erfolg eingesetzt?
- ✓ Sind alle Beteiligten und Interessenvertreter involviert?
- ✓ Sind die Ergebnisse relevant, signifikant und exakt?
- ✓ Ist die Datenqualität gut?
- ✓ Was sind mögliche „Confounder“ und „Biases“?
- ✓ Welchen Einfluss werden die Ergebnisse der Studie haben?
- ✓ Welche Empfehlungen können für zukünftige Projekte gegeben werden?

Ein wichtiges Element des Projekts ist die Präsentation und Rückführung der Ergebnisse sowohl als schriftlicher Bericht als auch mündlich im Rahmen einer kurzen Präsentation.

Abbildung 6: Feedback-Schleife im Projekt



Der Tag der Ergebnispräsentation wird auch zur Evaluation des Projektes genutzt. An die Präsentation schließt sich eine offene Diskussion an, welche durch einen ärztlichen Kollegen aus der Runde protokolliert wird (teilnehmende Beobachtung; Transkript des Protokolls s. 12.7). Die Interessenvertreter haben die Möglichkeit sich auszutauschen und die Ergebnisse zu diskutieren. Rückmeldungen über die Studienresultate und Durchführung sind willkommen. Des Weiteren werden alle Anwesenden durch die Studienleiterin am Ende aufgefordert, freiwillig drei offene Fragen zum Projekt schriftlich zu kommentieren. Auch diese Ergebnisse werden angelehnt an die qualitative Datenanalyse nach Mayring (2010) ausgewertet.

Die Studienergebnisse sollen eine Basis für die Planung zukünftiger Strategien und Programme schaffen. Das gesamte Projekt wird im Rahmen einer Masterarbeit detailliert beschrieben und veröffentlicht werden.

7 Ergebnisse

7.1 Ergebnisse der psychosozialen Belastungsmessung

7.1.1 Beschreibung des Datensatzes und der Teilnehmer

Im folgenden Absatz werden der Datensatz und die Studienteilnehmer/-innen beschrieben. Ausführliche Tabellen zur gesamten Auswertung befinden sich im Anhang (s. 12.5).

Die potenzielle Teilnehmerzahl aller Mitarbeiter/-innen der Notaufnahme lag zu Beginn bei 58. Unerwartet fiel gleich zu Beginn eine Mitarbeiterin aus. Ausgegeben wurden insgesamt 56 Fragebögen (98,2% ausgehend von einer Grundgesamtheit von 57). Die Anzahl der rückläufigen Fragebögen liegt bei 42 Stück. Dies entspricht einer Teilnahmequote von 73,68%.

Von den 42 Mitarbeitern/-innen sind 22 (52,4%) jünger als 40 Jahre, entsprechend sind 19 (45,2%) 40 Jahre oder älter. In einem Fragebogen fehlt die Altersangabe.

7 Teilnehmer/-innen (16,7%) gaben an, eine Führungsposition innezuhaben, 34 Teilnehmer/-innen (81%) arbeiten in anderer Funktion in der Notaufnahme (ein fehlender Wert). Die Führungspersonen sind 40 Jahre und älter und haben 5 Jahre und mehr Berufserfahrung (ein fehlender Wert).

14 Mitarbeiter/-innen (33,3%) arbeiten in ihrer jetzigen Tätigkeit weniger als 5 Jahre, 27 Mitarbeiter/-innen (64,3%) 5 Jahre oder länger (ein fehlender Wert).

Die Mitarbeiter/-innen der Notaufnahme arbeiten durchschnittlich pro Monat 2,05 Wochenenden (SEM 0,1) und 2,52 Nächte (SEM 0,35). 24% arbeiten zweieinhalb Wochenenddienste pro Monat, 4,8% arbeiten drei und 2,4% arbeiten 4 Wochenenddienste im Monat. 14 Mitarbeiter/-innen gaben an, keine Nachtschichten zu übernehmen. Die Anzahl der durchschnittlichen Nachtschichten pro Monat erhöht sich dann für die übrigen auf 3,79 (SEM 0,32). 19% arbeiten fünf Nachtschichten im Monat, weitere 7,2% bis zu sechs Nächte und 2,4% gaben an, acht Nächte im Monat zu arbeiten. Die durchschnittliche Anzahl der Bereitschaftsdienste für alle Mitarbeiter/-innen, die wenigsten einen Bereitschaftsdienst pro Monat übernehmen (n=6), liegt bei 7,42 (SEM 2,07¹). Die maximale Anzahl der Bereitschaftsdienste liegt bei 15 im Monat

¹ Die großen Varianz erklärt sich zum einen durch die geringe Stichprobengröße, zum zweiten durch fehlende Klassifikation in Teil-/Vollzeitkräfte, Berufsgruppen, kleinere Altersgruppen und Fachkraft/Assistent (bedingt durch die geringe Mitarbeiterzahl und Wahrung deren Anonymität).

(2,4% der Arbeitnehmer). 19% der Mitarbeiter/-innen geben drei, 24% bis zu vier und 7,2% bis zu 5 Wechsel von Spät- auf Frühdienste im Monat an. Die maximale Anzahl an solchen Wechseln im Monat liegt bei zehn (2,4%). An durchschnittlich 57% (SEM 3,44) aller Arbeitstage können keine Pausen gemacht werden.

7.1.2 Anforderungen am Arbeitsplatz

Die Anforderungen am Arbeitsplatz werden insgesamt als sehr hoch angegeben, insbesondere die sensorischen (Konzentration, Aufmerksamkeit, Genauigkeit, Sehvermögen und Koordination, MW 86). Die quantitativen (MW 61), emotionalen (MW 62) und kognitiven Anforderungen (MW 71) werden ebenfalls sehr hoch bewertet (s. Tabelle 2, Diagramm 1). Die kognitiven Anforderungen sind bei den Führungskräften signifikant höher ($F= 2,343$; $t= 2,412$; $p=,021$, alle Ergebnisse der Levene- und T-Tests siehe 12.5). Ihre Arbeit erfordert es fast immer, auf viele Dinge gleichzeitig zu achten und sie sich zu merken; neue Ideen zu entwickeln, breites Wissen aufzuweisen, schnelle und schwierige Entscheidungen zu treffen, die auch von großer Bedeutung für den Arbeitsbereich sind und viel Verantwortung zu tragen. Führungskräfte bemerken auch tendenziell höhere quantitative Anforderungen ($F= 0,220$; $t=1,923$; $p=,062$). Mitarbeiter/-innen, die weniger als fünf Jahre im Beruf sind ($F=0,484$; $t= -1,704$; $p=,096$) und jüngere ($F=3,126$; $t=-1,786$; $p=,082$) fühlen sich in der Tendenz weniger emotional gefordert.

Tabelle 2: Anforderungen

Anforderungen Skalen/Items	Mittelwert (MW)	Standard- abweichung	fehlende Angabe
Sensorische Anforderungen	86,07	12,57	0
Kognitive Anforderungen	70,81	15,29	1
Emotionale Anforderungen	61,67	12,91	0
Quantitative Anforderungen	60,89	10,77	1

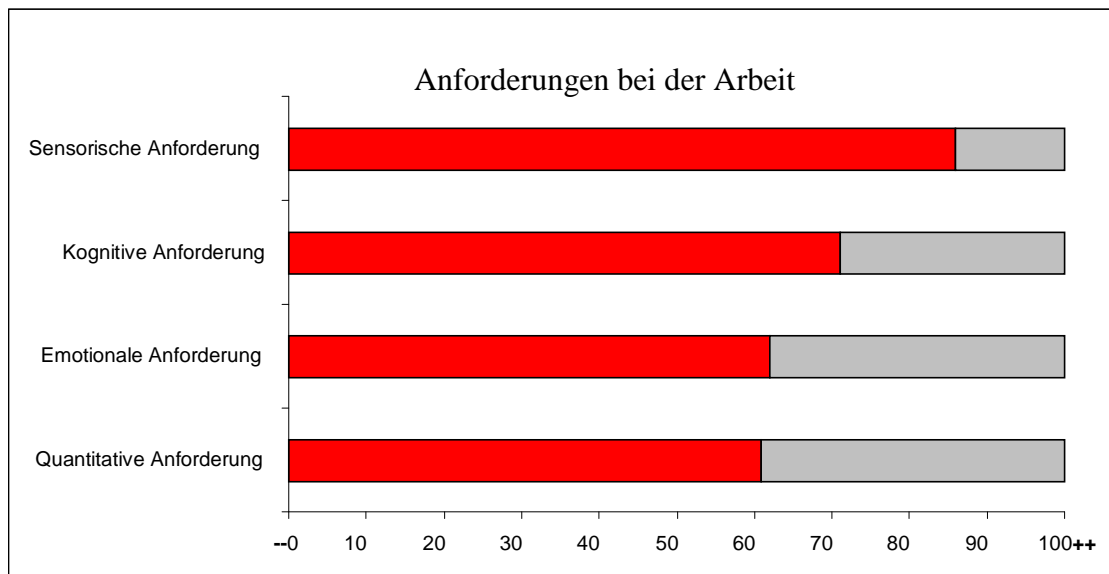


Diagramm 1 Anforderungen am Arbeitsplatz, 0= sehr gering, 100= sehr hoch
rot= starke Belastung, gelb= mäßige Belastung, grün= kaum Belastung

7.1.3 Einfluss und Entwicklungsmöglichkeiten

Die Einfluss- und Entwicklungsmöglichkeiten bei der Arbeit werden durchschnittlich eher schlecht eingeschätzt. Der Entscheidungsspielraum wird mit einem MW von 57 am schlechtesten bewertet. In der Tendenz ist er für die Mitarbeiter/-innen nochmals schlechter als für die Führungskräfte ($F= 0,001$, $t=-1,897$; $p=,065$). Selbstbestimmte Pausen und Arbeitsunterbrechungen sind selten. Einfluss bei der Arbeit wird mit durchschnittlich 54 bewertet. Die Menge, das Tempo und der Inhalt der Arbeit können selten selbst bestimmt werden. Die Entwicklungsmöglichkeiten werden mittelmäßig mit 50 bewertet.

Die Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz wird geringfügig positiver eingeschätzt (MW 43). Zum Teil sind die Mitarbeiter stolz dem Krankenhaus anzugehören. Zum Teil erzählen sie gerne von ihrem Arbeitsplatz und geben der Arbeitsstelle eine persönliche Bedeutung. Die Verbundenheit der Führungskräfte mit ihrem Arbeitsplatz ist signifikant geringer ($F=10,046$, $t=2,629$; $p=,016$). Die Bedeutung der Arbeit an sich unterscheidet sich im Wert deutlich von den übrigen Werten dieser Rubrik (MW 26). Die Mitarbeiter empfinden ihre Arbeit in hohem Maße als sinnvoll, sind motiviert und eingebunden und haben das Gefühl, dass ihre Arbeit wichtig ist (s. Tabelle 3, Diagramm 2).

Tabelle 3: Einfluss- und Entwicklungsmöglichkeiten

Einfluss- und Entwicklungsmöglichkeiten Skalen/Items	Mittelwert (MW)	Standard- abweichung	fehlende Angabe
Entscheidungsspielraum	56,70	13,05	0
Einfluss bei der Arbeit	54,17	10,19	0
Entwicklungsmöglichkeiten	49,83	8,67	1
Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz	43,01	12,67	0
Bedeutung der Arbeit	26,01	17,89	1

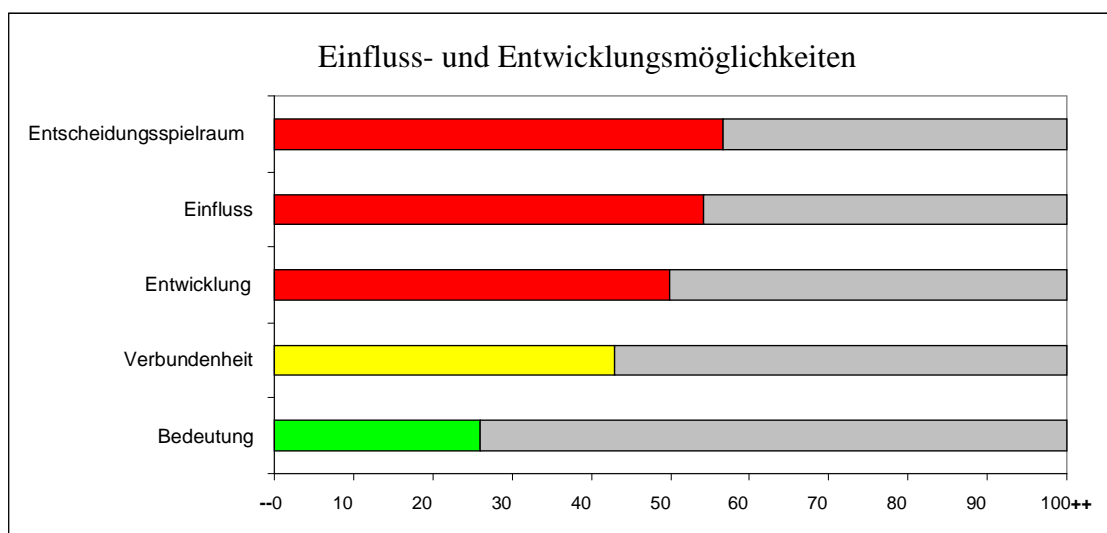


Diagramm 2: Einfluss- und Entwicklungsmöglichkeiten, 0= gute Bewertung, 100= schlechte Bewertung
rot= schlechte Bewertung, gelb= mittlere Bewertung, grün= gute Bewertung

7.1.4 Soziale Beziehungen und Führung

Die Mitarbeiter/-innen beschreiben, dass sie oft Hilfe und Zuwendung durch die Vorgesetzten (MW 40) oder Kollegen/-innen (MW 28) (soziale Unterstützung, MW 34) erhalten. Die Ziele, der Verantwortungsbereich und die Befugnis bei der Arbeit sind insgesamt in hohem Maße klar (Rollenklarheit, MW 31). Die Rollenklarheit ist bei Berufserfahrenen signifikant größer ($F=0,377$; $t=2,351$; $p=,024$) und in der Tendenz auch bei den älteren Mitarbeitern/-innen ($F=0,551$; $t=1,87$; $p=,069$). Das Gemeinschaftsgefühl und die Arbeitsatmosphäre zwischen den Kollegen sind oft gut (MW 24)

Die sozialen Beziehungen werden mittelmäßig, aber mit positiver Tendenz eingeschätzt (MW 45). Manchmal arbeiten die Kollegen/-innen getrennt voneinander und können

sich während der Arbeit nicht austauschen. Die Beziehungen sind signifikant besser für ältere Angestellte ($F=0,014$; $t=0,905$; $p=,02$) und Führungskräfte ($F=1,943$; $t=-2,337$; $p=,025$).

Den Vorgesetzten werden allerdings nur zum Teil bis in geringem Maße Führungsqualitäten beigemessen (MW 56). Die Führungsqualität wird signifikant schlechter bewertet durch jüngere Mitarbeiter/-innen ($F=0,000$; $t=2,094$; $p=,043$) und Mitarbeiter/-innen, die kürzer im Beruf sind ($F=0,839$; $t=2,517$; $p=,016$). Feedback von Vorgesetzten oder Kollegen gibt es selten (MW 64). Die Arbeit ist nur zum Teil bis in geringem Maße vorhersehbar (MW 55). Zum Teil werden widersprüchliche Anforderungen gestellt oder Dinge, die einem auch manchmal unnötig erscheinen, auf grundverschiedene Arten erledigt (Rollenkonflikt, MW 53). Der Rollenkonflikt ist für jüngere Mitarbeiter/-innen signifikant größer ($F=0,392$; $t=2,397$; $p=,021$; s. Tabelle 4, Diagramm 3).

Tabelle 4: Soziale Beziehung und Führung

Soziale Beziehungen und Führung Skalen/Items	Mittelwert (MW)	Standard- abweichung	fehlende Angabe
Feedback	64,58	19,51	0
Führungsqualität	56,49	22,18	3
Vorhersehbarkeit	55,06	15,20	0
Rollenkonflikt	52,68	13,68	0
Soziale Beziehungen	44,94	18,74	0
Soziale Unterstützung	34,38	14,09	0
Rollenklarheit	30,80	17,70	0
Gemeinschaftsgefühl	24,01	10,28	0

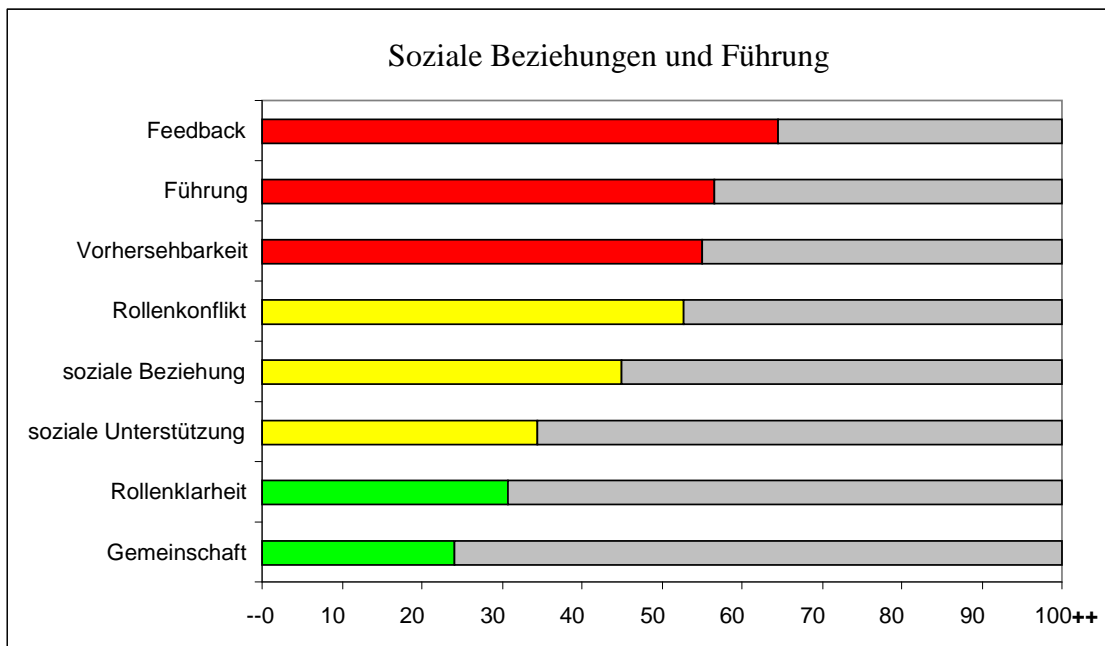


Diagramm 3: Soziale Beziehungen und Führung, 0= gute Bewertung, 100= schlechte Bewertung
rot= schlechte Bewertung, gelb= mittlere Bewertung, grün= gute Bewertung

7.1.5 Dienstpläne

Geplante Urlaube müssen in der Notaufnahme fast nie verschoben werden (MW 2), so dass dies nur eine geringe Belastung darstellt (MW 10). Diese ist signifikant größer für Führungskräfte ($F=4,653$; $t=-2,254$; $p=,032$) und nicht existent für alle weiteren Mitarbeiter/-innen. Nur selten muss nach Schichtende eine weitere Schicht übernommen werden (MW 8). Sehr signifikant häufiger sind es dann die Führungskräfte, die eine Doppelschicht arbeiten ($F=2,346$; $t=3,577$; $p=,001$). Der Belastungswert für die Gesamtheit der Befragten bleibt so gering (MW 25). Zu diesen beiden Fragen fehlen allerdings vermehrt Wertangaben.

Kurzfristige Änderungen des Dienstplans werden deutlich häufiger angegeben (MW 50) und führen zu einem höheren Belastungswert (MW 41). Mitarbeiter, die länger im Beruf sind, empfinden diese Belastung signifikant stärker ($F=0,328$; $t=-2,276$; $p=,029$). Einspringen aus dem „Frei“ (MW 45), Verzicht auf ein freies Wochenende (MW 44) und unberücksichtigte persönliche Wünsche (56) kommen ebenfalls gehäuft vor und werden von allen als stark belastend angegeben (MW 58, 62, 64). Diese Mittelwerte weisen eine sehr hohe Varianz auf (s. Diagramm 4, Diagramm 5, Tabelle 5).

Tabelle 5: Dienstpläne

Dienstpläne Skalen/Items	Mittelwert (MW)	Standard- abweichung	fehlende Angabe
kurzfristiger Änderung	49,98	27,95	0
Belastung durch kurzfristiger Änderung	41,03	36,04	3
aus dem „Frei“ geholt werden	45,12	25,48	0
Belastung aus „Frei“ geholt werden	57,69	37,24	3
Weiterarbeiten nach Schichtende	7,86	14,22	0
Belastung Weiterarbeiten nach Schichtende	25,00	40,16	10
Verzicht auf Wochenende	43,60	27,19	0
Belastung durch Verzicht auf Wochenende	61,84	37,55	4
Urlaub verschieben	2,36	8,60	0
Belastung Verschieben des Urlaubs	10,00	26,57	7
persönliche Wünsche unberücksichtigt	55,50	34,38	0
Belastung durch unberücksichtigte Wünsche	64,47	36,59	4

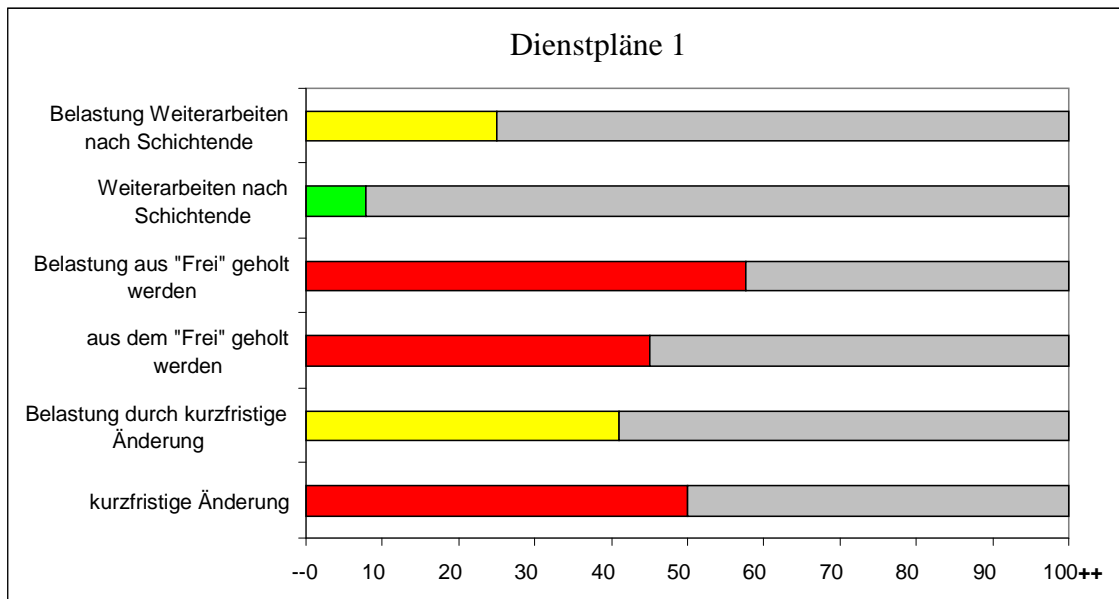


Diagramm 4: Dienstpläne Teil 1: kurzfristige Änderungen, aus dem „Frei“ geholt werden, Weiterarbeiten nach Schichtende,
 0=geringes Vorkommen/geringe Belastung, 100= gehäuftes Vorkommen/große Belastung
 rot= stark-/ gelb= mäßig-/ grün= kaum Vorkommen/Belastung

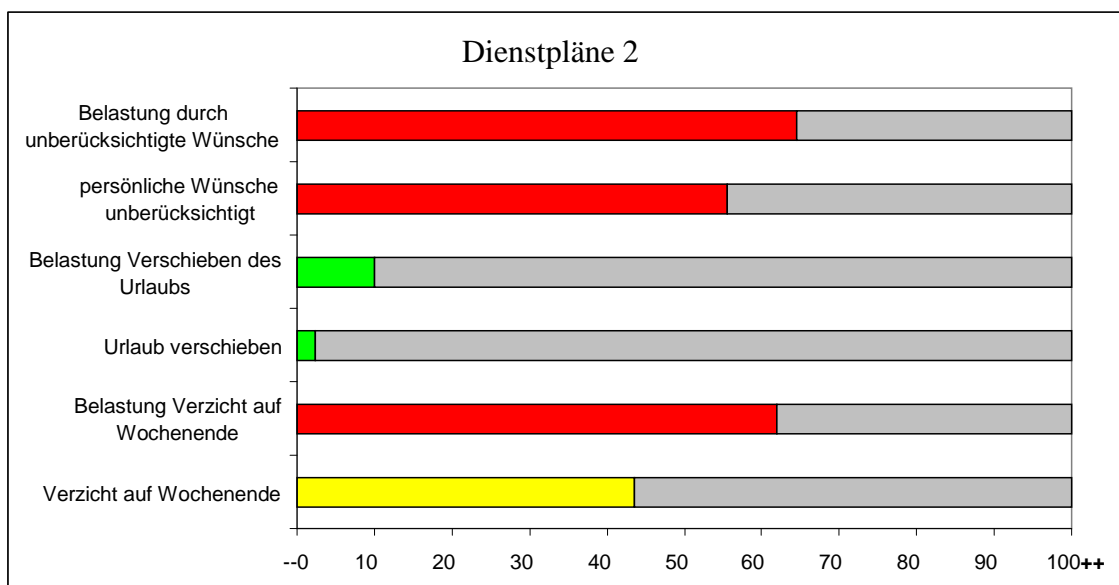


Diagramm 5: Dienstpläne Teil 2: Wochenendverzicht, Urlaub verschieben, Wünsche unberücksichtigt,
 0=geringes Vorkommen/geringe Belastung, 100= gehäuftes Vorkommen/große Belastung
 rot= stark-/ gelb= mäßig-/ grün= kaum Vorkommen/Belastung

7.1.6 Art der Arbeitsbelastung

Die Arbeit in der Notaufnahme wird von 63,41% der Mitarbeiter/-innen als körperlich und geistig gleichermaßen belastend empfunden. 31,71% empfinden die Arbeit als überwiegend geistig belastend, 4,88% als überwiegend körperlich belastend (s. Diagramm 6).

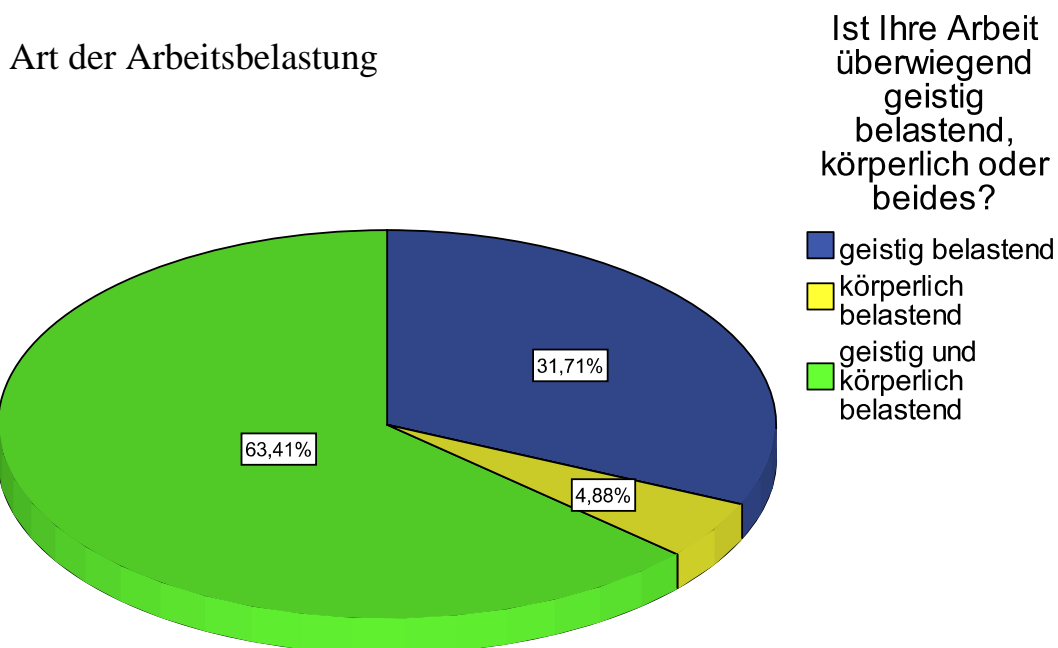


Diagramm 6: Art der Arbeitsbelastung

7.1.7 Folgen und Symptome

Die Arbeitszufriedenheit erreicht einen mittleren Wert (MW 43). Mit der Arbeitssituation insgesamt sind die Mitarbeiter/-innen weder zufrieden noch unzufrieden. Die Lebenszufriedenheit weist deutlich positivere Werte auf als die Arbeitszufriedenheit (MW 33, s. Diagramm 7).

Die Arbeit in der Notaufnahme ist sehr anstrengend. Der Wert der Burnout-Skala bewegt sich mit MW 45 im mittleren Bereich, aber er liegt deutlich über den Stresssymptomen (s.u.). Es bleibt festzuhalten, dass das ein durchaus kritischer Bereich auf der Burnout-Skala ist, der auf eine hohe Gesundheitsgefährdung hinweist. Die

Kollegen/-innen fühlen sich manchmal müde, körperlich und emotional erschöpft und denken, sie könnten nicht mehr. Manchmal fühlen sie sich ausgelaugt, schwach und krankheitsanfällig. Verhaltensbezogene Stresssymptome treffen kaum zu (MW 30), auch kognitive Stresssymptome sind selten (MW 32; s. Tabelle 6 und Diagramm 8). Allerdings weisen die Führungskräfte sehr signifikant mehr verhaltensbezogen Stresssymptome auf ($F=6,315$; $t=3,529$; $p=,002$) und in der Tendenz auch mehr Zeichen eines Burnout-Syndroms ($F0,861$; $t=1,77$; $p=,085$).

Tabelle 6: Folgen und Symptome

Folgen und Symptome Skalen/Items	Mittelwert (MW)	Standard- abweichung	fehlende Angabe
Copenhagen Burnout Inventory, Skala: personal burnout	45,44	17,11	0
Arbeitszufriedenheit	43,32	13,17	0
Lebenszufriedenheit (Satisfaction with life scale)	33,30	16,31	0
Kognitive Stresssymptome	32,14	17,65	0
Verhaltensbezogene Stresssymptome	30,06	19,68	0

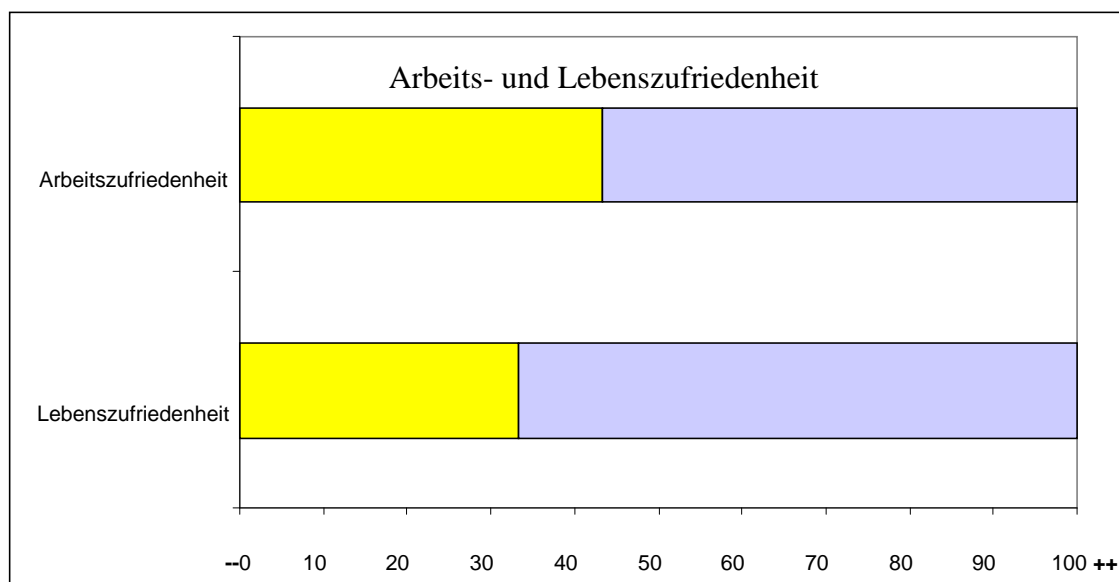


Diagramm 7: Folgen: Arbeits- und Lebenszufriedenheit

0=vollkommen zufrieden, 100= vollkommen unzufrieden

rot= unzufrieden, gelb= mittelmäßig zufrieden, grün= zufrieden

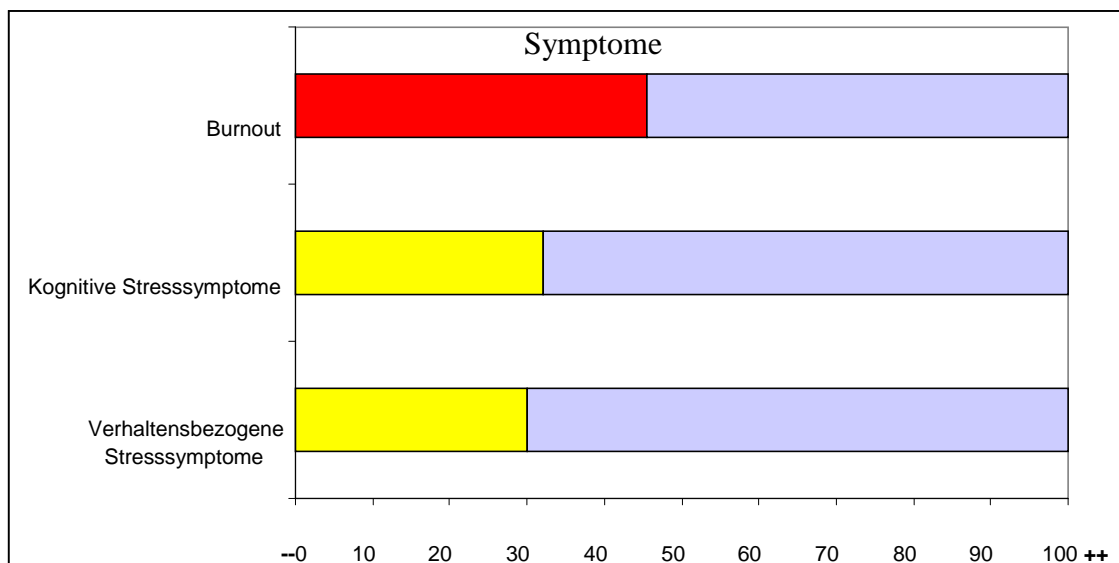


Diagramm 8: Symptome, 0= keine Symptome, 100= alle Symptome
 rot= starke Belastung, gelb= mäßige Belastung, grün= keine Belastung

7.1.8 Arbeitsfähigkeit

Die aktuelle Arbeitsfähigkeit und der allgemeine Gesundheitszustand liegen bei einem Durchschnittswert von 24, wenn null der beste denkbare Zustand ist. Die Arbeitsfähigkeit im Verhältnis zu den körperlichen Arbeitsanforderungen ist eher gut (MW 30), im Verhältnis zu den geistigen Anforderungen geringfügig schlechter aber dennoch eher gut (MW 32). In der Tendenz wird das Verhältnis der körperlichen Anforderungen zur Arbeitsfähigkeit mit dem Alter schlechter ($F=0,322$; $t=-1,692$; $p=,099$). Die Führungskräfte schätzen ihren Gesundheitszustand hoch signifikant schlechter ein als das übrige Personal ($F=0,013$; $t=3,028$; $p=,004$). Einige wenige Mitarbeiter/-innen (MW 6) glauben, sie können ausgehend von ihrem jetzigen Gesundheitszustand ihren Beruf in den nächsten zwei Jahren nicht mehr ausüben (s. Tabelle 7 und Diagramm 9).

Tabelle 7: Arbeitsfähigkeit Teil 1

Arbeitsfähigkeit Teil 1 Skalen/Items	Mittelwert (MW)	Standard- abweichung	fehlende Angabe
Verhältnis Arbeitsfähigkeit/ Anforderungen geistigen	31,55	17,51	0
Verhältnis Arbeitsfähigkeit/ Anforderungen körperlichen	29,79	20,09	0
Allgemeiner Gesundheitszustand	24,05	13,80	0
Arbeitsfähigkeit	24,05	14,66	0
Beruf weiter ausüben können	5,95	0	

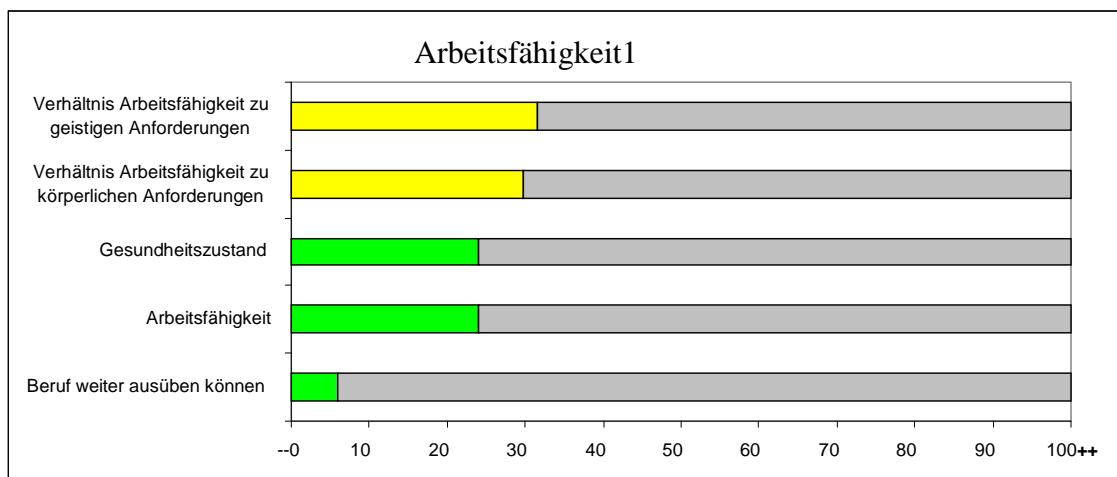


Diagramm 9 Arbeitsfähigkeit-I: 0= bester Zustand, 100= schlechtesten denkbaren Zustand
rot= schlechter Zustand, gelb= mittlerer Zustand, grün= guter Zustand

Die Mehrzahl der Mitarbeiter/-innen erlebt eher häufig Freude bei der täglichen Arbeit (MW 32), ist eher häufig aktiv und rege (MW 35) und eher häufig zuversichtlich für die Zukunft (MW 33) (s. Tabelle 8 und Diagramm 10). Die Führungskräfte geben an, sehr signifikant weniger häufig aktiv und rege zu sein ($F=4,778$; $t=3,008$; $p=,007$) und sind in der Tendenz weniger zuversichtlich für die Zukunft ($F=1,201$; $t=1,802$; $p=,079$).

Tabelle 8: Arbeitsfähigkeit Teil 2

Arbeitsfähigkeit Teil 2 Skalen/Items	Mittelwert (MW)	Standard- abweichung	fehlende Angabe
Aktiv sein	34,52	19,09	0
Zuversichtlich für die Zukunft	33,33	21,15	0
Freude an täglichen Aufgaben	31,55	21,43	0

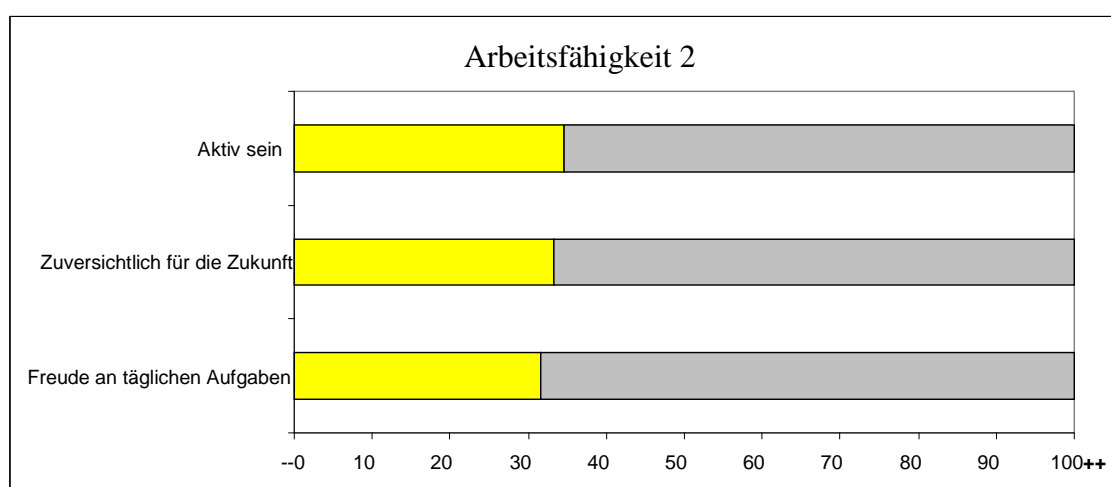


Diagramm 10: Arbeitsfähigkeit-2: 0=häufig/immer, 100= nie

rot= schlechte Bewertung, gelb= mäßige Bewertung, grün= gute Bewertung

7.1.9 Bewertung der Arbeit

Bei der Bewertung der Arbeit stimmen die Mitarbeiter/-innen überein, viel Kontakt zu Menschen zu haben (MW 5), anderen helfen zu können (MW 13) und nützlich für die Gesellschaft zu sein (MW 13). Die Arbeit erfordert ein hohes Verantwortungsbewusstsein (MW 15). Es trifft eher zu, dass die Tätigkeit interessant (MW 20) und selbstständiges Arbeiten erlaubt ist (MW 23). Die Berufsstellung ist eher sicher (MW 23) und die Arbeit sinnvoll (MW 26). Durchschnittlich trifft es eher zu, dass sich die Mitarbeiter als Person respektvoll behandelt fühlen (MW 31). Sie empfinden eher, die gleichen Chancen zu haben wie ihren Kollegen/-innen (MW 31). Jüngere Kollegen/-innen sprechen sich signifikant schlechtere Chancen zu ($F=2,257$, $t=2,486$; $p=,017$) und auch Kollegen/-innen, die noch nicht lange im Beruf sind, empfinden tendenziell, schlechtere Chancen zu haben ($F=0,232$; $t=1,743$; $p=,089$). Insgesamt empfinden die Mitarbeiter/-innen ihren Beruf eher als anerkannt und geachtet (MW 35), deutlich signifikant mehr Anerkennung nehmen die Führungskräfte wahr ($F=6,804$; $t=-3,041$; $p=,006$). Das Einkommen wird insgesamt weder sonderlich hoch

noch niedrig gesehen (MW 43), doch die Führungskräfte betrachten ihr Einkommen deutlich signifikant besser ($F=5,861$; $t=-3,065$; $p=,007$). Als nicht zutreffend werden gute Aufstiegsmöglichkeiten (MW 63) und gesunde Arbeitsbedingungen (MW 61) beschrieben. Die Aufstiegsmöglichkeiten sind hoch signifikant schlechter für ältere Mitarbeiter/-innen ($F=6,52$; $t=-3,937$; $p=,000$) und tendenziell schlechter für Mitarbeiter/-innen in Führungspositionen ($F=8,160$; $t=1,954$; $p=,068$) und mit mehr Jahren im Beruf ($F=2,622$; $t=-1,818$; $p=,077$). Die Arbeit lässt einem wenig Freizeit (MW 67). Den kritischsten Wert bei der Bewertung der eigenen Arbeit erreicht die selbstständige Festlegung der Arbeitszeiten und -tage (MW 76) (s. Diagramm 11). Junge Mitarbeiter/-inne haben signifikant weniger Einfluss auf ihre Arbeitszeiten ($F=2,565$; $t=2,094$; $p=,043$), Führungskräfte haben hierauf signifikant mehr Einfluss ($F=20,351$; $t=-3,071$; $p=,02$) (s. Tabelle 9 und Diagramm 11).

Tabelle 9: Bewertung der eigenen Arbeit

Bewertung der eigenen Arbeit Skalen/Items	Mittelwert (MW)	Standard- abweichung	fehlende Angabe
Arbeitszeiten festlegen	76,19	21,35	0
Freizeit	66,67	19,65	0
Aufstiegsmöglichkeiten	63,10	25,45	0
gesunde Arbeitsbedingungen	61,31	21,53	0
Einkommen	43,45	26,52	0
Geachteter Beruf	35,12	27,08	0
Respekt	30,95	18,98	0
Gleiche Chancen	30,95	21,95	0
Sinnvolle Arbeit	26,19	19,87	0
Sichere Berufsstellung	22,62	20,52	0
Selbständig arbeiten	22,62	15,43	0
Interessante Tätigkeit	20,42	16,78	0
Verantwortungsbewusstsein	14,88	18,36	0
Anderen helfen	12,50	15,86	0
Nützlich für die Gesellschaft	12,50	15,86	0
Kontakt zu Menschen	4,76	9,94	0

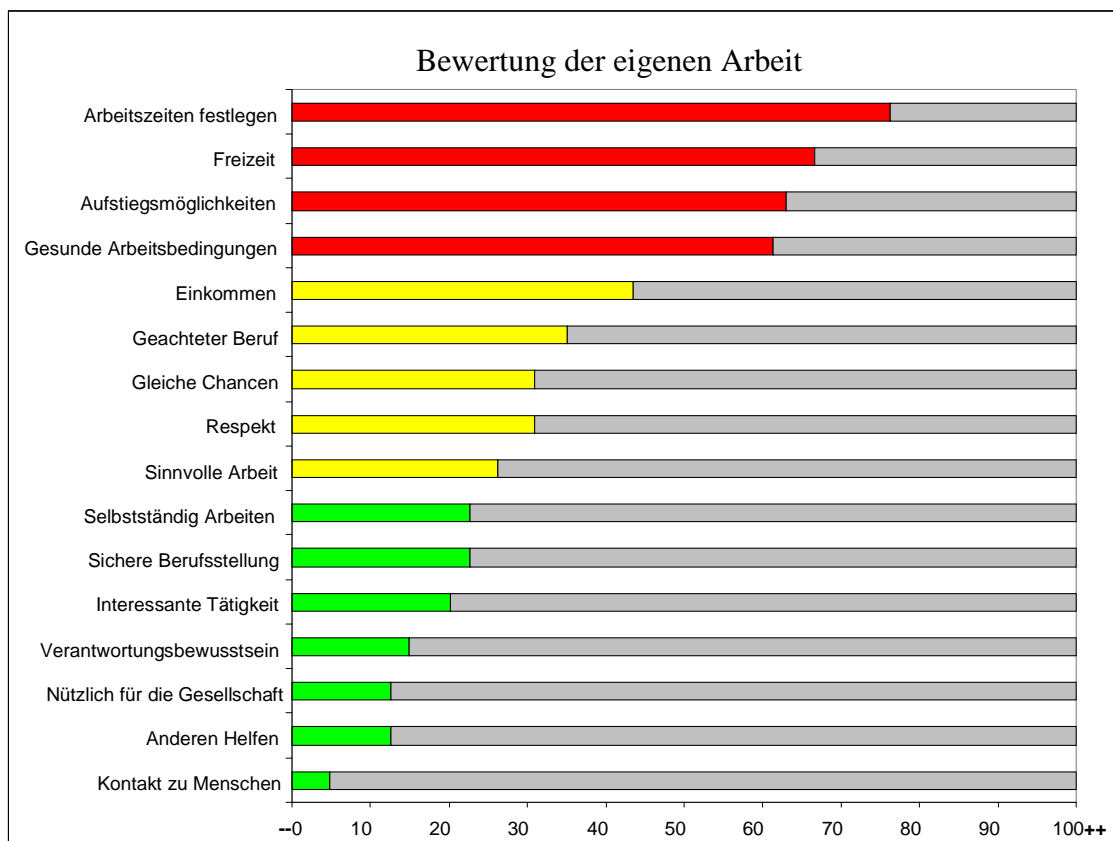


Diagramm 11: Bewertung der eigenen Arbeit, 0=trifft voll zu, 100= trifft überhaupt nicht zu
rot: schlechte Bewertung, gelb= mäßige Bewertung, grün= gute Bewertung

7.1.10 Weitere Skalen

Mobbing am Arbeitsplatz wird von den Mitarbeitern als gering eingeschätzt (MW 11). Der Arbeitsplatz selber wird als sicher empfunden (MW 15) und nochmals signifikant sicherer von jungen Angestellten ($F=2,326$; $t=-2,183$; $p=,035$) und Führungskräften ($F=4,222$; $t=-2,153$; $p=,049$). Die Arbeit lässt sich nur schwer mit dem Privatleben vereinbaren (MW 58) Noch signifikant schwerer wird es, wenn man eine Führungsposition inne hält ($F=4,218$; $t=2,314$; $p=,036$). Es fehlt klar an Einbindung in die Prozesse (MW 70). Insbesondere diejenigen mit wenig Berufserfahrung beklagen dies ($F=0,075$; $t=1,9$; $p=,065$). Die Mitarbeiter fühlen sich als Person nicht immer wertgeschätzt (MW 40). Einige Male im Jahr wird an die Aufgabe der Arbeitsstelle oder sogar des Berufes gedacht (MW 27 und 23) (s. Tabelle 10, Diagramm 12, Diagramm 13).

Tabelle 10: Weitere Skalen

Weitere Skalen Skalen/Items	Mittelwert (MW)	Standard- abweichung	fehlende Angabe
Einbindung in Prozesse	70,39	20,15	0
Vereinbarkeit mit Privatleben	57,98	25,78	0
Wertschätzung als Person	39,58	19,31	0
Gedanken an Aufgabe der Arbeitsstelle	27,38	24,58	0
Gedanken an Berufsaufgabe	22,62	24,58	0
Unsicherheit des Arbeitsplatzes	14,73	15,42	0
Mobbing	10,93	21,42	0

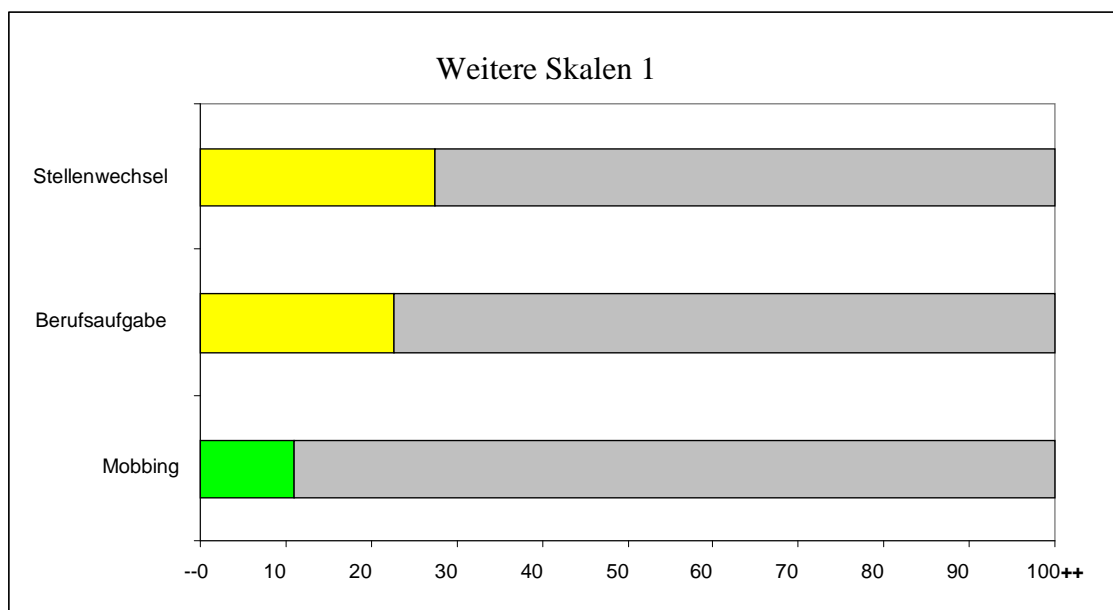


Diagramm 12: Weitere Skalen: Mobbing, Gedanken an Berufs- oder Stellungsaufgabe,
 0=nie, 100= häufig; rot= oft, gelb= manchmal, grün= kaum

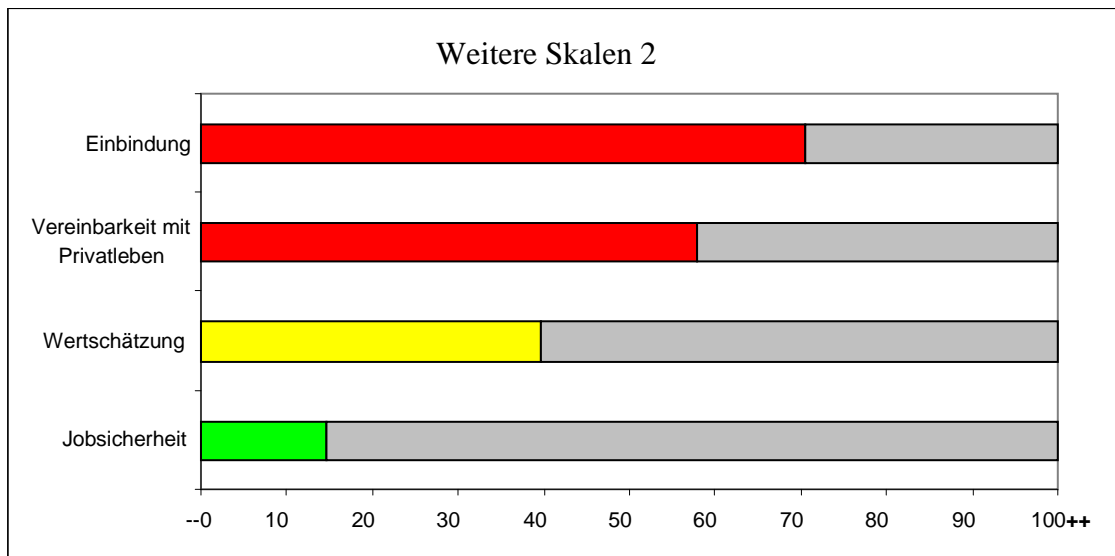


Diagramm 13: Weitere Skalen: Vereinbarkeit mit Privatleben, Einbindung, Wertschätzung, Jobsicherheit, 0=stimme nicht zu/in geringem Maße, 100= stimme voll zu/in hohem Maße rot= schlechte Bewertung, gelb= mäßige Bewertung, grün= gute Bewertung

7.2 Wünsche und Vorschläge zur Verbesserung der psychosozialen Arbeitssituation

Teil C des COPSOQ- Fragebogens enthält die offene Frage nach Wünschen und Vorschlägen zur Verbesserung der eigenen psychosozialen Arbeitssituation. Alle genannten Vorschläge und Wünsche wurden gesammelt und den Kategorien

- Team
- Teamführung
- Dienstpläne
- Allgemeines Management und
- EDV

zugeordnet. Die Zahl der Mehrfachnennungen wird in den folgenden Listen in Klammern angegeben.

7.2.1 Team

In der Kategorie „Team“ wurde am häufigsten der Wunsch nach Pausen ohne Unterbrechung genannt. Die ständige Erreichbarkeit z.B. auch am Telefon wird als störend empfunden in der Erholungszeit. Auch fehlt es an einem ruhigen Pausenraum, in den sich die Mitarbeiter/-innen ungestört zurückziehen können. Ebenso wird gewünscht, dass der Arbeitsbereich ruhiger gestaltet wird. Die Patientenversorgung soll klar abgegrenzt von wartenden Angehörigen erfolgen. Es müssen ausreichend Arbeitsplätze vorhanden sein und diese müssen ruhiger gestaltet werden.

Besonders dringlich ist auch der Wunsch nach einer Einführung von „Standard Operating Procedures“ (SOP) und Standards allgemein in die Arbeit der Notaufnahme. Es wird mehrfach der Wunsch geäußert nach einer eindeutigen, schriftlichen und transparenten Klärung von Zuständigkeiten auch Fach-/ und Berufsgruppen übergreifend. Die Niederschrift und Veröffentlichung unterstützen ferner die Transparenz von Absprachen. Es gibt klare Vorschläge zur Verbesserung der Kommunikation. Das bisher gängige Kommunikationsmedium „Küchenschrank“, an welchem alle möglichen Zettel aufgehängt werden, wird als absolut unzureichend einsortiert. Alle Mitarbeiter/-innen brauchen einen Arbeits-Email-Account. So wäre auch sicher gestellt, dass Sitzungsprotokolle alle Mitarbeiter/-innen erreichen und man auch in Abwesenheit über wichtige Entscheidungen und Ereignisse informiert bleibt, da ein Zugriff von extern möglich ist. Des Weiteren wird im Curator² ein stetig,

² Curator= hausinterner, intranetbasierter, elektronischer Informationsbereich, Zugang über Computer am Arbeitsplatz im Krankenhaus

aktualisiertes Forum der Notaufnahme gefordert. Es besteht theoretisch die Möglichkeit, dort Informationen zu hinterlegen z.B. Sitzungsprotokolle oder Leitlinien. Diese Möglichkeit wird augenblicklich aber kaum genutzt. Da viele Informationen nicht aktuell sind, nehmen die Mitarbeiter/-innen den Curator auch nicht als ernstzunehmende und verlässliche Informationsquelle wahr. Einigen fehlt es des Weiteren an Übung im Umgang mit dem Medium.

Innerhalb des Teams der Notaufnahme sollte ein fester Raum geschaffen werden, an dem kurz und zeitnah Nachrichten mündlich weitergegeben werden.

Für Dienstausfälle (z.B. durch Krankheit) wird die Einführung eines Bereitschaftsdienstes mit entsprechender Entlohnung gefordert oder die Beschäftigung von externen Kräften zur Kompensation dieser Ausfälle.

Es gibt Vorschläge zur Veränderung von Arbeitsabläufen. Ärzte/-innen und Pflege sollten enger im Team zusammenarbeiten, im Idealfall als Einheit: ein Arzt/eine Ärztin und eine Pflegekraft. Gemeinsam geführte Aufnahmegespräche würden den Ablauf optimieren und Zeit sparen. Die Triage³ von Patienten/-innen sollte zukünftig gemeinsam durch die Pflege und einen Facharzt/-ärztin erfolgen. Hierdurch könnten ambulante Patienten/-innen schneller herausgefiltert und von einem/-r hierfür bestimmten Kollegen/-in behandelt werden. Die Einschätzung der Triage ist berechtigt und zu akzeptieren. Die Pflegekräfte hatten angegeben, dass einige Ärzte/-innen ihre Ersteinschätzung manchmal zu unrecht in Frage stellen, was zu Komplikationen, Zeitverzögerung und Fehlern führen kann.

Innerhalb der Abteilung braucht es Funktionsbeauftragte für Hygiene, Arbeitsschutz, Brandschutz, Datenschutz, Strahlenschutz, Qualitätsmanagement und Mitarbeiterfürsprecher/-innen, die allen Mitarbeitern/-innen bekannt sind. Es muss ihnen möglich sein, ihren Aufgaben innerhalb der Arbeitszeit nachzukommen. Aus ihren Bereichen sollten sie regelmäßige berichten. Sie sollten im Austausch stehen und angeleitet werden durch die zuständigen Fachkräfte des Krankenhauses. Vorgeschlagen wird beispielsweise ein jährliches Treffen. Die Übernahme der Funktion sollte schriftlich fixiert und öffentlich bekannt gegeben werden, z.B. im Curator.

Neue Mitarbeiter/-innen müssen besser eingearbeitet werden und brauchen hierfür mehr Zeit. Die Einarbeitung sollte ihnen durch schriftliche Unterweisungen und einen Mentor/-in erleichtert werden. Ihr Lernfortschritt könnte in einem Einarbeitungsbogen dokumentiert werden. Für alle Mitarbeiter/-innen gilt der Wunsch respektvoll miteinander umzugehen, auch in kritischen Situationen. Eine Balintgruppe (ohne Vorgesetzte) könnte helfen, Krisen und Probleme aufzuarbeiten.

Weitere Vorschläge zur Optimierung der Arbeitsabläufe sind verbesserte Anordnungsbögen. Diese sollten die Möglichkeit zur Priorisierung geben und nach

³ Triage= Ersteinschätzung von Patienten (nach Schwere der Krankheit, Stabilität, Dringlichkeit und Fachrichtung)

Bereichen getrennt werden. Vor Ort müssen ausreichend Arbeitsmaterialien vorhanden sein. Für den Fall, dass sich die Mitarbeiter/-innen nachts in den Behandlungszimmern aufhalten und der Tresen unbesetzt ist, wird eine Funkklingel vorgeschlagen.

Gelistet folgen nun alle genannten Wünsche und Vorschläge die in der Kategorie „Team“ zusammengefasst wurden:

Tabelle 11: Wünsche und Vorschläge zum Team

Vorschläge zum Team	Häufigkeiten der Nennung
Standards, SOPs (Standard Operating Procedures= Standardprozeduren)	6
Pausen ohne Unterbrechung (auch ohne Telefon), geringere Erreichbarkeit, mehr Ruhezeiten	6
Eindeutige Klärung von Zuständigkeiten, auch Fach-übergreifend, schriftlich und transparent	5
Kommunikation verbessern <ul style="list-style-type: none"> • Der Küchenschrank ist nicht genug als Kommunikationsmedium • Email-Accounts für alle Mitarbeiter • Forum-ZNA im Curator, immer aktuell 	4
Mehr Transparenz <ul style="list-style-type: none"> • Absprachen schriftlich niederlegen und öffentlich machen • Kurze Rückmeldung uns betreffender Details von Sitzungen, was gibt es neues im Haus • Protokolle von Sitzungen an alle verschicken, sodass man auch in Abwesenheit informiert ist 	3
Teambildung: je ein Arzt/Ärztin + je eine Pflegekraft pro Schicht <ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsame Triage von Pflege und Facharzt/-ärztin mit angegliederter ambulanter Patientenbetreuung • Akzeptanz der Triage • Gemeinsames Aufnahmegespräch 	3
Funktionsbeauftragt (schriftlich fixiert, protokolliert, transparent): <ul style="list-style-type: none"> • Hygiene • Arbeitsschutz • Brandschutz • Datenschutz • Strahlenschutz • Qualitätsmanagement • Assistentensprecher 	2
Längere Einarbeitungszeit (mind. 6 Wochen, nicht nur eine) <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation/ Einarbeitungsbogen 	2
Respekt und Kontrolle auch in stressigen Situationen	2

Anordnungsbogen überarbeiten, 2-3 Bereiche, Prioritäten	1
Ausreichend Arbeitsmaterial vor Ort	1
Funkklingel am Tresen	1
Balintgruppe ohne Vorgesetzte	1
Mentoren für neue Mitarbeiter	1
Miteinander statt gegeneinander arbeiten	1

7.2.2 Teamführung

Die Mitarbeiter/-innen wünschen sich regelmäßige Fortbildungsangebote, Supervision und Bedside-Teaching⁴. Insbesondere die interne Fortbildung möchten sie gerne aktiv mit gestalten und beispielsweise kritische Patientenfälle besprechen und ethische Fragestellungen diskutieren. Vielmals wünschen sie sich auch regelmäßige, gemeinsame Teambesprechungen. Sie erwünschen eine motivierende und zugewandte Leitung mit „echtem Interesse“ an der Arbeit, dem Team und an den einzelnen Mitarbeitern/-innen. Mitarbeitergespräche und Zielvereinbarungen werden eingefordert. Bei wichtigen Entscheidungen möchten sie häufiger einbezogen zu werden, dabei mit der Möglichkeit mehr Einfluss auf Entscheidungen ausüben zu können. Diese Forderung steht nicht zwangsläufig im Widerspruch zu dem Wunsch nach mehr autoritärer Führung im Sinne von klaren Strukturen und Vorgaben in Notfallsituationen. Ebenso sind klare und schriftliche Absprachen zwischen den Abteilungen notwendig. In schwierigen Situationen und kritischen Notfällen wird mehr Begleitung durch die Vorgesetzten gewünscht.

Es gibt den Vorschlag, den Oberarzt-Bereitschaftsdienst abzuschaffen und das hierdurch eingesparte Geld in eine neue Arztstelle zu investieren. Bei neu zu besetzenden Stellen in leitender Funktion wird vorgeschlagen, Personal von extern einzustellen, um „frischen Wind“ in die Abteilung zu bekommen.

⁴ Lehrunterricht am Krankenbett

Gelistet folgen nun alle genannten Wünsche und Vorschläge die in der Kategorie „Teamführung“ zusammengefasst wurden:

Tabelle 12: Wünsche und Vorschläge zur Teamführung

Vorschläge zur Teamführung	Häufigkeiten der Nennung
Regelmäßige Fortbildung, Verbesserung der Weiterbildungsmöglichkeiten, interne Fortbildung, kritische Diskussion von Fallbeispielen, ethische Probleme diskutieren	6
Regelmäßige Teambesprechungen: Definition von Zielen, Problemen, Lösungen, Ideen-Pool	4
Einführung eines Bereitschaftsdienstes mit entsprechender Entlohnung oder Beschäftigung von Externen für Dienstaussfälle	3
Abgetrennter und ruhiger Arbeitsbereich <ul style="list-style-type: none"> • Ausreichend Arbeitsplätze, PCs, Schreibtische • Angehörige nur nach Aufforderung involviert, ansonsten gesonderter Wartebereich • Abgetrennter, klar strukturierter Triageplatz 	3
Einbeziehung und Einflussmöglichkeiten bei wichtigen Entscheidungen	3
Supervision und Bedside-Teaching wiederbeleben	2
Leitung mit Visionen und Vorschlägen, motivieren, Vorbild sein, Interesse zeigen an der Zufriedenheit der Mitarbeiter	2
Öfter Mitarbeitergespräche, Zielvereinbarung	1
Klare und verständliche Anordnungen, mehr autoritäre Führung, kein Laissez-faire, klare Organisation	1
Klare und schriftliche Absprachen zwischen den Abteilungen bezüglich Zuständigkeiten	1
Leitende Kräfte von extern einstellen, nicht immer aus den eigenen Reihen, um „neuen Wind“ zu bekommen	1
Begleitung durch Vorgesetzte in schwierigen Situationen und schwierigen Notfällen	1
Abschaffung des Oberarzt-Bereitschaftsdienstes und Umverteilung der Gelder z.B. in eine neue Arztstelle	1

7.2.3 Dienstplan

Ein verlässlicher, gerechter und flexibler Dienstplan mit möglichst wenigen Schichtwechseln ist zentrales Thema, wenn es um Arbeitsbelastungen geht. In der Kategorie „Dienstplan“ wurden die folgenden Wünsche und Vorschläge gesammelt:

Tabelle 13: Wünsche und Vorschläge zum Dienstplan

Vorschläge zum Dienstplan	Häufigkeiten der Nennung
Weniger Schichtwechsel, kein Dreischichtbetrieb- zu hohe Belastung	3
Keine Wechsel mehr vom Spät- in den Frühdienst	1
Flexibleres Arbeitszeitmodell	1
Mehr „frei“ nach Nachtdiensten	1
Keine 7 Tage am Stück durcharbeiten	1
Mehr Gerechtigkeit bei der Schichtverteilung	1
Frühzeitiger und verlässlicher Dienstplan	1

7.2.4 Allgemeines Management

Es fehlt in der Notaufnahme an Räumlichkeiten und Rückzugsmöglichkeiten, in denen die Mitarbeiter/-innen einen Moment innehalten können. Die Notwendigkeit eines ruhigen Aufenthaltsraums wird auch hier wieder deutlich gemacht.

Bei höherem Patientenaufkommen und quantitativer Mehrbelastung fordern die Mitarbeiter/-innen mehr Personal zur Bewältigung des Arbeitsaufkommens. Für die Übernahme von speziellen Funktionen (s. Funktionsbeauftragte) innerhalb der Abteilung müssen Zeiten und Gelder extra eingeplant werden. Eine Entlastung wäre die Einstellung zusätzlicher Hilfskräfte zur Übernahme einfacher Aufgaben bzw. generell die Übernahme nicht medizinischer Aufgaben durch andere Berufsgruppen.

Vom allgemeinen Management wünschen sie sich, bei Entscheidung öfter einbezogen zu werden. Sie erhoffen sich, dass Wertschätzungen ihre Leistungen und echtes Interesse an ihren Belangen zum Ausdruck kommt. Sie erbitten sich spezielle Angebote für Mitarbeiter/-innen in den Bereichen Fortbildung, Sport und Stressabbau und soziale Unterstützung.

Es gibt den Vorschlag, Anreize zu schaffen für Verbesserungsvorschläge durch Mitarbeiter/-innen aus dem gesamten Haus. Das Qualitätsmanagement sollte gestärkt werden. Schließlich wird die Parkplatzsituation beklagt und deren Ausbau gewünscht.

Es folgen gelistet alle genannten Wünsche und Vorschläge, die in der Kategorie „Allgemeines Management“ zusammengefasst wurden:

Tabelle 14: Wünsche und Vorschläge zum Management

Vorschläge für das Management	Häufigkeiten der Nennung
Ruhiger Pausenraum	5
Höherer Stellenschlüssel, mehr Personal bei höherem Patientenaufkommen (unrealistisch)	4
Angebote für Mitarbeiter: <ul style="list-style-type: none"> • Mentoring, Coaching • Fortbildung am PC, Office, Umgang mit unserer Software • Fortbildung/Ausbildung des Führungspersonals • Personalsport ausbauen • Massagen • Personalrabatte für Sportangebote (auch extern) • Entspannungsverfahren erlernen • Balintgruppe 	4
Mehr Einfluss bei Entscheidungen, die uns betreffen	3
Hilfskräfte einstellen für berufsfremde Tätigkeiten (z.B. Putzen, Wischen, Auffüllen, Aufräumen, Briefe schreiben) unter Berücksichtigung des 24h Betriebs <ul style="list-style-type: none"> • 24h Transportdienst • Sekretär/Schreibdienst wenigstens in der Regeldienstzeit von 8-16h 	3
Mehr Parkplätze für Mitarbeiter, vor allem beim Spät- und Zwischendienst unzureichend	2
Interesse zeigen an den Mitarbeitern, Wertschätzung zeigen	2
Ausbau des Qualitätsmanagements, z.B. mit finanzieller Förderung (DIN EN ISO 9001:2008)	1
Anreize schaffen für das Einreichen von Verbesserungsvorschlägen, z.B. Preisverleihung	1
Funktionsbeauftragte in allen Abteilungen verpflichtend, regelmäßige interne Treffen (Arbeits-/ Daten-/ Brand-/ Strahlenschutz, Qualitätsmanagement, Hygiene), Einplanung des Mehraufwands und entsprechende Entlohnung	1

7.2.5 EDV

Zur EDV im Krankenhaus wurden derart viele Vorschläge gemacht, dass sie in einer eigenen Kategorie zusammen gefasst wurden (s.u.). Die wichtigsten Punkte sind Aktualität, Zugang und Verlässlichkeit. Leitlinien und Algorithmen anderer Abteilungen sollten auf dem neusten Stand im Curator abrufbar sein. Die Wünsche und Vorschläge in der Kategorie EDV sind:

Tabelle 15: Wünsche und Vorschläge zur EDV

Vorschläge zur EDV	Häufigkeiten der Nennung
Verlässliche und aktuelle Informationen im Curator <ul style="list-style-type: none"> • Aktuelle Seiten der Abteilungen mit Leitlinien • Mitarbeiterforum zum Austausch 	1
Haus-interne Leitlinien	1
Anderes Computersystem, andere Software für das Haus	1
Email-Accounts für alle Mitarbeiter	1
Aktualisiertes, verlässliches Telefonbuch mit Nummern nicht nur nach Namen, sondern auch nach Funktion, gespeichert in jedem Telefon	1
WLAN mit Zugang für eigenen Geräte (Smartphones/Tablets)	1
Jeder Arzt braucht ein Telefon und muss im System hinterlegt sein, nur dann ist eine klare Zuordnung von Patient/-in, der jeweiligen Untersuchung und des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin möglich, nur dann funktionieren Absprachen und Befundmitteilungen	1

7.3 Fokusgruppen

Die zusammengetragenen Wünsche und Vorschläge (s. 7.2) sind in die Arbeit der Fokusgruppen eingeflossen. So hatten diese zusätzlich die Qualität von Priorisierungsworkshops. Es konnte für jede Gruppe ein gemeinsamer Termin im Krankenhaus gefunden werden. Die Ergebnisse innerhalb der Gruppen konnten in einer Stunde erzielt werden. Die Atmosphäre war offen und freundlich. Alle Teilnehmer/-innen beteiligten sich rege und mit Interesse an der Diskussion. Die anschließend schriftlich zusammengefassten Ergebnisse wurden als vollständig und korrekt von den Teilnehmern/-innen abgezeichnet.

Die Vision der Mitarbeiter/-innen ist ein freudvolles Zusammenarbeiten, respektvoll und mit gegenseitiger Wertschätzung. Die Patienten/-innen werden zügig eingeschätzt und unverzüglich behandelt. Es stehen gut ausgebildete Ärzte und Ärztinnen zur Verfügung, welche schnell Entscheidungen treffen können, klare Ansagen machen und Verantwortung übernehmen. Sie bilden pro Schicht zusammen mit den Pflegekräften ein Team. Die Arbeit wird optimal unterstützt durch die EDV im Haus und einen großzügigen, ruhigen und persönlichen Arbeitsplatz.

Um sich dieser Vision zu nähern, stehen vorrangige Veränderungen in den Bereichen Team und Teamführung an. Veränderungen des allgemeinen Managements werden in der Priorität hoch eingeschätzt, aber als kaum beeinflussbar erlebt. Grundvoraussetzung für eine gutes Arbeiten ist eine verlässliche EDV.

Als eine der wichtigsten Maßnahmen zur Verminderung von psychosozialen Stress in der Notaufnahme kristallisierte sich die sofortige Einführung von Standards für das gesamte Team der Notaufnahme heraus. Ziel ist es einfache und verlässliche Leitfäden zu haben, die Zeit sparen und Fehler vermeiden helfen. Sie können die Oberärzte/-innen entlasten und tragen zur Qualitätssicherung bei. Insbesondere jüngere Kollegen/-innen werden von einem positiven Lerneffekt profitieren. Die Ausarbeitung kann durch das Team unter Supervision der Führungskräfte erfolgen. Hürden, die es dabei zu überwinden gilt, sind die allgemeine Überarbeitung der Mitarbeiter/-innen, fehlende Kapazitäten und fehlende Freistellung von der Arbeit hierfür, die hohe Fluktuation in der Ärzteschaft und die fehlende Einarbeitung von Ärzten/-innen.

Die nächste wichtige Maßnahme ist die eindeutige, schriftliche und transparente Klärung von Zuständigkeiten, insbesondere zwischen den Abteilungen. Ziel ist es, die Arbeitsabläufe dadurch zu vereinfachen und vielfaches Nachfragen und Diskutieren zu sparen. Eine Vermeidung von unnötigen Reibungspunkten kann den freund- und respektvollen Umgang miteinander stärken. Die Absprachen haben zwischen den Führungskräften zu erfolgen. Schwierigkeiten hierbei sind unterschiedliche persönliche Meinungen.

Es besteht Einigkeit darüber, dass regelmäßige Teambesprechungen die Arbeitsqualität in der Notaufnahme und die allgemeine Zufriedenheit erheblich steigern würden. Die Berufsgruppen treffen sich zum Teil einzeln regelmäßig. Obwohl auch diese Besprechungen als wertvoll empfunden werden, besteht der klare Wunsch, die Zusammentreffen auf das gesamte Team auszuweiten. Dieses würde auch die Kommunikation miteinander verbessern. Nachrichten können dann ausgetauscht und Entscheidungen gemeinsam getroffen werden. Es eröffnet einen neuen Raum, in dem Patientenfälle, aber auch Sorgen miteinander besprochen werden können. Auch außerhalb der Klinik wünschen sich die Mitarbeiter/-innen gemeinsame Unternehmungen.

Weitere wichtige Aktionen sind regelmäßige Fortbildungen und der Ausbau der Weiterbildungsmöglichkeiten. Diese werden sowohl die Kompetenz und Zufriedenheit der Mitarbeiter/-innen erhöhen als auch die Patientensicherheit. Die gemeinsamen Fortbildungen tragen zur Teambildung bei. Vorgeschlagen werden regelmäßige, feste Termine mit feststehendem Themenplan in einem angemessenen Konferenzraum. Die überwiegend internen Fortbildungen sollten ergänzt werden durch externe Experten für bestimmte Themen: Mega-Code-Trainings⁵ werden gewünscht.

Ruhige, strukturierte und klar abgegrenzte Arbeitsbereiche sind eine Grundvoraussetzung für stressfreies Arbeiten. Durch das Wegfallen unnötiger Störungen können Fehler vermieden werden. Es steigert die Effektivität und spart Zeit.

⁵ Definition Mega-Code: Übung des strukturierten Vorgehens bei der [Herz-Lungen-Wiederbelebung](#) im Sinne des Mega-Code-Algorithmus nach den Richtlinien des „European Resuscitation Council guidelines for resuscitation“ („ERC Guidelines 2010,“ n.d.)

Im Augenblick sind die Voraussetzungen unzureichend und auch gegenüber den neuen Räumlichkeiten im Neubau sind die Mitarbeiter/-innen sehr skeptisch. Themen sind fehlender Platz, fehlende Räume, fehlendes Material, fehlende finanzielle Ressourcen und unzureichende Einbeziehung bei der Planung des Neubaus. Gefordert werden wenigstens ein eigener Arbeitsplatz, um den man nicht konkurrieren muss, ein extra Arbeitsplatz für Konsiliarärzte/-innen und Studenten/-innen, ein ruhiger Pausenraum und ein separater Raum für Angehörigengespräche. Abgesehen von dem Pausenraum muss es natürlich auch möglich sein, Pausen und Ruhezeiten einzuhalten. Die Mitarbeiter/-innen wünschen sich eine erneute Beurteilung nach einem Jahr bezüglich der Vorzüge und Probleme mit den neuen Räumlichkeiten im Neubau.

Insgesamt wünschen sie sich, bei Entscheidungen mehr einbezogen zu werden und über Besprechungen, Absprachen und Sitzungen besser informiert zu werden. Dieses schafft Verständnis auf beiden Seiten. Nach Einführung von Veränderungen sollten deren Auswirkungen, Erfolg und Misserfolg überprüft werden. Das ist Aufgabe der Führungsebene.

Von den Führungskräften wünschen sich die Mitarbeiter/-innen eine bessere Leitung und intensivere Supervision. Hiervon betroffen sind besonders die Assistenzärzte/-innen. Durch eine ertragreichere Einarbeitung und Aufsicht könnten, so die Einschätzung in der Fokusgruppe, die Kollegen/-innen mehr Verantwortung übernehmen und gewinnen an Sicherheit. Barrieren der Umsetzung sind ein zu hohes Patientenaufkommen, eine zu hohe Arbeitsintensität und Zeitmangel, des Weiteren nimmt diese Gruppe aber auch eine fehlende Motivation der Führungskräfte und fehlende Rahmenbedingungen wahr. Vor allem der stetige Zeitdruck und die hohe Arbeitsintensität können sich als hinderlich erweisen. Insbesondere in Notfallsituationen fehlt es oft an Begleitung und Feedback. Der Umgang miteinander sollte auch in stressigen Momenten stets respektvoll bleiben.

Bei vermehrt anfallender Arbeit oder Ausweitung von Tätigkeitsfeldern oder Schichten sind mehr Personalstellen zu planen. Das Gefühl in einer Schicht zu wenig Personal für die Versorgung der Patienten zu haben, erzeugt massiven Stress. Stationsassistenten und Schreibkräfte würden die Mitarbeiter/-innen sehr entlasten und ihnen mehr Zeit für die direkte Patientenversorgung einräumen.

Die EDV wird als größeres Problemfeld mit wenigen Möglichkeiten der direkten Einflussnahme wahrgenommen. Die vielen Störungen sind immer wieder Quelle von Ärger, Zeitverlust und Fehlern. Gewünscht wird eine Ausschöpfung der Mittel, die automatische Übernahme alter Befunde und Daten, Textbausteine und Vorlagen. Das System und die Informationen müssen immer aktuell sein. Vorschlag zur Verbesserung ist vermehrte Rückmeldungen an die EDV-Abteilung.

Alle Details der Fokusgruppensitzungen können den tabellarischen Protokollen im Anhang entnommen werden (s.12.6).

7.3.1 Ergebnisse des Planungsworkshops

Im Anschluss an die Fokusgruppen fand im Januar 2014 nachmittags für eine Stunde ein Planungsworkshop statt. Die Teilnehmer/-innen waren neben der Projektleiterin, der leitende Arzt der Notaufnahme, eine Stellvertreterin der Stationsleitung, eine weitere Pflegekraft und eine administrative Angestellte. Zwei Ärztinnen mussten kurzfristig aufgrund anfallender Arbeitsbelastung absagen und konnten nicht teilnehmen.

Es wurde gemeinsam beschlossen, ab sofort unter Supervision des Leitenden Arztes mit der Einführung von „Standard Operating Procedures“ zu beginnen. Diese können zunächst aus älteren Behandlungspfaden und Symptomlisten der Notaufnahme durch die Mitarbeiter/-innen erarbeitet werden. Sie sollen zeitgleich die Grundlage bilden für die geplanten, regelmäßigen, internen Fortbildungen. Die frei gewählte und intensive Zusammenarbeit in den Kleingruppen stärkt den Teamgeist und ermöglicht offene Gespräche. Regelmäßige gemeinsame Teambesprechungen und Visiten⁶ sind ebenfalls geplant, spätestens mit Arbeitsaufnahme im Neubau 2014.

Der erste Schritt zur Klärung von Zuständigkeiten ist mit der schriftlichen Absprache zwischen den Abteilungen der Notaufnahme und der Neurologie vom 23.12.13 erfolgt. Ähnliche Absprachen mit anderen Fachabteilungen müssen folgen.

Ebenfalls ist ein erster Schritt zur Verbesserung der Leitung und Supervision durch die Oberärzte/-innen ist mit der schriftlichen Aufgabenbeschreibung vom 5.12.13 erfolgt. Mit der Rückführung auf die in diesem Schreiben genannten Aufgaben, werden die Oberärzte/-innen in ihrer Arbeit entlastet und können sich vermehrt auf die Anleitung der Assistenten/-innen und Supervision fokussieren. Die Umsetzung, Erfolge und Probleme müssen erneut beurteilt und besprochen werden.

Um erhöhte Arbeitsaufkommen in der Notaufnahme zu kompensieren, schlägt der leitende Arzt zur Ausschöpfung und besseren Nutzung des gesamten vorhandenen Personalpools im Krankenhaus die Einführung eines „service-level-agreements“ vor. Es sieht einen flexibleren Einsatz von Personal im Krankenhaus vor. Bei Mehrbedarf sollen zusätzliche Arbeitskräfte eingefordert werden können.

Im Gespräch konnte ferner geklärt werden, dass eine Ausweitung der Albertinen-Emailadressen für alle Mitarbeiter/-innen geplant sei. Dieses kann nicht nur die Kommunikation untereinander sondern auch mit anderen Mitarbeiter/-innen im Haus und mit anderen Abteilungen verbessern.

Das Problem der Räumlichkeiten, Arbeitsplätze und des Pausenraums bleibt zum Zeitpunkt des Planungsworkshops ungelöst.

⁶ Visite= Begutachtung eines/r Patienten/-in am Krankenbett durch Ärzte/-innen und Pflege

Es folgen noch einmal alle Ergebnisse im Protokoll zusammengefasst:

1. Standard Operating Procedures

- Das Ausharren bis zum Einsatz eines funktionsfähigen „Dashboards“ (in Entwicklung) wird von den Mitarbeitern/-innen der Notaufnahme aus mehreren Gründen abgelehnt, der leitende Arzt der Notaufnahme hält ein System unabhängig von KIS (elektronisches Krankenhausinformationssystem) für stabiler und sinnvoller und fordert als beste Lösung den käuflichen Erwerb eines fertigen „Dashboards“
- Zustimmung durch den leitenden Arzt zur Erstellung von „Standard Operating Procedures“ durch Mitarbeiter/-innen der Notaufnahme ab sofort, Übernahme der Supervision
- Erstellung der „Standard Operating Procedures“ auf Grundlage bereits vorhandener Behandlungspfade und Symptomliste in der Notaufnahme
- Testphase zur Abschätzung des zeitlichen Aufwands und der Motivation und Bereitschaft aller Mitarbeiter/-innen, Abschätzung entstehender Kosten (Arbeitszeit)
- Bildung einer Arbeitsgruppe aus Ärzten/-innen und Pflegekräften (vier Leute insgesamt) mit Delegation verschiedener Themen an andere interessierte Mitarbeiter/-innen
- Nutzung der Ergebnisse als Ausgangspunkt für die Einführung einer internen Fortbildungsreihe mit festen Terminen, Ziel 1x wöchentlich, planbar für mindestens drei Monate im voraus

2. Zuständigkeiten der Fachabteilungen und Ablauf von Konsilen:

- Einleitend gibt es seit dem 23.12.13 eine schriftliche Absprache zwischen den Abteilungen Notaufnahme und Neurologie
- es wird darauf hingewiesen, dass diese Absprachen auch mit anderen Fachabteilungen notwendig sind

3. Verbesserung der Supervision und Leitung durch die Oberärzte/-innen:

- Einstieg ist die Aufgabenbeschreibung der Oberärzte/-innen im Schreiben vom 5.12.13 und Erläuterung in der Dienstbesprechung der Ärzte/-innen vom 9.12.13
- Wichtig ist eine zeitnahe Evaluation der Umsetzung und ggf. Anpassung

4. regelmäßige Teambesprechungen:

- im Zuge der Neuerungen 2014 sind auch regelmäßige Teambesprechungen der Notaufnahme für alle Berufsgruppen zusammen geplant (einmal im Monat) sowie weitere regelmäßige Besprechungen/Visiten

5. Kommunikation:

- Erstellung einer Kontaktliste der gesamten Notaufnahme, viele Mitarbeiter brauchen einen Zugang zu Lotus Notes: Zugriff von extern möglich

6. Arbeitsplätze/Pausenraum:

- einen Termin zur Begehung der neuen Notaufnahme gibt es bis dato weiterhin nicht
- Info: der Umzug in das neue Gebäude ist vorerst auf Juni verschoben worden

7. mehr Personal bei höherem Patientenaufkommen:

- der leitende Arzt schlägt zur Ausschöpfung und besseren Nutzung des gesamten vorhandenen Personalpools im Krankenhaus die Einführung eines „service-level-agreements“ vor

7.4 Evaluation

Die Ergebnispräsentation fand an einem Donnerstagnachmittag von 16-17 Uhr im Krankenhaus statt. Die Gelegenheit wurde zur Rückmeldung über die Studie genutzt. Es waren insgesamt 19 Personen anwesend, alle Interessenvertreter mit Ausnahme der Pflege. Nach der Vorstellung der Ergebnisse folgte etwa 20 Minuten eine offene Diskussion.

Die Themen waren zum ersten der Sinnverlust bei der Arbeit. Dieser werde durch die Mitarbeiter/-innen in der täglichen Routine erlebt und ist nicht nur auf den hohen Anteil an Bürokratie zurückzuführen. Zu dem Punkt „Transparenz und Informationsfluss“ wird festgestellt, dass die Bereitstellung von Informationen alleine nicht zu informierten Mitarbeitern/-innen führt. Wichtige Beschlüsse müssen als solche kenntlich weitergetragen werden. Hierbei ist Aktivität und Initiative auf Seiten der Führung und des Managements genauso gefordert wie auf Seiten der Mitarbeiter/-innen. In der neuen Notaufnahme sollen regelmäßige Besprechungen im gesamten Team stattfinden. Zum Thema „Arbeitszeiten und Dienstplanmodelle“ wird festgehalten, dass die Arbeitszeiten gesetzlich geregelt sind. Wichtig sei ein verlässlicher und rechtzeitiger Dienstplan (sechs Wochen vorher). Konkrete Vorschläge zur Einführung eines neuen flexibleren Arbeitszeitmodells gibt es nicht. Die hohe Fluktuation in der Notaufnahme im ärztlichen Dienst bereitet zusätzliche Schwierigkeiten. Nächster Gegenstand war die Gesundheit der Mitarbeiter/-innen. Diese schätzten sie in der Studie als positiv ein. Die Einschätzung soll mit objektiven Daten abgeglichen werden. Es wird vermutet, dass aufgrund der hohen Arbeitsbelastung eine Selektion stattfindet. Weiterhin wird bemerkt, dass eine Interessenvertretung bei der Ergebnispräsentation fehlt. Als Vorschlag folgt eine weitere Präsentation im Rahmen der nächsten gemeinsamen Teambesprechung in der neuen Notaufnahme, an dem die Pflegekräfte teilnehmen können.

Nach der Diskussionsrunde wurden die Evaluationsbögen ausgegeben. Insgesamt 10 Bögen wurden ausgefüllt zurück gegeben. Dies entspricht einer Teilnahme von 56% der

Anwesenden. Auf die Frage, ob es sinnvoll ist, die psychosoziale Belastung am Arbeitsplatz zu kennen, wurde einstimmig mit „ja“ geantwortet. Es wird weiterhin angemerkt, dass der Datenerhebung Maßnahmen folgen müssen, um das Ziel einer gesunden Arbeitsumgebung zu verfolgen.

Auf die Frage, ob die Studie neue Erkenntnis gebracht oder zum Nachdenken angeregt habe, wurde ebenfalls einstimmig mit „ja“ geantwortet. Viele der Ergebnisse seien so erwartet worden. Insbesondere die Wünsch und Vorschläge der Mitarbeiter/-innen aus den Fokusgruppen und dem Priorisierungsworkshop regen zum Nachdenken an.

Auf die Frage, an welchen Punkten die Zusammenarbeit und der Austausch verbessert werden können, wurde am häufigsten die Kommunikation genannt. Es müssen Gelegenheiten geschaffen werden, um sich gemeinsam auszutauschen (Details s. 12.7).

8 Diskussion

Um die Belastungs- und Beanspruchungssituation von Mitarbeitern/-innen einschätzen zu können, werden in erster Linie Basisdaten zu den psychischen Faktoren am Arbeitsplatz benötigt (Nübling et al., 2005, S.8). Da hierüber bislang keine Informationen vorlagen, wurden diese Daten erstmals in einer Pilotstudie in der Zentralen Notaufnahme erhoben.

8.1 Ergebnisse

Die unterschiedlich, erhobenen Ergebnisse dieser Studie werden hier zusammengeführt und gemeinsam vor dem Hintergrund der veröffentlichten Literatur diskutiert. Hieraus ergeben sich Handlungsempfehlungen.

8.1.1 Arbeitsanforderungen und Regeneration

Die Anforderungen, die in der Notaufnahme an die Mitarbeiter/-innen gestellt werden, sind sehr hoch. Die sensorischen und vor allem die quantitativen Anforderungen liegen deutlich über dem Durchschnitt aus der COPSOQ- Erprobungsstudie in Deutschland (Nübling et al., 2005). Das hohe Ausmaß an quantitativen Anforderungen an Pflegepersonal und ärztliches Personal ist bekannt und deckt sich mit den Ergebnissen der Studie „Arbeitsbedingungen im Krankenhaus“ (Bartholomeyczik et al., 2008; S.29 ff.). Im europäischen Vergleich sind die Anforderungen, die in Deutschland an das pflegerische Personal gestellt werden besonders hoch (Hasselhorn et al., 2008). Im ärztlichen Dienst werden zusätzlich in niedriger Berufsstellung (Assistenz) noch höhere Belastungen angegeben (von dem Knesebeck et al., 2010). Aufgrund fehlender Differenzierung bei der Datenerhebung in unserer Studie (vgl. Methodenteil: Wahrung der Anonymität) ist hierzu leider keine Aussage möglich.

Jüngere und weniger berufserfahrene Mitarbeiter/-innen empfinden sich tendenziell emotional weniger gefordert. Dies kann zum einen der tatsächlichen Realität entsprechen. Zum zweiten können niedrigere Werte in diesem Bereich aber auch durch geringe Einbindung in den Job und höhere emotionale Erschöpfung erklärt werden. Wer so erschöpft ist, dass er sich innerlich von seinem Job distanziert, fühlt sich am Ende auch weniger emotional involviert (Aust et al., 2010). Beides lässt sich mit den erhobenen Daten dieser Studie nicht sicher nachweisen.

In unserem Notaufnahmeteam berichten die leitenden Kräfte tendenziell über vermehrte quantitative Anforderungen und über signifikant höhere kognitive Anforderungen. Insbesondere die Notwendigkeit neue Ideen zu Entwickeln und die Notwendigkeit schwierige Entscheidungen zu treffen, die große Bedeutung für den Arbeitsbereich

haben, unterscheiden leitende Kräfte in ihrer Funktion von den übrigen Mitarbeitern/-innen. In der aktuellen Situation des geplanten Umzugs in einen Neubau, in dem sich die Notaufnahme neu definieren und strukturieren muss, werden diese Eigenschaften sicherlich stark nachgefordert. Neben den Räumlichkeiten werden sich auch die Aufgabenfelder verändern. Die interdisziplinäre Arbeit soll vermehrt in den Fokus der neuen Notaufnahme rücken. Zukünftig wird auch die Versorgung von kritisch kranken Patienten/-innen nicht mehr direkt auf der Intensivstation erfolgen, sondern bis zum Abschluss der notwendigen Untersuchungen und Erstversorgung in der Notaufnahme. Damit steht das Team vor großen neuen Herausforderungen und die Führungskräfte vor vermehrten Anforderungen.

Fast zwei Drittel der Mitarbeiter/-innen empfinden ihre Arbeit in der Notaufnahme sowohl körperlich als auch geistig belastend. Beinahe ein Drittel empfindet die Arbeit vorwiegend psychisch belastend. Nur eine Minderheit empfindet sie als vorwiegend körperlich belastend und dass, obwohl die Arbeit oft schweren körperliche Einsatz fordert (Heben, Umlagern, Laufen).

Arbeitsüberlastungen wirken sich längerfristig negativ auf die Gesundheit der Mitarbeiter/-innen aus (Demerouti et al., 2001) und können die Patientenversorgung gefährden (von dem Knesebeck et al., 2010). Daher ist es sehr wichtig, die Arbeit so zu gestalten, dass es längerfristig nicht zu Überlastungen kommt.

Die hohen Arbeitsanforderungen in der Notaufnahme werden vielfältig von externen Faktoren mitbestimmt. Durch politische Maßnahmen hat die Patientenfallzahl in den letzten Jahren stark zugenommen (vgl. 4.1). Das Patientenaufkommen unterliegt tages- aber auch wochentagsabhängigen Schwankungen und der Zeitbedarf pro Patient/-in ist unter anderem von der Diagnose und Schwere der Erkrankung abhängig. Um die Patientenversorgung optimal zu gestalten und die Anforderungen dabei für das Personal ebenfalls optimal zu berücksichtigen, bedarf es einer langfristigen Planung (s. Personalplanung in der zentralen Notaufnahme: Gries et al., 2011). Augenblicklich wird die Arbeit als nur zum Teil bis in geringem Maße vorhersehbar erlebt. Sie ist deutlich schlechter vorhersehbar als in anderen Berufen (Nübling, 2005, S.33; Nübling et al., 2010; Bartholomeyczik et al., 2008, S.44). Grundsätzlich sind die Planung und das Arbeitszeitmanagement im Krankenhaus schwieriger als in manchen anderen Betrieben. Die Notaufnahme ist der Bereich im Krankenhaus, der am wenigsten planbar ist (Fauth-Herkner and Müller, n.d.). Die schlechte Vorhersehbarkeit der Arbeitsanforderungen wird auch weiterhin das Team vor große Herausforderungen stellen.

Wenn sich an den starken Arbeitsanforderungen trotz aller Maßnahmen zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur wenig ausrichten lässt, kommen Zeiten der Regeneration eine besondere Bedeutung zu. Hierfür fordern die Mitarbeiter/-innen einen ruhigen Pausenraum, in den sie sich zurückziehen können. Der augenblickliche Pausenraum ist ein Durchgangszimmer vom Flur aus direkt neben dem Triageplatz zum dahinter gelegenen Büro der leitenden Kräfte und einer Umkleide. Ein ungelöster Konflikt entsteht durch die Notwendigkeit, die Notaufnahme permanent im Blick zu behalten

und auf der anderen Seite der Notwendigkeit, sich ungestört für ein paar Minuten zurückziehen zu können. Wie der Pausenraum im neuen Gebäude gestaltet ist, wissen die meisten Mitarbeitern/-innen nicht. Eine Besichtigung hatte zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht stattgefunden. Hierfür sollen zwei Termine vor Einzug in die neue Notaufnahme angeboten werden. In den Fokusgruppen werden aber durchaus Befürchtungen geäußert, dass die eigenen Wünsche im neuen Gebäude nicht berücksichtigt werden. Es besteht die Sorge, vor vollendete Tatsachen gestellt zu werden, ohne Einfluss nehmen zu können. Diese Sorge wird sowohl für den Pausenraum als auch für die übrigen Arbeitsplätze genannt (s.u. Einfluss- und Entwicklungsmöglichkeiten).

Abseits der Notaufnahme wurden weitere Vorschläge zur Regeneration und zum Stressabbau gemacht, von denen auch alle anderen Angestellten im Krankenhaus profitieren könnten. Anregungen sind beispielsweise Massageangebote und Möglichkeiten zum Erlernen von Entspannungsverfahren. Diese Leistungen könnten auch durch eigenes Personal erbracht werden, z.B. Physiotherapeuten/-innen. Sportangebote sollten sowohl intern (Personalsport) als auch extern unterstützt werden. Ein finanzieller Anreiz zur Wahrnehmung einer Mitgliedschaft in einem Sportverein oder Fitnessstudio wird als motivierend empfunden.

Die überdurchschnittlich hohen Arbeitsanforderungen, die an das Personal der Notaufnahme gestellt werden, müssen durch eine gute Planung aller Bereiche (Prozesse, Organisation, Arbeitszeitstruktur, Personalmanagement, Kommunikation, Zuständigkeiten) so gering wie möglich gehalten werden. Es ist enorm wichtig, dass die Mitarbeiter/-innen die Möglichkeit haben, ihre Kräfte zu erneuern. Den Anforderungen müssen im gleichen Maße Ressourcen gegenüber gestellt werden.

8.1.2 Einfluss- und Entwicklungsmöglichkeiten

Die Bewertung der Einfluss- und Entwicklungsmöglichkeiten ist durchschnittlich eher schlecht. Die Einschätzungen des Einflusses und des Entscheidungsspielraums unterscheiden sich nicht wesentlich von den Ergebnissen der COPSOQ-Erprobungsstudie (Nübling et al., 2005, S.33). Diese Skala weist bei Nübling et al. (2005, S.62) die höchste Korrelation mit der Arbeitszufriedenheit auf. Eigene Wachstums- und Entwicklungsmöglichkeiten bedingen Loyalität und Leidenschaft für die Arbeit. Bildung, Qualifikation, Wissen und spezielle Fähigkeiten sind zentrale Elemente unseres Humankapitals (Badura et al., 2013, S.37).

Die Entscheidungsspielräume bei der Arbeit in der Notaufnahme sind sehr gering. Arbeitsunterbrechungen und Pausenzeiten können nicht frei gewählt werden. Viel mehr noch können an mehr als der Hälfte aller Arbeitstage überhaupt keine Pausen gemacht werden. Es kann auch nur selten Einfluss auf die Menge der Arbeit, das Tempo der Arbeit oder den Arbeitsinhalt ausgeübt werden. Entsprechend dem „demand-control-model“ von Robert A. Karasek, 1979 wirken sich auf die psychische und auch körperliche Gesundheit hohe Anforderungen kombiniert mit einem geringem

Handlungsspielraum besonders negativ aus. Auf die Arbeitsbedingungen in der Notaufnahme trifft leider beides zu. Die Erkenntnis, dass Krankenhauspersonal unter diesem enormen Ungleichgewicht leidet, ist nicht neu (Klein et al., 2011; von dem Knesebeck et al., 2010). Da wie bereits unter Punkt 8.1.1 diskutiert, sich die Arbeitsanforderungen in der Notaufnahme manchmal nur schwer beeinflussen lassen, ist es umso wichtiger den Einfluss und den Entscheidungsspielraum auszuweiten.

Der Wunsch nach verstärkter Einbeziehung in Entscheidungen wird vielfach sowohl im Fragebogen als auch in den Fokusgruppen geäußert. Grundvoraussetzung ist ein regelmäßiger, verlässlicher Austausch miteinander, an dem alle Mitarbeiter/-innen teilnehmen können. Auf der Teamebene bedeutet dieses als erstes die Einführung von regelmäßigen kurzen Teambesprechungen und von Teamsitzungen mit festen Termin und schriftlichen Protokollen, beispielsweise einmal pro Monat. Die Diskussionen sollten offen geführt werden und deren Ergebnisse und Informationen für alle Mitarbeiter/-innen der Notaufnahme öffentlich gemacht werden.

Sowohl für die eigene Abteilung als auch für das gesamte Krankenhaus wird der Vorschlag eines Ideenkastens gemacht, in den Vorschläge (auch anonym) eingeworfen werden können. Zuständig für die Aufnahme der Anregungen wären dann zum einen die Abteilungsleitung (Möglichkeit der Besprechung in einer Teamsitzung), zum anderen das Krankenhausmanagement. Es könnten auch Anreize geschaffen werden, zum Beispiel eine Preisverleihung für die beste Idee des Jahres.

Die Entwicklungsmöglichkeiten in der Abteilung sind nur mittelmäßig und schneiden im Vergleich mit vorhergehenden Untersuchungen deutlich schlechter ab (Nübling, 2005, S.33; Nübling et al., 2010; Bartholomeyczik et al., 2008, S.29 ff.). Zur Verbesserung der Weiterbildungs- und Fortbildungsangebote sind viele Vorschläge erarbeitet worden, wie der Beginn einer internen Fortbildungsreihe aufbauend auf den Standardprozeduren, Fallvorstellungen, Bedside-Teaching und Lehrvisiten, externe Fortbildungsreihe zu speziellen Themen zum Beispiel dem Mega-Code-Training. Die Übernahme von spezifischen Funktionen (Hygiene, Strahlenschutz etc.) wird augenblicklich kaum aktiv unterstützt, weder durch die Abteilungsleitung noch durch das Krankenhausmanagement. Es liegt keine transparente übergeordnete Struktur vor und es gibt kaum die Möglichkeit innerhalb der Arbeitszeit einer zusätzlichen Funktion nachzukommen.

Augenblicklich werden die Einfluss- und Entwicklungsmöglichkeiten in der Notaufnahme von den Mitarbeitern/-innen als karg beschrieben. Diesem Bereich könnte eine große Kraft entwachsen. Die Mitarbeitern/-innen werden durch Einbeziehung in Entscheidungen, welche die Notaufnahme und den eigenen Arbeitsbereich betreffen, ermuntert. Fort- und Weiterbildungen wirken motivierend. Um die Arbeitszufriedenheit zu verbessern, ist es außerordentlich wichtig diesem Belastungsbereich mehr Aufmerksamkeit zu schenken und die erarbeiteten Vorschläge umzusetzen.

8.1.3 Soziale Beziehungen und Führung

Den Vorgesetzten werden Führungsqualitäten nur zum Teil bis in geringem Maße beigemessen. Die Bewertung der Führungsqualität durch die Mitarbeiter/-innen dieser Studie fällt deutlich ab gegenüber anderen psychosozialen Belastungsmessungen innerhalb Deutschlands (Nübling, 2005, S.33; Nübling et al., 2010; Bartholomeyczik et al., 2008, S.44). Sehr deutlich wird die Unzufriedenheit in Vorschlägen, wie zum Beispiel die Oberarzt- Bereitschaftsdienste abzuschaffen. Offenbar bieten diese zur Zeit einigen Mitarbeitern/-innen keinerlei Mehrgewinn und werden als überflüssig erlebt. Es wird gewünscht, dass leitende Kräfte von extern eingestellt werden, „um neuen Wind“ in die Abteilung zu bekommen. Die Führungskräfte werden mitunter als demotiviert und desinteressiert wahrgenommen (s. Wünsche und Vorschläge zur Verbesserung der psychosozialen Arbeitssituation, 7.2). Die Akzeptanz der Führungskräfte steht im Zusammenhang mit dem gesundheitlichen Wohlbefinden der Mitarbeiter/-innen (Badura et al., 2010, S.86). Signifikant schlechter werden die Führungsqualitäten bewertet, durch Mitarbeiter/-innen die jünger sind und kürzer im Beruf. Diese sind durch ihre fehlende Berufserfahrung besonders auf Anleitung, Supervisionen und Feedback angewiesen. Feedback wird aber weder von Kollegen/-innen noch durch Vorgesetzte gegeben. Regelmäßige Mitarbeitergespräche finden augenblicklich ebenfalls nicht statt, obwohl sie gewünscht werden. Feedback könnte aber auch beispielsweise in Falldiskussionen und während des Bedside-Teachings durch das Team erfolgen. Diese Anregung wurde von den Fokusgruppenteilnehmern/-innen gegeben. Die Mitarbeiter/-innen wünschen sich von der Leitung einen kooperativen Führungsstil mit einerseits klaren, organisatorischen Strukturen, Absprachen und Terminen und andererseits Raum für Eigeninitiative und Mitbestimmung. Die Forderung nach weniger Laissez-faire steht hierbei nicht zwangsläufig im Widerspruch zu den Wünschen nach mehr Einbindung und Mitbestimmungsrecht. In Notfallsituationen sind klare Strukturen, Leitlinien und Anordnungen mitunter entscheidend über Leben oder Tod. Bei der Organisation einer Abteilung hingegen, bei Fort- und Weiterbildungsangeboten und bei gemeinsamen Absprachen und Vorstellungen sind Mitsprache und Transparenz enorm wichtig. *„Die Führungskräfte bestimmen maßgeblich mit, wie die Arbeitsbedingungen gestaltet sind und wie gearbeitet wird“* (Wieland and Scherrer, 2007, S.45). Sie können durch ihr Verhalten positive wie negative Befindlichkeiten erzeugen und beeinflussen die Kommunikation innerhalb der Abteilung. Klare und eindeutige Arbeitszuweisungen, ausreichende Rückmeldung über erzielte Arbeitsergebnisse und Vermeidung von unnötigen Behinderungen der Arbeitsvorgänge sind erwünscht (Wieland and Scherrer, 2007, S.45).

Auf der anderen Seite schätzen die Führungskräfte selbst ihren Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Untersuchung signifikant schlechter ein als die übrigen Mitarbeiter/-innen. Sie geben mehr verhaltensbezogenen Stresssymptome und Zeichen eines Burnout-Syndroms an, sind weniger oft aktiv und rege und tendenziell weniger zuversichtlich für die Zukunft. Die Anforderungen, die an sie gestellt werden, schätzen sie insgesamt höher ein als die übrigen Angestellten. Möglicherweise sind die hohen Anforderungen

mit verantwortlich für den subjektiv schlechteren Gesundheitszustand, die höheren Stress- und Burnout- Symptomen und das augenblickliche Führungsverhalten. Wie bereits unter Punkt 8.1.1 diskutiert, führen Arbeitsüberlastungen zur Beeinträchtigung der Gesundheit. Es ergibt sich hier also der Misstand aus Forderungen, die an die Führungskräfte herangetragen werden und bereits bestehenden Überforderungen mit negativen Auswirkungen für die eigene Gesundheit. Da auch die Führungskräfte Unterstützung brauchen, versprechen Schulungsangebote Erfolg für Prozesse der betrieblichen Gesundheitsförderung (Wieland and Scherrer, 2007, S.46). Ein Training der Führungskräfte kann die Kommunikationsstrukturen verbessern und die Leistungsfähigkeit erhöhen, die Mitarbeiterbindung erhöhen und Fluktuation verringern. Es fördert Gesundheitspotenziale (Wieland and Scherrer, 2007, S.66). Hier sind Maßnahmen der Unternehmensführung gefragt, um die Gesundheit ihrer Führungskräfte zu fördern (Badura et al., 2010, S.129 ff., siehe auch 7.2.4 Vorschläge der Mitarbeiter/-innen für das Management). Ein Schritt zur Verbesserung der Situation innerhalb des Stationsteams ist die Re-Orientierung der Oberärzte/-innen auf ihre ursprüngliche Aufgabenbeschreibung (s. Planungsworkshop). Bislang hatten sie wegen des hohen Patientenaufkommens immer mehr Aufgaben der Assistenzärzte/-innen mit übernommen, wodurch sich das Grundgefüge verschoben hat. Die jüngste Aufgabenbeschreibung besagt, die Übersicht über alle Patienten/-innen der ZNA zu haben und die Behandlungsqualität sicher zu stellen. Des Weiteren besagt es die Supervision, Anleitung und Ausbildung aller ärztliche Mitarbeiter/-innen der ZNA. Die Einarbeitung neuer Mitarbeiter/-innen kann zusätzlich durch einen Mentor/ eine Mentorin aus dem Team begleitet werden. Eine Verbesserung der Einarbeitung ist sehr wichtig. Als Rotationsabteilung (zuzüglich Neueinstellungen) wurden im Jahr 2013 nahezu in jedem Monat neue Mitarbeiter/-innen eingearbeitet, einige innerhalb von nur wenigen Tagen. Je strukturierter und eintragreicher die Einarbeitung verläuft, desto eher können neue Kollegen/-innen voll mitarbeiten und das Team entlasten ohne sich selbst zu überlasten. Weiterhin können verschiedene Aufgaben von den Führungskräften delegiert werden (s.o. Funktionsbeauftragte).

An die Mitarbeiter/-innen des Notaufnahmeteams werden zum Teil widersprüchliche Anforderungen gestellt. Es gibt unterschiedliche Herangehensweisen und Methoden um Aufgaben zu erledigen. Manchmal fühlen sich die Mitarbeiter/-innen auch gezwungen, Dinge zu tun, die ihnen unnötig erscheinen. Grundsätzlich ist der Rollenkonflikt nicht größer, als er in anderen Berufen empfunden wird (Nübling et al., 2010, 2005). Er ist aber signifikant größer für jüngere Mitarbeiter/-innen und spiegelt auch hier eine unzureichende Anleitung und Ausbildung wider. In allen Fokusgruppen wurde einheitlich der Wunsch nach Standardprozeduren geäußert. Hier werden Behandlungspfade vorgegeben, an denen sich das Personal orientieren kann. Basierend auf ihnen erfolgt die initiale Diagnostik und Behandlung (Gries et al., 2011). Die durch die Teamleitung schriftlich beschriebenen Arbeitsanweisungen können zur Verminderung des Rollenkonflikts beitragen. Sie helfen Fehler zu vermeiden und die

Führungskräfte zu entlasten. Standardprozeduren werden vor allem für häufig wiederkehrende Aufgaben und Situationen für das gesamte Team benötigt.

Die Ziele, der Verantwortungsbereich und die Befugnis bei der Arbeit sind insgesamt in hohem Maße klar, aber die Rollenklarheit ist bei Berufserfahrenen doch signifikant größer, in der Tendenz auch bei den älteren Mitarbeitern/-innen. Erneut zeigt sich hier die unzureichende Anleitung und Einarbeitung der jungen und unerfahrenen Mitarbeiter/-innen. Eine Maßnahme diese Situation zu verbessern, sind schriftliche Absprachen zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und Fachabteilungen, wie sie zwischen der Notaufnahme und der neurologischen Abteilung im Dezember 2013 nun erfolgte (s. Planungsworkshop).

Weiterhin wird durch die Mitarbeiter/-innen im COPSOQ und auch noch einmal durch die Fokusgruppenteilnehmer/-innen gewünscht, dass es klar strukturierte und ruhige Arbeitsplätze mit ausreichend Arbeitsmaterialien vor Ort gibt. Das Konkurrieren und Warten auf einen freien Computerarbeitsplatz wird als Zeitverlust wahrgenommen und erzeugt vor allem bei hohem Zeitdruck zusätzlichen Stress. Werden die Konsiliarärzte/-innen und Studenten/-innen mit berücksichtigt, gibt es tagsüber nicht genug Computerarbeitsplätze. Auch das Suchen nach den richtigen Arbeitsmaterialien oder die Beschaffung aus dem Lager oder aus anderen Abteilungen ist zeitintensiv und in der Regel durch rechtzeitige Planung und Aufgabenverteilung zu vermeiden (Arbeitsmaterialien zur Untersuchung und Blutentnahme in den Behandlungszimmern und im KV-Raum⁷, Materialien im Ultraschallzimmer, Behandlungssets z.B. für Punktionen). Ohne klare Aufgabenverteilung werden diese Arbeiten immer von den gleichen Freiwilligen verrichtet, was dort zur Frustration führt. Ein großes Problem stellt auch die Unzuverlässigkeit der EDV dar. Während eines Systemausfalls müssen in der Notaufnahme alle Abläufe handschriftlich erfolgen und später im Computer nachgetragen werden. Diese doppelte Arbeit erzeugt ebenfalls Stress und Frustration. Alte Befunde oder Daten werden bislang nicht automatisch übernommen und müssen auch bei Patienten/-innen, die sich regelmäßig im Krankenhaus behandeln lassen, immer wieder neu erhoben und dokumentiert werden (einige Beispiele sind die Diagnosen, Medikamentenplan, Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten). Die Aktualität hinterlegter Daten im System ist nicht verlässlich (zum Beispiel kein Anschluss bei Telefonnummern, alte Adressen, mehrere Hausärzte hinterlegt, aber welche ist der zuletzt behandelnde?). Leider sind auch die Departmentseiten im Curator oft nicht aktuell. Hilfreich wären hier hinterlegte Handlungsempfehlungen, Leitlinien und Dokumente mit regelmäßigen Updates.

Soziale Unterstützung erhalten die Mitarbeiter/-innen oft von ihren Kollegen/-innen und manchmal auch durch die Vorgesetzten. Obwohl die Kollegen/-innen in der Notaufnahme manchmal getrennt voneinander arbeiten und sich während der Arbeit nicht immer austauschen können, werden die sozialen Beziehungen als befriedigend

⁷ KV-Raum= Untersuchungszimmer, überwiegend für ambulante Patienten bzw. wenig beeinträchtigte

eingeschätzt. Signifikant besser werden die sozialen Beziehungen durch ältere Angestellte und Führungskräfte eingeschätzt. Die Werte sind insgesamt besser als die der COPSOQ- Erprobungsstudie (Nübling et al., 2005) und als die Angaben von Angestellten in Seniorenwohnanlagen (Nübling et al., 2010). Das Gemeinschaftsgefühl und die Arbeitsatmosphäre zwischen den Kollegen ist oft gut und liegt mit anderen Berufsgruppen gleich auf (Nübling, 2005, S.33; Nübling et al., 2010; Bartholomeyczik et al., 2008, S.29).

Bei der Gestaltung gesunder Arbeitsbedingungen ist eine partizipatorische Führung sehr wichtig. Gute Führung setzt aber eigenes Wohlbefinden und Gesundheit voraus. Auf der Teamebene versprechen eine bessere Organisation von Arbeitsabläufen, Arbeitsanweisung und Behandlungspfade eine Entlastung. In unserem sozialen System Krankenhaus ist gegenseitiger Beistand die Bedingung für effektives und gesundes Arbeiten. Die Ergebnisse zeigen hier einen Bedarf der Notaufnahme nach Unterstützung durch andere Institutionen im Krankenhaus an.

8.1.4 Bewertung der eigenen Arbeit im Krankenhaus

Alle Mitarbeiter/-innen der Notaufnahme arbeiten in einem unmittelbar helfendem Beruf und haben entsprechend ihre Arbeit bewertet (s. Nübling et al., 2005- helfende Berufe). Sie haben viel Kontakt zu anderen Menschen und können anderen helfen. Ihr Beruf ist nützlich für die Gesellschaft. Die Tätigkeit ist interessant und erfordert ein hohes Maß an Verantwortungsbewusstsein und Selbstständigkeit.

Demgegenüber fällt auf, dass die Mitarbeiter/-innen der Notaufnahme in ihrer Beschäftigung weniger Sinn empfinden als andere Berufsgruppen (Nübling et al., 2005). Das ist ein besorgniserregendes Ergebnis. Die Arbeit in einem Krankenhaus ist zumeist intrinsisch motiviert. Ein fehlendes Gefühl von Sinn ist hierbei dramatisch. Badura (2013, S.2) legt der intrinsischen Motivation die emotionale Bindung an Menschen, Überzeugungen, Werte und Verhaltensregeln zu Grunde. Die Sinnhaftigkeit der Arbeit sei ein zentrale Punkt und auch essentiell für die Selbstorganisation (S.10). Mangelt es an gemeinsamer Kultur oder verliert sich der Sinn der Arbeit, leiden die Leistungsbereitschaft, Loyalität und Gesundheit. Folgen sind u.a. eine hohe Fluktuation (Badura et al., 2013, S.21).

Insgesamt hat die Arbeit in hohem Maße Bedeutung für die Beschäftigten der Notaufnahme. Doch auch hier liegt auch der Wert unterhalb derer anderer Berufsgruppen (Nübling et al., 2005) und bis zu acht Punkte niedriger gegenüber anderen helfenden Berufen (Nübling et al., 2010). Die Kultur des Krankenhauses wirkt wesentlich auf die Bedeutung ein, die Arbeit für Mitarbeiter/-innen hat. Gemeinsame Überzeugungen, Werte und Regeln sind sinn- und beziehungsstiftend (Badura et al., 2013, S.10). Aus den schlechteren Werten mag man folgern, dass es an dieser gemeinsamen Kultur mangelt. Im Ergebnis der Studie wurde der Wunsch nach engeren Zusammenarbeit und gegenseitigem Verständnis dargelegt. Gesammelte Vorschläge auf Teamebene sind gemeinsame Aufnahmegespräche, allmorgendliche Besprechungen,

gemeinsame Visiten und eine intensivere Supervision. Aber auch Treffen außerhalb der Arbeitsstelle werden begrüßt. Die Verbundenheit mit dem Krankenhaus als Arbeitgeber ist zum Teil gegeben und vom Wert her vergleichbar mit anderen Untersuchungsergebnissen (Nübling, 2005, S.33; Nübling et al., 2010; Bartholomeyczik et al., 2008, S.29). Mitarbeiter/-innen in Führungspositionen fühlen sich dem Krankenhaus allerdings signifikant weniger verbunden. Dies ist möglicher Weise Folge der andauernden, hohen Belastungen und Burnout- Gefährdung sowie mangelnder Unterstützung.

Nicht alle Mitarbeiter/-innen fühlen sich als Person immer respektvoll behandelt. Mobbing am Arbeitsplatz stellt erfreulicher Weise kein größeres Problem dar. Doch die Wertschätzung als Person wird schlechter bewertet als in anderen Studien (Nübling et al., 2005). Gegenseitige Wertschätzung und vertrauensvoller Umgang sind die Grundlage erfolgreichen und gesunden Zusammenarbeitens. Fehlt es an Wertschätzung leiden die Leistungsbereitschaft, Loyalität und Gesundheit ebenfalls (Badura et al., 2013, S.21). Wertschätzung kann zum Beispiel auch durch Feedback ausgedrückt werden. Die Mitarbeiter/-innen befürworten auch Wertschätzung durch das Management in Form der Bereitstellung eines angemessenen Arbeitsplatzes oder beispielsweise von ausreichenden Mitarbeiterparkplätzen. Wertschätzung drückt sich auch in Gerechtigkeit aus. Insgesamt sprechen sich die Mitarbeiter/-innen bei der Arbeit eher die gleichen Chancen zu. Allerdings geben jüngere und berufsunerfahrene Kollegen/-innen an, schlechtere Chancen zu haben. Die Aufstiegsmöglichkeiten sind insgesamt eher schlecht und hoch signifikant schlechter für ältere Mitarbeiter/-innen. Tendenziell haben auch Führungskräfte schlechtere Aufstiegsmöglichkeiten, was aber darin begründet liegt, dass sie bereits eine höhere Position inne haben.

Ungerechtigkeit wirkt sich negativ auf die Gesundheit der Angestellten aus. Ebenso ungünstig wirkt sich die fehlende Einbindung in Prozesse aus. Insbesondere Berufsunerfahrene beklagen hier einen Mangel. Leider entspricht diese Wahrnehmung der anderer Krankenhausangestellter (Kivimaki, 2003). Der Wunsch nach mehr Einbindung und mehr Einflussmöglichkeiten ist wiederholt durch die Studienteilnehmer/-innen ausgedrückt worden (s. 8.1.2). Höhere Partizipation und Abbau alter Hierarchien sind zukunftsweisend. Auch hier entscheidet die Güte der Kommunikation über die Qualität der Beziehung zwischen den Mitarbeitern/-innen und den Führungskräften bzw. dem Management (Badura et al., 2013, S.53).

Der Beruf wird insgesamt als eher anerkannt und geachtet gewertet. Bei dieser Frage ist zu beachten, dass in der vorliegenden Studie keine Differenzierung in einzelne Berufsgruppen erfolgt ist. So mag die Einschätzung bei gesonderter Betrachtung erheblich variieren. Deutlich mehr Anerkennung erfahren die Führungskräfte. Dieses drückt sich unter anderem im Einkommen aus, welches bei den Führungskräften signifikant höher ist. Insgesamt wird das Einkommen besser bewertet als in der COPSOQ- Erprobungsstudie (Nübling et al., 2005). Ein zu erwartendes Ergebnis, da es sich bei den Berufen unserer Studie um höher qualifizierte handelt.

Insgesamt werden die Arbeitsbedingungen von den Mitarbeitern/-innen eher als ungesund eingeschätzt. Bestandteil dieser ungesunden Bedingungen ist das Schichtsystem. Im Stressreport von 2012 (Lohmann-Haislah and Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2012, S.27) werden bei der Arbeitszeitorganisation sieben belastende Punkte herausgestellt, die für die Notaufnahme alle zutreffen.

1. tatsächliche Arbeitszeit >40-48/>48 Std./Wo.
2. Schichtarbeit
3. Samstagsarbeit
4. Sonn- und Feiertagsarbeit
5. Rufbereitschaft/ Bereitschaftsdienst
6. Pausenausfall
7. Vereinbarkeitsprobleme

Positiv lässt sich hervorheben, dass nach Schichtende nur selten eine zweite Schicht übernommen werden muss. Auch geplante Urlaube können in aller Regel eingehalten werden. Kurzfristige Änderungen im Dienstplan, ungeplantes Einspringen und Verzicht auf freie Wochenenden belasten die Mitarbeiter/-innen dagegen sehr. Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass ein verlässllicher, gerechter und flexibler Dienstplan ein zentraler Mitarbeiterwunsch ist. Die fehlende Berücksichtigung persönlicher Wünsche wird ebenfalls als stark belastend empfunden. Die Angestellten, v.a. die jüngeren, haben kaum Einfluss auf die Festlegung der Arbeitszeiten und -tage. Daher ist leicht nachzuvollziehen, dass hieraus eine schlechte Vereinbarkeit mit dem Privatleben resultiert. Der Beruf lässt eher wenig Freizeit. In der COPSOQ- Erprobungsstudie (Nübling et al., 2005, S.57) korrelierte die schlechte Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf vor allem mit den hohen Anforderungen im Job (insbesondere quantitativ, kognitiv und emotional) und stark mit verhaltensbezogenen Stresssymptomen und Burnout- Symptomen. Der Gedanke die jetzige Stelle aufzugeben ist nicht fremd, trotz einer hohen Sicherheit des Arbeitsplatzes. Mehrmals im Jahr wird sogar über die Aufgabe des Berufes nachgedacht. Diese traurige Realität ist ebenfalls nicht unbekannt. Schon die NEXT-Studie 2002-2003 zeigte die Neigung, aus dem Beruf auszusteigen auf. Damals wurden 11606 Pflegekräfte in acht europäischen Ländern befragt. Die Belastungen im Job seien zu hoch und stehen nicht im Verhältnis zum Profit (Hasselhorn et al., 2008).

Die Tätigkeit in einem helfenden Beruf erfordert Verantwortungsbewusstsein und Selbstständigkeit. Sinn und Bedeutung der Arbeit sind essentiell für die Motivation und Zufriedenheit, doch ist beides augenblicklich bei den Angestellten der Notaufnahme unzureichend vorhanden. Es mangelt an Wertschätzung und Einbindung. Eine gemeinsame Arbeitskultur kann die Bedingungen positiv beeinflussen und sich gesundheitsfördernd auswirken trotz vorhandener Gesundheitsrisiken wie dem Schichtsystem.

8.1.5 Folgen und Symptome

Die Arbeitszufriedenheit in der Notaufnahme liegt nicht nur deutlich unterhalb der Lebenszufriedenheit der Mitarbeiter/-innen sondern auch unterhalb der Arbeitszufriedenheit anderer Berufsgruppen und Arbeitnehmer/-innen in Deutschland (Bartholomeyczik et al., 2008; Nübling et al., 2010, 2005). Die Zufriedenheit mit der Arbeit korreliert im Allgemeinen vor allem mit der Sicherheit des Arbeitsplatzes, der Einbindung in Prozesse, der Vorhersehbarkeit bei der Arbeit und den Führungsqualitäten (Nübling et al., 2005). Die Vorhersehbarkeit und Führungsqualität sind bereits oben diskutiert worden (s.8.1.3). Da bei den Mitarbeitern/-innen der Notaufnahme ein hohe Sicherheit für den Arbeitsplatz besteht (doppelt so gute Werte wie in den Vergleichsgruppen bei der Frage nach der Jobsicherheit, s. (Bartholomeyczik et al., 2008; Nübling et al., 2010, 2005)), dürfte dieser Punkt sich nicht negativ auf die Arbeitszufriedenheit auswirken. Hingegen mangelt es erheblich an Einbindung in Prozesse.

Eine unzureichende Informationsweitergabe und mangelnde Kommunikation ist sowohl im Fragebogen als auch in den Kleingruppen dargelegt worden. Die Mitarbeiter/-innen berichten, sich oft vor vollendete Tatsachen gestellt zu fühlen, ohne dass ihre Meinung gefragt oder ihre Wünsche und Vorschläge berücksichtigt wurden. Ihrem Gefühl nach werden Entscheidungen oft „von oben diktiert“ und nicht im gegenseitigen Austausch getroffen. Ein Kritikpunkt sind fehlende Mitarbeiterbefragungen. Ein weiterer zu bemängelnder Aspekt sind die fehlenden Umsetzungen der Wünsche aus der letzten Mitarbeiterbefragung von 2008 (s. Protokoll der Mitarbeiterbefragung 2008 im Albertinen Intranet, 2013). Es besteht auch die Sorge, dass nach dieser Untersuchung sich nichts verändern wird. Es besteht eine hohe Korrelation zwischen der Arbeitszufriedenheit und den Belastungsbereichen „Einfluss und Entwicklungsmöglichkeiten“ und „Führung und soziale Beziehungen“ (Nübling et al., 2005). Verbesserungen dort (s. Abschnitt 8.1.2 und 8.1.3) werden sich positiv auf die Arbeitszufriedenheit und damit auch auf die Leistungen und Gesundheit auswirken.

Die Werte der Burnout-Skala sind zwischen den helfenden Berufen vergleichbar (Bartholomeyczik et al., 2008, S.45; Nübling et al., 2010). Sie liegen überall deutlich über den Stresssymptomen. Verhaltensbezogene und kognitive Stresssymptome werden von den Mitarbeitern/-innen der Notaufnahme etwas öfter angegeben als von anderer Berufsgruppen und Arbeitnehmer/-innen in Deutschland (Nübling et al., 2010, 2005). Insgesamt sind die Mitarbeiter/-innen der Notaufnahme aber eher häufig rege und aktiv, zuversichtlich für die Zukunft und erleben Freude bei der täglichen Arbeit. Mitarbeiter/-innen in Führungspositionen weisen dagegen signifikant mehr verhaltensbezogen Stresssymptome auf und sind weniger aktiv und rege. In der Tendenz zeigen sie mehr Zeichen eines Burnout- Syndroms und fühlen sich weniger zuversichtlich für die Zukunft.

8.1.6 Arbeitsfähigkeit

Der eigene allgemeine Gesundheitszustand wird durchschnittlich etwas besser eingeschätzt als in anderen Untersuchungsgruppen. Die aktuelle Arbeitsfähigkeit wird gleich angegeben (Nübling et al., 2010, 2005). Hier unterscheiden sich die Führungskräfte in der Notaufnahme vom übrigen Personal. Sie schätzen ihren Gesundheitszustand signifikant schlechter ein. Wie oben bemerkt zeigen sie auch signifikant mehr verhaltensbezogenen Stresssymptome und tendenziell mehr Anzeichen eines Burnout- Syndroms.

Ob die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit einer objektiven Prüfung stand halten könnte, bleibt offen. Zumindest ist zu bedenken, dass ärztliches Personal oft sehr kritisch mit der eigenen Gesundheit umgeht, ihr wenig Beachtung schenkt und Krankheitssymptome nicht wahrnimmt oder verdrängt (Wallace et al., 2009). Daher ist es möglich, dass die Bewertung des Gesundheitszustandes hier besser ausfällt, als die Gesundheit durch andere (z.B. den Betriebsarzt) beurteilt werden würde. Eine zweite Überlegung ist, dass Personen mit einem schlechteren Gesundheitszustand nicht in der Lage wären, den Arbeitsanforderungen in einer Notaufnahme standzuhalten und daher ein Arbeit in diesem Umfeld nicht wählen. So würden besonders gesunde Mitarbeiter/-innen selektiert. Genau diese Überlegungen wurden auch nach der Ergebnispräsentation in der Diskussionsrunde aller Interessenvertreter dieser Studie angestellt (s. 12.7).

Die Arbeitsfähigkeit im Verhältnis zu den körperlichen Arbeitsanforderungen ist eher gut, allerdings ist die Arbeitsbelastung auch nur sekundär körperlich. Sie verschlechtert sich mit zunehmendem Alter. Dies ist leicht nachvollziehbar, führt man sich die Art der körperlichen Beanspruchungen vor Augen. In der Literatur werden schweres Tragen, Heben und Lagern als belastend benannt (Glaser and Höge, 2005, S.11). Im Verhältnis zu den geistigen Anforderungen ist die Arbeitsfähigkeit geringfügig schlechter. Hier liegt die primäre Arbeitsbelastung.

Besorgniserregend ist das Resultat, dass einige Mitarbeiter/-innen glauben, sie können ausgehend von ihrem jetzigen Gesundheitszustand ihren Beruf in den nächsten zwei Jahren nicht mehr ausüben. An dieser Stelle wäre es interessant zu erfahren, ob diese Mitarbeiter/-innen sich Hilfe und Unterstützung durch den Arbeitgeber wünschen beziehungsweise eventuell bereits erhalten. In einer Folgerhebung kann diese Frage mit aufgenommen werden.

Die gute subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit steht den hohen Belastungen und den Werten der Burnout- Skala gegenüber. Zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und des Gesundheitszustandes wäre es sicherlich interessant, objektive Untersuchungsmethoden hinzuzuziehen.

8.2 Methodik, Stärken und Limitationen

Zur Untersuchung der Frühindikatoren für psychosoziale Arbeitsplatzbelastung wurde ein kombiniertes Studiendesign angewandt. Der erste Teil der Querschnittsstudie war die Erhebung mit einem standardisierten Fragebogen. Dieses Design bietet sich zur Erfassung der Frühindikatoren und zur Beschreibung der Arbeitssituation und Charakterisierung der Mitarbeiter/-innen an. Es werden hierbei nur Informationen zu dem Zeitpunkt der Untersuchung gesammelt. Aussagen über Kausalität oder relative Risiken sind daher nicht möglich.

Die Mitarbeiterbefragung mittels Fragebogen lässt sich mit vergleichsweise geringem Aufwand und praktisch ohne Kosten durchführen. In dieser Studie entstehen keine Kosten, da diese durch die Studienleiterin getragen werden. Datenerhebungen mittels Fragebogen bergen das Risiko eines Erinnerungsbias. Die Angaben sind subjektiv und beruhen auf der eigenen Einschätzung der Teilnehmer/-innen. Aufgrund der geringen Studienteilnehmeranzahl mussten zur Wahrung der Anonymität im Teil A des COPSOQ die Fragen zur Person auf wenige beschränkt werden. Da die Fragen, auf die verzichtet werden mussten, wichtige Informationen geliefert hätten, ist hierdurch leider die Aussagekraft der Ergebnisse deutlich eingeschränkt. Beispielsweise kann nicht zwischen den Berufsgruppen oder aber Teil-/ und Vollzeitärzten unterschieden werden. Es macht wenig Sinn die Berufsgruppen zusammen zu untersuchen. Die Anforderungen und Ressourcen sind zu unterschiedlich (vgl. auch Bartholomeyczik et al., 2008: Unterschiede zwischen Pflegedienst und ärztlichem Dienst). Zwar sind alle Mitarbeiter/-innen der Notaufnahme psychosozialen Risiken ausgesetzt, doch ist die Verteilung zwischen den Berufsgruppen verschieden. Auch die Angestellten des administrativen Dienstes sind in die Abläufe innerhalb der Notaufnahme vollständig eingebunden. Sie arbeiten bereits teilweise (zukünftig vollständig) im Schichtsystem. Aufgrund der unterschiedlichen Belastungen der Berufsgruppen muss der Fragebogen klar zwischen Pflegedienst, ärztlichem Dienst und Verwaltungsdienst unterscheiden. Die Varianz der Ergebnisse ist teilweise sehr groß. So liegt zum Beispiel die Spannbreite der angegebenen Bereitschaftsdienste pro Monat zwischen null und 15. Eine weitere Differenzierung ist unbedingt sinnvoll, um eine Aussage zur Belastungssituation machen zu können. Sollte der COPSOQ in einer Mitarbeiterbefragung im gesamten Krankenhaus zum Einsatz kommen, können je nach Zusammensetzung der Studienteilnehmer die Fragen zur Charakterisierung der Personen wieder ausgedehnt werden. Darüber hinaus wurden in Absprache mit der Mitarbeitervertretung die Fragen B18, B19 und B22: 1-14 aus dem Arbeitsfähigkeitsindex gestrichen. Es war zu befürchten, dass aus den Angaben über eine Krankheit oder Behinderung Rückschlüsse auf Einzelpersonen möglich sind. Infolgedessen lässt sich die Arbeitsfähigkeit nur eingeschränkt mit anderen Untersuchungsergebnissen vergleichen. Der Fragebogen ist nicht erneut auf Inhaltsvalidität, Konstruktvalidität, Objektivität, Reliabilität, diagnostischer Aussagekraft oder Decken- und Bodeneffekt überprüft worden, da diese in der Erhebungsstudie von Nübling et al 2005 hinreichend getestet wurden.

Teilnehmer/-innen der Studie sind die Mitarbeiter/-innen der zentralen Notaufnahme. Verallgemeinerungen oder Rückschlüsse auf andere Abteilungen sind nicht möglich. Die Gesamtzahl von 56 potentiellen Teilnehmern/-innen ergibt eine kleine Stichprobe. Daher konnten nur wenig signifikante Werte erwartet werden. Entsprechend den bestehenden Möglichkeiten der statistischen Wahrscheinlichkeit mögen diese zufällig sein. Es zeigen sich in den Ergebnissen aber Tendenzen. Diese stimmen mit den qualitativen Daten überein und weisen in die gleiche Richtung.

Dadurch dass die Studienleiterin gleichzeitig eine Mitarbeiterin der zentralen Notaufnahme ist, ist eine weitere Verzerrung möglich. Insbesondere das Interesse an der Untersuchung, der Datenschutz und das Vertrauen werden hiervon berührt. Als Kollegin, die keine unbekannte, externe Expertin ist, mag das entgegen gebrachte Vertrauen jedoch größer sein. So ist auch beispielsweise die Partizipation an dieser Studie sehr groß. Fehlende Antworten gibt es kaum. Die Gespräche in den Kleingruppen wurden offen und aufrichtig geführt. Die Atmosphäre war sehr angenehm. Auf der anderen Seite mag es der Studienleiterin als Assistenzärztin der Notaufnahme an Objektivität mangeln und die kritische Beurteilung der Ergebnisse unzureichend sein. Beispielsweise wird nicht erörtert, warum offensichtliche Missstände selten angesprochen und noch seltener behoben werden. Eine Sozialwissenschaftlerin fragt, ob uns unsere eigene Sozialisation im System Krankenhaus hindere. Mangelt es uns an Selbstwahrnehmung oder ist die Verkennung der Gesundheitsrisiken durch andere vordergründig, wie Wallace et al. (2009) diskutieren.

Eigene Sachkenntnisse der Studienleiterin sind in die Arbeit mit eingeflossen. Sie konnten auch genutzt werden, um die Führungskräfte und Projektpartner im Krankenhaus zu aktivieren. Im Rahmen der Evaluation bleibt bei der öffentlich geführten Diskussion das Problem von Äußerungen entsprechend einer sozialen Erwünschtheit. An der schriftliche Stellungnahme beteiligten sich dann nur 56%. Insgesamt wurden die Ergebnisse und der Prozess der Studie aber sowohl von den Mitarbeitern/-innen als auch den übrigen Projektpartnern/-innen als auch der Studienleiterin validiert. So entsteht am Ende dieser Untersuchung eine gemeinsame Vision.

8.3 Schlussfolgerung, Ausblick und Empfehlungen

„Nach dem Arbeitsschutzgesetz (§5ff) sind Unternehmen verpflichtet, eine Gefährdungsanalyse der in ihrem Betrieb vorkommenden Tätigkeiten vorzunehmen, die Ergebnisse zu dokumentieren und ggf. Schutzmaßnahmen einzuleiten“. Um die Belastungs- und Beanspruchungssituation am Arbeitsplatz einschätzen zu können, werden Basisdaten benötigt (Nübling 2005, S 8). Für die Notaufnahme im Krankenhaus wurden diese Daten im Rahmen dieser Studie erstmals erhoben. Hierauf können nun innerbetriebliche Diskussionen und Veränderungsprozesse aufbauen. Jede Intervention erfordert ihrerseits eine datengestützte Evaluation, die nicht nur Veränderungen im

Gesundheitszustand der Mitarbeiter/-innen erfassen sollte sondern auch Veränderungen im Betriebsergebnis (Badura et al., 2013, S.11). Eine Ausdehnung der Datenbasis für alle Mitarbeiter/-innen des Krankenhauses ist sicherlich lohnenswert.

Gemäß dem Leitfaden für Prävention und gute Betriebspraxis der Europäischen Kommission ist die Führungsebene *„nicht nur verantwortlich für die Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen im Unternehmen im Sinne einer Verhältnisprävention. Sie hat vor allem auch Vorbildfunktion [...] Betriebliche Prävention und Gesundheitsschutz müssen als wichtiges Unternehmensziel verankert werden [...]. Die Schaffung sicherer und gesunder Arbeitsplätze lässt sich besser erreichen, wenn Arbeits- und Gesundheitsschutz fester Bestandteil des Qualitätsmanagements sind. Die Gefährdungsbeurteilung ist dabei ein fortlaufender Prozess, der immer wieder der aktuellen Situation angepasst werden muss.“* (Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit im Gesundheitswesen - Leitfaden für Prävention und gute Betriebspraxis, 2007, S.11). Der COPSOQ eignet sich als Instrument zum Monitoring der psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz und lässt sich daher für die gesetzlich vorgeschriebene Gefährdungsanalyse gut einsetzen. Die Mitarbeiterbefragung kann durch eine externe Organisation (z.B. durch die Freiburger Forschungsstelle für Arbeits- und Sozialmedizin) oder auch betriebsintern durchgeführt werden. Die schriftliche, anonyme Erhebung mit dem COPSOQ kann mit vergleichsweise geringem Aufwand und Kosten erfolgen (*“COPSOQ International Network,”* n.d.). Ziel der Mitarbeiterbefragung ist es, Handlungsfelder für Verbesserungen der psychosozialen Arbeitssituation aufzuzeigen und diesen Prozess zu leiten (Nübling et al., 2005, S.83).

Damit Prävention, Gesundheitsförderung und Unterstützung der Mitarbeiter/-innen fester Bestandteil des Krankenhauses werden, müssen bestimmte Voraussetzungen vorhanden sein (siehe auch World Health Organization, 2007). Es braucht Verbindlichkeit. Die Ideen müssen in die Unternehmensidentität und das Leitbild aufgenommen werden. Eine entsprechende Unternehmenspolitik muss geführt werden mit klaren Zielen und Kriterien, Standards und Erfolgsindikatoren, Prozessen und Strukturen, die Gesundheit fördern. Es bedarf auf der Organisationsebene der Unterstützung durch das Krankenhausmanagement. Strukturen zur Gesundheitsförderung müssen ausgebaut werden. Es erfordert eine Steuerungsgruppe mit Koordinator/-in und ein Netzwerk aus zuständigen Mitarbeitern/-innen in den Abteilungen, sowie ein zweckgebundenes Budget. Die Einbindung und kontinuierliche Information der Mitarbeiter/-innen ist sehr wichtig (Gesundheitszirkel, Newsletter, jährliche Veranstaltung, Auftritt im Curator). Es bedarf weiterhin eines Aktionsplans (jährlich) mit spezifischen Projekten und Interventionen auf der Grundlage guter wissenschaftlicher Praxis und Evidenz basiert. Die fortlaufende Evaluation ist datengestützt durchzuführen. Mitarbeiter/-innen können im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention geschult werden und wiederum Aufgaben übernehmen. Innovationen, Erfahrungen oder auch Schwierigkeiten sollten der Forschung gegenüber geöffnet werden und publikgemacht werden.

Ausreichende und verlässliche Informationen über die Erwartungen, Bedürfnisse, Wertungen und Überzeugungen der Mitarbeiter/-innen sind die Voraussetzung für eine mitarbeiterorientierte Unternehmenspolitik (Badura et al., 2013, S.157). Die jetzige Untersuchung hat gezeigt, dass die größte Stärke in der Abteilung Notaufnahme im Netzwerkkapital liegt (soziale Unterstützung, Vertrauen und Kohäsion im Team). Eine große Schwäche liegt im Führungskapital (Mitarbeiterorientierung, Vertrauen, Akzeptanz) (vgl. Treiberkonstrukt Badura et al., 2013, S.218). Die Qualität der Arbeit wird durch das alltägliche Führungsverhalten, durch Partizipation, den Handlungsspielraum, durch die Rahmenbedingungen und das komplexe Zusammenspiel aus all diesem beeinflusst. Eigenmotivation und Selbststeuerung sind von zentraler Bedeutung bei der Krankenbehandlung und müssen darum gefördert werden (Badura et al., 2013, S.276). Für die Funktionsfähigkeit komplexer sozialer Gebilde wie dem Krankenhaus ist die Selbstorganisation durch Sozialkapital unverzichtbar. Seine bindende und motivierende Wirkung verliert es, werden Macht und Geld zu viel Bedeutung beigemessen (Badura et al., 2013, S.2).

Zusammenfassend scheinen die beste Prävention von Stress am Arbeitsplatz der Notaufnahme eine mitarbeiterorientierte Führung und eine Unternehmenskultur zu sein, die an den Grundsätzen Transparenz, Respekt und Partizipation festhält.

9 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zeitplan	15
Abbildung 3: Aufbau des COPSOQ-Fragebogens	18
Abbildung 4: W5 Modell nach Bonk, Fecht und Schmidt	26
Abbildung 5: Qualitätsmanagement	27
Abbildung 6: Feedback-Schleife im Projekt.....	29

10 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Im Fragebogen verwendete Skalen der deutschen Version des COPSOQ....	19
Tabelle 2: Anforderungen.....	31
Tabelle 3: Einfluss- und Entwicklungsmöglichkeiten	33
Tabelle 4: Soziale Beziehung und Führung.....	34
Tabelle 5: Dienstpläne	36
Tabelle 6: Folgen und Symptome.....	39
Tabelle 7: Arbeitsfähigkeit Teil 1	41
Tabelle 8: Arbeitsfähigkeit Teil 2.....	42
Tabelle 9: Bewertung der eigenen Arbeit	43
Tabelle 10: Weitere Skalen.....	45
Tabelle 11: Wünsche und Vorschläge zum Team	49
Tabelle 12: Wünsche und Vorschläge zur Teamführung	51
Tabelle 13: Wünsche und Vorschläge zum Dienstplan	52
Tabelle 14: Wünsche und Vorschläge zum Management	53
Tabelle 15: Wünsche und Vorschläge zur EDV	54
Tabelle 16: Häufigkeitsverteilung nach Altersangaben.....	113
Tabelle 17: Häufigkeitsverteilung nach beruflicher Funktion.....	113
Tabelle 18: Häufigkeitsverteilung nach Tätigkeitsdauer	113
Tabelle 19: Häufigkeitsverteilung nach Wochenenddienste /Monat.....	113

Tabelle 20: Häufigkeitsverteilung nach Bereitschaftsdienste/ Monat	114
Tabelle 21: Häufigkeitsverteilung nach Nachtdienste/ Monat	114
Tabelle 22: Häufigkeitsverteilung nach Wechsel Spät- auf Frühdienst	114
Tabelle 23: Durchschnittliche Dienstbelastung aller Mitarbeiter in einem Monat.....	115
Tabelle 24: Durchschnittliche Dienstbelastung aller Mitarbeiter, die einen oder mehr Dienste übernehmen	115
Tabelle 25: Häufigkeitsverteilung fehlender Pausen	115
Tabelle 26: Mittelwert fehlender Pause/ Arbeitstage	116
Tabelle 27: Levene- und T-Test.....	116
Tabelle 28: tabellarische Darstellung der Ergebnisse der Fokusgruppe Ärzte/-innen..	123
Tabelle 29: tabellarische Darstellung der Ergebnisse der Fokusgruppe Pflege.....	126
Tabelle 30 tabellarische Darstellung der Ergebnisse der Fokusgruppe Administrative Mitarbeiterinnen.....	128

11 Literaturverzeichnis

- Albertinen | Albertinen-Krankenhaus Hamburg - Aufgaben [WWW Document], n.d. URL http://www.albertinen.de/krankenhaeuser/albertinen_krankenhaus/daten_fakten/mav/aufgaben (accessed 10.24.13).
- Albertinen Intranet, 2013.
- Aust, B., Rugulies, R., Finken, A., Jensen, C., 2010. When workplace interventions lead to negative effects: Learning from failures. *Scand. J. Public Health* 38, 106–119. doi:10.1177/1403494809354362
- Badura, B., Greiner, W., Rixgens, P., Ueberle, M., Behr, M., 2013. *Sozialkapital Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg*. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg.
- Badura, P. (em) D.B., Walter, D.U., Hehlmann, T., 2010. Wissenschaftliche Grundlagen betrieblicher Gesundheitspolitik, in: *Betriebliche Gesundheitspolitik*. Springer Berlin Heidelberg.
- Bartholomeyczik, S., Donath, E., Schmidt, S., Rieger, M.A., Berger, E., Wittich, A., Dieterle, W.E., 2008. *Arbeitsbedingungen im Krankenhaus*. im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund/Berlin/Dresden.
- BetrVG - Einzelnorm [WWW Document], n.d. URL http://www.gesetze-im-internet.de/betrvg/_94.html (accessed 3.22.14).
- COPSOQ International Network [WWW Document], n.d. URL <http://www.copsoq-network.org/> (accessed 2.19.14).
- Demerouti, E., Bakker, A.B., de Jonge, J., Janssen, P.P., Schaufeli, W.B., 2001. Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scand. J. Work. Environ. Health* 27, 279–286. doi:10.5271/sjweh.615
- Dr. Karl Blum, Dr. Sabine Löffert, Dr. Matthias Offermanns, Dr. Petra Steffen, 2011. *Krankenhaus Barometer- Umfrage 2011*. Deutsches Krankenhausinstitut e.V., Düsseldorf.
- ERC Guidelines 2010 [WWW Document], n.d. URL <http://www.cprguidelines.eu/2010/> (accessed 3.12.14).
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2012. *5th European working conditions survey*. Publications Office of the European Union; European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Luxembourg; Dublin, Ireland.
- Fauth-Herkner, A., Müller, G., n.d. *Integratives Arbeitszeitmanagement im Krankenhaus: Auf dem Weg zu einer neuen Arbeitszeitkultur im Krankenhaus* [WWW Document]. URL <http://www.arbeitswelt.de/pdf/fhp-integratives-arbeitszeitmanagement-im-krankenhaus.pdf> (accessed 3.21.14).
- FFAS Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin, Bertoldstr. 27, D- 79098 Freiburg / Germany, n.d. COPSOQ – Mitarbeiterbefragung zu psychosozialen

- Belastungen am Arbeitsplatz | Checkliste für Betriebe [WWW Document]. URL <http://www.copsoq.de/wie-befragen-wir/checkliste-fuer-betriebe/> (accessed 9.11.13).
- Glaser, J., Höge, T., 2005. Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften [WWW Document]. URL <http://www.baua.de/cae/servlet/contentblob/680434/publicationFile/47111/Gd18.pdf> (accessed 3.24.14).
- Goepfert, A., Conrad, C.B., 2013. Unternehmen Krankenhaus. Georg Thieme Verlag.
- Gries, A., Michel, A., Bernhard, M., Martin, J., 2011. Personalplanung in der zentralen Notaufnahme: Optimierte Patientenversorgung rund um die Uhr. *Anaesthesist* 60, 71–78. doi:10.1007/s00101-010-1830-7
- Hasselhorn, H.M., Conway, P.M., Widerszal-Bazyl, M., Simon, M., Tackenberg, P., Schmidt, S., Camerino, D., Müller, B., 2008. Contribution of job strain to nurses' consideration of leaving the profession—results from the longitudinal European nurses' early exit study. *Scand. J. Work Environ. Health Suppl.* 6, 75–82.
- Kivimäki, M., 2003. Organisational justice and health of employees: prospective cohort study * COMMENTARY. *Occup. Environ. Med.* 60, 27–34. doi:10.1136/oem.60.1.27
- Klein, J., Frie, K., Blum, K., von dem Knesebeck, O., 2011. Psychosocial stress at work and perceived quality of care among clinicians in surgery. *BMC Health Serv. Res.* 11, 109. doi:10.1186/1472-6963-11-109
- Lohmann-Haislah, A., Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2012. Stressreport Deutschland 2012 psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. [Ergebnisse der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2011/2012]. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund [u.a.].
- Mayring, P., 2010. Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Beltz, Weinheim.
- Nübling, M., Stöbel, U., Hasselhorn, H.-M., Michaelis, M., Hofmann, F., 2005. Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen: Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ). Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund.
- Nübling, M., Vomstein, M., Schmidt, S.G., Gregersen, S., Dulon, M., Nienhaus, A., 2010. Psychosocial work load and stress in the geriatric care. *BMC Public Health* 10, 428. doi:10.1186/1471-2458-10-428
- Robert A. Karasek, 1979. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign *Administrative Science Quarterly*, 285–308.
- Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit im Gesundheitswesen - Leitfaden für Prävention und gute Betriebspraxis, 2007. . Europäischen Kommission.
- Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 2012. Statistisches Jahrbuch 2012 - StatistischesJahrbuch2012.pdf. p. 687.
- Tobias Schwarz, Ralf Zastrau, 2011. Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Albertinen-Krankenhaus / Albertinen-Haus über das Berichtsjahr 2010.

-
- Von dem Knesebeck, O., Klein, J., Frie, K.G., Blum, K., Siegrist, J., 2010. Psychosocial Stress Among Hospital Doctors in Surgical Fields. *Dtsch. Arzteblatt Int.* 107, 248–253. doi:10.3238/arztebl.2010.0248
- Wallace, J.E., Lemaire, J.B., Ghali, W.A., 2009. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet* 374, 1714–21.
- Wieland, R., Scherrer, K., 2007. Barmer Gesundheitsreport 2007 -- Führung und Gesundheit. BARMER Ersatzkasse, Wupperta.
- World Health Organization (Ed.), 2007. The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services: Integrating health promotion into hospitals and health services: Concept, framework and organization.

12 Anhang

12.1 COPSOQ: Mitarbeiterbefragung zu psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz

Der Fragebogen wird anonym behandelt. Niemand weiß, von wem die ausgefüllten Fragebögen stammen.

A Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrem Arbeitsplatz

A.1 Wie alt sind Sie?

Jünger als 40 Jahre

40 Jahre und/oder älter.....

A.2 Welche berufliche Qualifikation/Funktion haben Sie?

Führungskräfte	A
Chefärztin/Chefarzt Leitende Ärztin/ Leitender Arzt Oberärztin/ Oberarzt Pflegedienstleitung Bereichsleitung/ Abteilungsleitung Stationsleitung	
alle Mitarbeiter	B
Fachärztin/ Facharzt Assistenzärztin/ Assistenzarzt Krankenschwester/ Krankenpfleger mit und ohne Weiterbildung Administrative Mitarbeiter/-in Krankenpflegehelferin/ Krankenpflegehelfer (1-jährige Ausbildung)	

A.3 Wie lange üben Sie Ihre jetzige berufliche Tätigkeit schon aus (ohne Ausbildungsjahre)?

Weniger als 5 Jahre 5 Jahre und/oder mehr **A.4** Fragen zum Schichtdienst**A.4.a** An wie vielen Wochenenden arbeiten Sie im Durchschnitt im Monat?

_____ Anzahl

A.4.b Wie viele Bereitschaftsdienst machen Sie im Durchschnitt im Monat?

_____ Anzahl

A.4.c Wie viele Nachtschichten arbeiten Sie im Durchschnitt im Monat?

_____ Anzahl

A.4.d Wie viele Wechsel von Spätdienst auf Frühdienst arbeiten Sie im Durchschnitt im Monat?

_____ Anzahl

A.4.e Wie häufig kommt es vor, dass sie keine Pause machen können?

nie	bis 25% alle Arbeitstage	bis 50% alle Arbeitstage	bis 75% alle Arbeitstage	fast immer

B Angaben zur Arbeit und Tätigkeit**B.1** Die folgenden Fragen betreffen die Anforderungen bei Ihrer Arbeit.

(Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	immer	oft	manch- mal	selten	nie/ fast nie
1. Müssen Sie sehr schnell arbeiten					
2. Ist Ihre Arbeit ungleich verteilt, so dass sie sich auftürmt?					
3. Wie oft kommt es vor, dass Sie nicht genügend Zeit haben, alle Ihre Aufgaben zu erledigen?					
4. Kommen Sie mit Ihrer Arbeit in Rückstand?					
5. Wie oft können Sie einen ruhigen Gang einlegen und trotzdem Ihre Arbeit bewältigen?					
6. Haben Sie genug Zeit für Ihre Arbeitsaufgaben?					

7. Müssen Sie Überstunden machen?					
8. Müssen Sie bei Ihrer Arbeit auf viele Dinge gleichzeitig achten?					
9. Erfordert es Ihre Arbeit, dass Sie sich viele Dinge merken?					
10. Erfordert es Ihre Arbeit, gut darin zu sein, neue Ideen zu entwickeln?					
11. Erfordert es Ihre Arbeit, schnell Entscheidungen zu treffen?					
12. Erfordert es Ihre Arbeit, schwierige Entscheidungen zu treffen?					
13. Müssen Sie Entscheidungen von großer Bedeutung für Ihren Arbeitsbereich treffen?					
14. Haben Sie eine verantwortungsvolle Arbeit?					
15. Bringt Ihre Arbeit Sie in emotional belastende Situationen?					
16. Verlangt Ihre Arbeit von Ihnen, sich mit Ihrer Meinung zurück zu halten?					
17. Erfordert Ihre Arbeit ein hohes Maß an Konzentration?					
18. Erfordert Ihre Tätigkeit gutes und klares Sehvermögen?					
19. Erfordert Ihre Arbeit, Ihre Bewegungen, z.B. Arme und Hände, bewusst zu steuern?					
20. Erfordert Ihre Arbeit ständige Aufmerksamkeit?					
21. Erfordert Ihre Arbeit einen hohen Grad an Genauigkeit?					

B.2 Anforderungen bei der Arbeit (Teil 2). (Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	in sehr hohem	in hohem	zum Teil	in geringem	in sehr geringem
--	---------------	----------	----------	-------------	------------------

	Maß	Maß		Maß	Maß
1. Benötigen Sie für Ihre Tätigkeit ein breites Wissen?					
2. Ist Ihre Arbeit emotional fordernd?					
3. Fühlen Sie sich bei Ihrer Arbeit emotional eingebunden?					
4. Verlangt Ihre Arbeit von Ihnen, dass Sie Ihre Gefühle verbergen?					

B.3 Die folgenden Fragen betreffen Ihre Einflussmöglichkeiten und Ihren Spielraum bei der Arbeit. (Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	immer	oft	manch- mal	selten	nie / fast nie
1. Treffen andere Personen Entscheidungen, die Ihre Arbeit betreffen?					
2. Haben Sie großen Einfluss auf Ihre Arbeit?					
3. Haben Sie Einfluss darauf, wie schnell Sie arbeiten?					
4. Haben Sie Einfluss darauf, mit wem Sie arbeiten?					
5. Haben Sie Einfluss auf die Menge der Arbeit, die Ihnen übertragen wird?					
6. Haben Sie Einfluss darauf, wann Sie arbeiten?					
7. Haben Sie Einfluss darauf, wie Sie Ihre Arbeit erledigen?					
8. Haben Sie Einfluss darauf, was Sie bei Ihrer Arbeit tun?					
9. Haben Sie Einfluss auf Ihre Arbeitsumgebung?					
10. Haben Sie Einfluss auf die Qualität Ihrer Arbeit?					

11. Können Sie selbst bestimmen, wann Sie eine Pause machen?					
12. Können Sie mehr oder weniger frei entscheiden, wann Sie Urlaub machen?					
13. Können Sie Ihre Arbeit unterbrechen, um sich mit einem Kollegen zu unterhalten?					
14. Wenn Sie private Dinge erledigen müssen, können Sie Ihren Arbeitsplatz ohne besondere Erlaubnis für eine halbe Stunde verlassen?					

B.4 Die folgenden Fragen betreffen Ihre Entwicklungsmöglichkeiten und die Bedeutung der Arbeit. (Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	immer	oft	manchmal	selten	nie / fast nie
1. Ist Ihre Arbeit abwechslungsreich?					
2. Erfordert Ihre Arbeit ein hohes Maß an Fertigkeit oder Fachwissen?					
3. Müssen Sie ständig die gleichen Dinge tun?					

B.5 Entwicklungsmöglichkeiten und Bedeutung (Teil 2).
(Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Verlangt es Ihre Arbeit, dass Sie die Initiative ergreifen?					
2. Haben Sie die Möglichkeit, durch Ihre Arbeit neue Dinge zu erlernen?					
3. Können Sie Ihre Fertigkeiten oder Ihr Fachwissen bei Ihrer Arbeit anwenden?					
4. Ermöglicht es Ihre Arbeit, Ihre					

Fertigkeiten weiter zu entwickeln?					
5. Ist Ihre Arbeit sinnvoll?					
6. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Arbeit wichtig ist?					
7. Fühlen Sie sich motiviert und eingebunden in Ihre Arbeit?					
8. Sind Sie stolz, dieser Einrichtung anzugehören?					
9. Erzählen Sie anderen gerne über Ihren Arbeitsplatz?					
10. Erleben Sie Probleme Ihrer Arbeitsstelle als Ihre eigenen?					
11. Hat Ihre Arbeitsstelle große persönliche Bedeutung für Sie?					

B.6

B.6.a Nun einige Fragen zu Regelungen und Abläufen bei Ihrer Arbeit.
(Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Werden Sie rechtzeitig im Voraus über Veränderungen an Ihrem Arbeitsplatz informiert, z.B. über wichtige Entscheidungen, Veränderungen oder Pläne für die Zukunft?					
2. Erhalten Sie alle Informationen, die Sie brauchen, um Ihre Arbeit gut zu erledigen?					
3. Wissen Sie bereits wenn Sie zur Arbeit kommen, welche Arbeitsaufgaben Sie am Arbeitstag erwarten?					

4. Wissen Sie genau, wie weit Ihre Befugnisse bei der Arbeit reichen?					
5. Gibt es klare Ziele für Ihre Arbeit?					
6. Wissen Sie genau, welche Dinge in Ihren Verantwortungsbereich fallen?					
7. Wissen Sie genau, was von Ihnen bei der Arbeit erwartet wird?					
8. Machen Sie Dinge bei der Arbeit, die von einigen Leuten akzeptiert werden, aber von anderen nicht?					
9. Werden bei Ihrer Arbeit widersprüchliche Anforderungen gestellt?					
10. Müssen Sie manchmal Dinge tun, die eigentlich auf andere Weise getan werden sollten?					
11. Müssen Sie manchmal Dinge tun, die Ihnen unnötig erscheinen?					
12. Erhalten Sie alle Materialien, die Sie brauchen, um Ihre Arbeit gut erledigen zu können?					

B.6.b Wie häufig kommt es bei Änderungen des Dienstplans vor, dass...

(Bitte je zwei Angaben pro Zeile)

	nie	bis zu 6 mal im Jahr	bis zu 2 mal im Monat	häufiger	Das belastet mich ...		
					gar nicht	etwas	stark
1. ...Sie erst kurzfristig (d.h. innerhalb von 1-3 Tagen) über diese Veränderungen informiert werden?							
2. ...Sie aus dem „Frei“ geholt							

werden?							
3. ...Sie nach dem Dienstende wegen der Änderungen des Dienstplans sofort weiterarbeiten müssen?							

B.6.c Wie häufig kommt es bei Änderungen des Dienstplans vor, dass...
(Bitte je zwei Angaben pro Zeile)

	nie	bis zu 2 mal im Jahr	3-4 mal im Jahr	häufiger	Das belastet mich ...		
					gar nicht	etwas	stark
4. ...Sie auf Ihr dienstfreies Wochenende verzichten müssen?							
5. ...Ihr Urlaub verschoben werden muss?							
6. ...Ihre familiären Umstände oder persönlichen Wünsche unberücksichtigt bleiben?							

B.7 Bitte schätzen Sie ein, in welchem Maß Ihr unmittelbarer Vorgesetzter
(Bitte je eine Angabe pro Zeile. Wenn Sie keinen Vorgesetzten haben, kreuzen Sie bitte die Spalte ganz rechts an)

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß	Habe keinen Vorgesetzten
1. ... Mitarbeiter wertschätzt und dem Einzelnen Beachtung entgegenbringt?						
2. ... für gute Entwicklungsmöglichkeiten der einzelnen Mitarbeiter sorgt?						
3. ... der Weiterbildung und						

Personalentwicklung hohe Priorität beimisst?						
4. ... der Arbeitszufriedenheit einen hohen Stellenwert beimißt?						
5. ... die Arbeit gut plant?						
6. ... die Arbeit gut verteilt?						
7. ... Konflikte gut löst?						
8. ... gut mit den Mitarbeitern kommuniziert?						

B.8 Die folgenden Fragen betreffen Ihr Verhältnis zu Ihren Kollegen/-innen und zu Ihrem / Ihrer Vorgesetzten. (Bitte machen Sie eine Angabe pro Zeile. Wenn Sie keine Kollegen oder keinen Vorgesetzten haben, kreuzen Sie bitte in der entsprechenden Zeile das Feld ganz rechts an)

	immer	oft	manch- mal	selten	nie/ fast nie	Keine Vorge- setzten/ Kollegen
1. Wie oft erhalten Sie Hilfe und Unterstützung von Ihren Kollegen						
2. Wie oft sind Ihre Kollegen bereit, sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören?						
3. Wie oft erhalten Sie Hilfe und Unterstützung von Ihrem unmittelbaren Vorgesetzten?						
4. Wie oft ist Ihr unmittelbarer Vorgesetzter bereit, sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören?						
5. Wie oft spricht Ihr Vorgesetzter mit Ihnen über die Qualität Ihrer Arbeit?						
6. Wie oft sprechen Ihre Kollegen mit Ihnen über die						

Qualität Ihrer Arbeit?						
7. Arbeiten Sie getrennt von Ihren Kollegen?						
8. Können Sie sich mit Kollegen unterhalten, während Sie arbeiten?						
9. Ist die Atmosphäre zwischen Ihnen und Ihren Arbeitskollegen gut?						
10. Ist die Zusammenarbeit zwischen den Arbeitskollegen gut?						
11. Fühlen Sie sich an Ihrer Arbeitsstelle als Teil einer Gemeinschaft?						
12. Fühlen Sie sich durch Kollegen und Vorgesetzte häufig zu unrecht kritisiert, schikaniert oder vor anderen bloßgestellt?						

B.9 Die folgenden Fragen betreffen das Verhältnis zwischen Arbeit und Privatleben: Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu? (Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	stimme voll zu	stimme eher zu	unentschieden	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
1. Die Anforderungen meiner Arbeit stören mein Privat- und Familienleben.					
2. Der Zeitaufwand meiner Arbeit macht es schwierig für mich, meinen Pflichten in der Familie oder im Privatleben nachzukommen.					
3. Dinge, die ich zu Hause machen möchte, bleiben wegen der Anforderungen meiner Arbeit liegen.					
4. Meine Arbeit erzeugt Stress, der es schwierig macht, privaten oder					

familiären Verpflichtungen nachzukommen.					
5. Wegen beruflicher Verpflichtungen muss ich Pläne für private oder Familienaktivitäten ändern.					

B.10 Nun zu Ihrer Beteiligung an betrieblichen Entscheidungsprozessen: Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu? (Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	stimme voll zu	stimme eher zu	unentschieden	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
1. Entscheidungsprozesse sind so gestaltet, dass die Meinungen und Bedenken aller angehört werden können, die von der Entscheidung betroffen sind.					
2. Entscheidungsprozesse sind so gestaltet, dass verlässliche Informationen gesammelt werden können, die für das Treffen von Entscheidungen notwendig sind.					
3. Entscheidungsprozesse sind so angelegt, dass Möglichkeiten zur Zustimmung oder zur Ablehnung von Entscheidungen vorhanden sind.					
4. Entscheidungsprozesse sind so angelegt, dass Standards entwickelt werden, die einheitliche Entscheidungen ermöglichen.					

B.11 Nun zum Thema gerechte Behandlung: Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu? (Bitte je eine Angabe pro Zeile. Wenn Sie keinen Vorgesetzten haben, kreuzen Sie bitte die Spalte ganz rechts an.)

	stimme voll zu	stimme eher zu	unentschieden	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	Habe keinen Vorgesetzten

1. Ihr Vorgesetzter berücksichtigt Ihren Standpunkt.						
2. Ihr Vorgesetzter ist in der Lage, persönliche Sympathien und Abneigungen auszublenden.						
3. Ihr Vorgesetzter behandelt Sie freundlich und rücksichtsvoll.						
4. Ihr Vorgesetzter unternimmt Schritte, um auf ehrliche Weise mit Ihnen umzugehen.						

B.12 Machen Sie sich Sorgen, dass ... (Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. ... Sie arbeitslos werden?					
2. ...neue Technologien Sie überflüssig machen?					
3. ... es schwierig für Sie wäre, eine neue Arbeit zu finden, wenn Sie arbeitslos würden?					
4. ... man Sie gegen Ihren Willen auf eine andere Arbeitsstelle versetzen könnte?					

B.12.a Wie oft im Laufe der letzten 12 Monate haben Sie daran gedacht Ihren Beruf aufzugeben?

nie	einige Male im Jahr	einige Male im Monat	einige Male in der Woche	jeden Tag

B.12.b Wie oft im Laufe der letzten 12 Monate haben Sie daran gedacht Ihre Arbeitsstelle zu wechseln?

nie	einige Male im Jahr	einige Male im Monat	einige Male in der Woche	jeden Tag

B.13 Bewertung Ihrer Arbeit. Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit sie auf Ihre Arbeit zutrifft. (Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	trifft voll zu	trifft eher zu	weder noch	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
1. Meine Berufsstellung ist sicher.					
2. Mein Einkommen ist hoch.					
3. Meine Aufstiegsmöglichkeiten sind gut.					
4. Mein Beruf ist anerkannt und geachtet.					
5. Mein Beruf lässt mir viel Freizeit.					
6. Meine Tätigkeit ist interessant.					
7. Ich kann selbständig arbeiten.					
8. Meine Aufgaben erfordern viel Verantwortungsbewusstsein.					
9. Ich habe viel Kontakt zu anderen Menschen.					
10. Ich habe einen Beruf, bei dem ich anderen helfen kann.					
11. Ich habe einen Beruf, der für die Gesellschaft nützlich ist.					
12. Meine Tätigkeit gibt mir das Gefühl, etwas Sinnvolles zu tun.					

13. Ich habe sichere und gesunde Arbeitsbedingungen.					
14. Ich kann meine Arbeitszeiten und Arbeitstage selbst festlegen.					
15. Ich werde bei meiner Arbeit als Person respektvoll behandelt.					
16. Gegenüber meinen Kolleginnen und Kollegen werden mir die gleichen Chancen eingeräumt?					

B.14 Wenn Sie Ihre Arbeitssituation insgesamt betrachten, wie zufrieden sind Sie mit... (Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	sehr zufrieden	zufrieden	unzufrieden	sehr unzufrieden
1. ... Ihren Berufsperspektiven?				
2. ... den Leuten, mit denen Sie arbeiten?				
3. ... den körperlichen Arbeitsbedingungen?				
4. ... der Art und Weise, wie Ihre Abteilung geführt wird?				
5. ... der Art und Weise, wie Ihre Fähigkeiten genutzt werden?				
6. ...den Herausforderungen und Fertigkeiten, die Ihre Arbeit beinhaltet?				
7. ...Ihrer Arbeit insgesamt, unter Berücksichtigung aller Umstände?				

Nun einige Fragen zu Arbeit und Gesundheit

B.15 Ist Ihre Arbeit:

vorwiegend psychisch (geistig) belastend	
vorwiegend physisch (körperlich) belastend	
psychisch (geistig) und physisch (körperlich) gleichermaßen belastend oder	

unbelastend	
-------------	--

B.16 Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten, je erreichten Arbeitsfähigkeit ein.

Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre jetzige Arbeitsfähigkeit geben? Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an. (0 bedeutet, dass Sie zur Zeit völlig arbeitsunfähig sind)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Völlig

zur Zeit die beste

Arbeitsunfähig

Arbeitsfähigkeit

B.17

B.17.a Wie schätzen Sie Ihre jetzige Arbeitsfähigkeit im Verhältnis zu den körperlichen Arbeitsanforderungen ein?

sehr gut	eher gut	mittelmäßig	eher schlecht	sehr schlecht

B.17.b Wie schätzen Sie Ihre jetzige Arbeitsfähigkeit im Verhältnis zu den psychischen(geistigen) Arbeitsanforderungen ein?

sehr gut	eher gut	mittelmäßig	eher schlecht	sehr schlecht

B.18 Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können?

unwahrscheinlich	nicht sicher	ziemlich sicher

B.19

B.19.a Haben Sie in letzter Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?

häufig	eher häufig	manchmal	eher selten	niemals

B.19.b Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?

immer	eher häufig	manchmal	eher selten	niemals

B.19.c Waren Sie in letzter Zeit zuversichtlich, was die Zukunft anbetrifft?

ständig	eher häufig	manchmal	eher selten	niemals

Nun zu Ihrer Gesundheit im Allgemeinen:

B.20 Ihr Gesundheitszustand: Wenn Sie den besten denkbaren Gesundheitszustand mit 10 Punkten bewerten und den schlechtesten denkbaren mit 0 Punkten: Wie viele Punkte vergeben Sie dann für Ihren derzeitigen Gesundheitszustand? Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

schlechtester denkbarer
Gesundheitszustand

bester denkbarer
Gesundheitszustand

B.21 Energie und psychisches Wohlbefinden : Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit sie für Sie zutrifft. (Bitte je eine Angabe pro Zeile).

	immer	oft	manchmal	selten	nie / fast nie
1. Wie häufig fühlen Sie sich müde?					
2. Wie häufig sind Sie körperlich erschöpft?					
3. Wie häufig sind Sie emotional erschöpft?					
4. Wie häufig denken Sie:“ Ich kann nicht mehr“?					
5. Wie häufig fühlen Sie sich ausgelaugt?					

6. Wie häufig fühlen Sie sich schwach und krankheitsanfällig?					
---	--	--	--	--	--

B.22 Bitte betrachten Sie die nachfolgenden Aussagen und kreuzen Sie jeweils an, welche Antwort für die letzten vier Wochen am besten auf Sie zutrifft. (Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	trifft genau zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft kaum zu	trifft überhaupt nicht zu
1. Ich wollte mit niemandem sprechen/habe mich zurückgezogen.					
2. Ich hatte nicht die Energie, mich mit anderen Leuten zu beschäftigen.					
3. Ich hatte nicht die Zeit, mich zu entspannen oder mich zu vergnügen.					
4. Ich hatte Schwierigkeiten, mich glücklich zu fühlen.					
5. Ich habe gegessen, um mich wohl zu fühlen.					
6. Ich war leichter aus der Bahn zu werfen.					
7. Ich war antriebslos.					
8. Ich habe mich belästigt gefühlt.					

B.23 Wie oft hatten Sie in den vergangenen vier Wochen ...
(Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	immer	oft	manchmal	selten	nie / fast nie
1. ... Konzentrationsprobleme					
2. ... Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen?					
3. ... Schwierigkeiten, sich zu erinnern?					

4. ... Schwierigkeiten, klar zu denken?					
---	--	--	--	--	--

B.24 Nachfolgend finden Sie fünf Aussagen, denen Sie zustimmen oder nicht zustimmen können. Diese Aussagen beziehen sich auf Ihr Leben insgesamt, also nicht nur auf die Arbeit. (Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	stimme genau zu	stimme zu	stimme eher zu	weder noch	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	stimme über- haupt nicht zu
1. In den meisten Bereichen entspricht mein Leben meinen Idealvorstellungen.							
2. Meine Lebensbedingungen sind ausgezeichnet							
3. Ich bin mit meinem Leben zufrieden.							
4. Bisher habe ich die wesentlichen Dingen erreicht, die ich mir für mein Leben wünsche.							
5. Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich kaum etwas ändern.							

12.2 Entfallende Fragen aus der langen Version des COPSOQ

A Teil

A.1: Ihr Unternehmen / Ihr Arbeitsort

Name des Unternehmens _____ (bitte eintragen)

Postleitzahl der Arbeitsstelle _____ (wenn nicht genau bekannt, bitte mind. die ersten beiden Stellen)

Ort der Arbeitsstelle _____ (bitte eintragen)

A.2: Welches Geschlecht haben Sie?

männlich weiblich

A.3: Wann sind Sie geboren? Geburtsjahr: _____ (bitte eintragen)

A.4: Welchen Familienstand haben Sie?

- Ich bin verheiratet und lebe mit meinem(r) Ehepartner(in) zusammen
(weiter mit Frage 4b)
- Ich bin verheiratet und lebe von meinem(r) Ehepartner(in) getrennt
(weiter mit Frage 4a).....
- Ich bin ledig (weiter mit Frage 4a).....
- Ich bin geschieden (weiter mit Frage 4a)
- Ich bin verwitwet (weiter mit Frage 4a)

A.4.a: Leben Sie mit einem Partner zusammen?

Ja..... Nein

A.4.b: Leben Sie mit einem oder mehreren Kindern unter 15 Jahren zusammen?

Ja..... Nein

A.5: Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

Ich bin von der Schule abgegangen ohne Hauptschulabschluss
(Volksschulabschluss).....

Ich habe den Hauptschulabschluss
(Volksschulabschluss).....

Ich habe den Realschulabschluss (Mittlere Reife).....

Ich habe den Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse).....

Ich habe die Fachhochschulreife

Ich habe die allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife / Abitur (Gymnasium bzw.EOS).....

Ich habe einen anderen Schulabschluss, und war.....

(bitte angeben) _____

A.6: Welchen beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie? (Mehrfachnennungen sind möglich)

Ich bin noch in beruflicher Ausbildung (Auszubildende/r, Student/in).....

Ich habe keinen beruflichen Abschluss und bin nicht in beruflicher Ausbildung ..

Ich habe eine beruflich-betriebliche Ausbildung (Lehre) abgeschlossen

Ich habe eine beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule) abgeschlossen.....

Ich habe eine Ausbildung an einer Fach-, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie abgeschlossen

Ich habe einen Fachhochschulabschluss

Ich habe einen Hochschulabschluss.....

Ich habe einen anderen beruflichen Abschluss, und zwar.....

(bitte angeben) _____

A.7.1: Jetzige berufliche Tätigkeit

a) Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?

_____ (bitte eintragen)

b) Bitte beschreiben Sie Ihre berufliche Tätigkeit genau.

_____ (bitte eintragen)

c) Hat dieser Beruf noch einen besonderen Namen?

Ja, und zwar: _____ (bitte eintragen)

nein, kein besonderer Name

A.7.2: Zu welcher Gruppe gehört Ihr Beruf nach der folgenden Liste. (Bitte nur eine Angabe)

- Selbständige(r) Landwirt(in) bzw. Genossenschaftsbauer/-bäuerin.....
- Selbständige(r) Akademiker(in) in freiem Beruf (Arzt/Ärztin, Rechtsanwalt/-anwältin, Steuerberater/-in, u. ä.) und keine weiteren Mitarbeiter / Partner.....
- 1 bis 4 Mitarbeiter / Partner
- 5 und mehr Mitarbeiter
- Selbständig im Handel, Gewerbe, Handwerk, Industrie, Dienstleistung
- keine weiteren Mitarbeiter / Partner.....
- 1 bis 4 Mitarbeiter / Partner
- 5 und mehr Mitarbeiter
- Beamter/Beamtin, Richter(in), Berufssoldat(in), und zwar ...
- Beamter/Beamtin im einfachen Dienst (bis einschl. Oberamtsmeister).....
- Beamter/Beamtin im mittleren Dienst (von Assistent[in] bis einschl. Hauptsekretär[in], Amtsinspektor[in]).....
- Beamter/Beamtin im gehobenen Dienst (von Inspektor[in] bis einschl. Oberamtsrat/-rätin)
- Beamter/Beamtin im höheren Dienst, Richter(in) (von Rat/Rätin aufwärts).....
- Angestellte(r), und zwar ...
- mit ausführender Tätigkeit nach Anweisung (z. B. Verkäufer[in],Kontorist[in], Datentypist[in])
- mit einer Tätigkeit, die ich nach Anweisung erledige (z. B. Sachbearbeiter[in], Buchhalter[in], technische[r] Zeichner[in])
- mit selbständiger Leistung in verantwortlicher Tätigkeit bzw. mit begrenzter Verantwortung für Personal (z. B. wissenschaftliche[r] Mitarbeiter[in], Prokurist[in], Abteilungsleiter[in]) bzw. Meister(in) im Angestelltenverhältnis
- mit umfassenden Führungsaufgaben und Entscheidungsbefugnissen (z. B. Direktor[in], Geschäftsführer[in], Mitglied des Vorstandes)
- Arbeiter(in), und zwar ...
- ungelernt
- angelernt

- Facharbeiter(in)
- Vorarbeiter(in), Kolonnenführer(in).....
- Meister(in), Polier(in), Brigadier(in).....
- In Ausbildung, und zwar ...
- als kaufmännisch-technische(r) Auszubildende(r).....
- als gewerbliche(r) Auszubildende(r)
- in sonstiger Ausbildungsrichtung.....
- Mithelfende(r) Familienangehörige(r).....

A.7.3: Nun noch die Branche: Zu welchem Wirtschaftszweig gehört der Betrieb oder die Organisation, in dem / in der Sie arbeiten? (Bitte nur eine Angabe)

- A: Land- und Forstwirtschaft (inkl. gewerbliche Jagd)
- B: Fischerei und Fischzucht.....
- C: Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden
- D: Verarbeitendes Gewerbe (Ernährungsgewerbe, Textilg., Bekleidungs-, Lederg., Holzg., Papierg., Druckg., Kokerei, Chemieindustrie, Gummi- / Kunststoffgewerbe, Glasg., Metallg., Maschinenbau, Herstellung von Elektrotechnik, Fahrzeugbau, Möbелgewerbe, Spielwarengewerbe, Recycling).....
- E: Energie- und Wasserversorgung (Elektrizität, Gas, Wasser)
- F: Baugewerbe (Baustellenvorbereitung, Hochbau, Tiefbau, Bauinstallationen) ..
- G : Handel (Großhandel, Einzelhandel); Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen und Gebrauchsgütern
- H : Gastgewerbe (Hotel, Pensionen, Gaststätten, Kantinen)
- I : Verkehr und Nachrichtenübermittlung (Eisenbahn, Schifffahrt, Luftfahrt, Spedition, Reisebüro, Post, Kurierdienste, Telekommunikationsdienste).....
- J : Kredit- und Versicherungsgewerbe (Banken, Versicherungen)
- K : Grundstücks- und Wohnungswesen, (Vermietung, Verpachtung, Vermittlung von Immobilien), Vermietung beweglicher Sachen (z.B. Autovermietung), Datenverarbeitung, Forschung und Entwicklung, Erbringung von Dienstleistungen überwiegend für Unternehmen (Rechtsberatung, Steuerberatung, Unternehmensberatung, Architekturbüro, Reinigungsdienste etc.)
- L : Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung.....
- M : Erziehung und Unterricht (Kindergärten, Schulen, Hochschulen).....

- N : Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen (Krankenhäuser, Arztpraxen, Heime)
- O : Erbringung von sonstigen öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen (Entsorgung, Berufsverbände, Gewerkschaften, Kirchen, Unterhaltung, Kultur, Sport, Friseur, Wäscherei etc.).....
- P : Private Haushalte mit Arbeitnehmern.....
- Q : Exterritoriale Organisationen und Körperschaften (Vereinte Nationen, IWF, etc.).....

A.9: In welchem Umfang sind Sie zur Zeit erwerbstätig?

- Ich bin vollzeit-erwerbstätig
mit einer wöchentl. Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr.....
- Ich bin teilzeit-erwerbstätig
mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 15 bis 34 Stunden.....
- Ich bin teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig
mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von unter 15 Stunden
- Ich bin Auszubildende(r)/ Lehrling/ Umschüler(in)

A.10: Arbeiten Sie im Schichtdienst, d.h. abwechselnd z.B. Frühschicht, Spätschicht oder Nachtschicht bzw. haben Sie unregelmäßige Arbeitszeiten?

- Nein, ich arbeite nicht im Schichtdienst und habe keine unregelmäßigen Arbeitszeiten
- Ja, ich habe unregelmäßige Arbeitszeiten, aber keinen Schichtdienst
- Ja, ich arbeite 2 Schichten.....
- Ja, ich arbeite 3 oder mehr Schichten.....

A.11: Welche der folgenden Beschreibungen trifft Ihre gegenwärtige Arbeitsituation am besten? Sie sind...

- Selbständig bzw. freiberuflich tätig.....
- Festangestellt mit unbefristetem Vertrag
- Angestellt mit zeitlich befristetem Vertrag
- Angestellt über einen unbefristeten Vertrag bei einer Zeitarbeitsfirma.....
- Angestellt über einen befristeten Vertrag bei einer Zeitarbeitsfirma.....
- In der Lehre oder in einer anderen Ausbildung.....

A.12: Arbeiten Sie im Öffentlichen Dienst, in der Privatwirtschaft, bei einem kirchlichen Arbeitgeber oder sind Sie selbständig?

- Öffentlicher Dienst
- Privatwirtschaft.....
- Kirche, Diakonie / Caritas
- Selbständig
- Weiß nicht.....

A.13: Wie viele Mitarbeiter beschäftigt die Firma oder Organisation, in der Sie arbeiten, insgesamt in Deutschland?

- Keine weiteren, ich arbeite alleine
- 1 bis 9 Personen.....
- 10 bis 49 Personen
- 50 bis 99 Personen
- 100 bis 499 Personen
- 500 und mehr Personen
- Weiß nicht.....

A.14: Für wie viele Personen sind Sie der/die Vorgesetzte?

- Keine.....
- 1 bis 5 Personen.....
- 6 bis 9 Personen
- 10 und mehr Personen
- Weiß nicht.....

Teil B: Fragen zur Arbeit und Gesundheit

B.18: Behindert Sie derzeit eine Erkrankung oder Verletzung bei der Ausübung ihrer Arbeit? Falls nötig, kreuzen Sie bitte mehr als eine Antwortmöglichkeit an.

Ich habe keine Beeinträchtigung. / Ich habe keine Erkrankung.	<input type="checkbox"/>
Ich kann meine Arbeit ausführen, habe aber Beschwerden.	<input type="checkbox"/>
Ich bin manchmal gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern.	<input type="checkbox"/>

Ich bin oft gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern.	
Wegen meiner Krankheit bin ich nur in der Lage, Teilzeitarbeit zu verrichten.	
Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig.	

B.19: Wieviele ganze Tage blieben Sie aufgrund eines gesundheitlichen Problems (Krankheit, Gesundheitsvorsorge oder Untersuchung, nicht Urlaub) in den letzten 12 Monaten der Arbeit fern?

überhaupt keinen	höchstens 9 Tage	10-24 Tage	25-99 Tage	100 Tage und mehr

B.22: Bitte kreuzen Sie in der folgenden Liste Ihre aktuellen Erkrankungen oder Verletzungen an. Geben Sie bitte auch an, ob ein Arzt diese Krankheiten diagnostiziert oder behandelt hat. (Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	nein	ja, Diagnose vom Arzt	ja, eigene Ein- schätzung
1. Unfallverletzungen (z. B. des Rückens, der Glieder, Verbrennungen)			
2. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems von Rücken, Gliedern oder anderen Körperteilen (z. B. wiederholte Schmerzen in Gelenken oder Muskeln, Ischias, Rheuma, Wirbelsäulenerkrankungen)			
3. Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck, Herzkrankheit, Herzinfarkt)			
4. Atemwegserkrankungen (z. B. wiederholte Atemwegsinfektionen, chronische Bronchitis, Bronchialasthma)			
5. Psychische Beeinträchtigungen (z. B. Depressionen, Angstzustände, chronische Schlaflosigkeit, psychovegetatives Erschöpfungssyndrom)			
6. Neurologische und sensorische Erkrankungen (z.			

B. Tinnitus, Hörschäden, Augenerkrankungen, Migräne, Epilepsie)			
7. Erkrankungen des Verdauungssystems (z. B. der Galle, Leber, Bauchspeicheldrüse, Darm)			
8. Erkrankungen im Urogenitaltrakt (z.B. Harnwegsinfektionen, gynäkologische Erkrankungen)			
9. Hautkrankheiten (z. B. allergischer Hautausschlag, Ekzem)			
10. Tumore / Krebs			
11. Hormon- / Stoffwechselerkrankungen (z. B. Diabetes, Fettleibigkeit, Kropf)			
12. Krankheiten des Blutes (z. B. Anämie)			
13. Angeborene Erkrankungen			
14. Andere Leiden oder Krankheiten: Welche? _____			
(bitte eintragen)			

Teil C

Zuletzt möchten wir Sie noch um eine kurze Beurteilung dieses Fragebogens bitten.

C.1: Wie beurteilen Sie den Fragebogen hinsichtlich der folgenden Aspekte? (Bitte je eine Angabe pro Zeile)

1. Die abgefragten Themen sind interessant.
2. Die Formulierung der Fragen ist verständlich.
3. Die Länge des Bogens ist in Ordnung.

C.2: Wie lange haben Sie zum Ausfüllen dieses Fragebogens etwa gebraucht?

- unter 20 Minuten
- 20 bis unter 40 Minuten.....
- 40 bis unter 60 Minuten.....
- 1 bis 2 Stunden
- über 2 Stunden.....

C.3 Fehlen aus Ihrer Sicht wichtige Aspekte zur psychischen Belastung an Ihrem Arbeitsplatz in diesem Fragebogen? Wenn ja, welche?

C.4 Gibt es Fragen, die unklar oder missverständlich formuliert sind? Wenn ja, nennen Sie uns doch bitte hier die Fragennummer(n) und was an diesen Fragen problematisch ist.

C.5 Haben Sie noch weitere Anmerkungen zum Fragebogen oder zur Befragung allgemein?

12.3 Merkblatt zur Studie: Psychosoziale Belastung am Arbeitsplatz

Die Auswirkungen der Arbeitsbedingungen auf Mitarbeiter/-innen lassen sich messen. Spätindikatoren sind Fehlzeiten, Arbeitsunfälle, Fluktuation und weitere Indikatoren aus der Betriebswirtschaft. Zu den Frühindikatoren zählen das psychische und physische Befinden der Beschäftigten, ihre Einstandspflicht, Organisationspathologien wie Mobbing und innere Kündigung sowie die Work-Life-Balance. Zu den psychosozialen Risikofaktoren am Arbeitsplatz zählen hohe Anforderungen und Arbeitsintensität, emotionale Anforderungen, fehlende Autonomie, ethische Konflikte, schlechte soziale Netzwerke und Job- und Arbeitsunsicherheit.

- ❖ Ziel dieser Studie ist es die Frühindikatoren für psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz ZNA zu messen.
- ❖ Ziel ist es Stärken, Ressourcen und Mängel zu erkennen, um spätestens mit Umzug der ZNA in ein neues Gebäude im Frühjahr 2014 Präventionsstrategien zu benennen.
- ❖ Ziel ist es die betriebliche Ressource des Krankenhauses, das Sozialkapital zu stärken. Das Sozialkapital sind wir. Darum brauche ich eure Hilfe.

Die Datenerhebung besteht aus zwei Teilen

Teil 1: Der Fragebogen: COPSQ Copenhagen Psychosocial Questionnaire

Ich bitte jeden von euch bis spätestens Ende November einen Fragebogen anonym auszufüllen und an mich zurückzugeben. Die Bögen/Umschläge werden in einer hierfür vorgesehenen Box in der ZNA gesammelt. Bitte tragt euch in die Listen ein, dass ihr einen Fragebogen erhalten habt.

Informationstermine zur Einführung in die Studie und den Fragebogen finden *immer 14:00 Uhr in der Küche der ZNA* statt am **Mo. 4.11, Mi. 6.11, Fr. 8.11, Di. 19.11 und Mi. 27.11.13.**

Teil 2: Die Fokusgruppen/Priorisierungsworkshop

Sinn der „Fokusgruppe“ ist es einzelne Themen vertieft besprechen zu können. Auch hier bin ich dringend auf eure Mithilfe angewiesen, um gute Lösungsansätze zu finden. Im Dezember finden an folgenden Terminen, *14:00 Uhr in der Küche der ZNA* die Fokusgruppen statt (bzw. flexible Terminvereinbarung nach Absprache in der Gruppe):

Gruppe 1 AMA: Di. 10.12.13

Gruppe 2 Pflege: Mi. 11.12.13

Gruppe 3 Ärzte/-innen: Do. 12.12.13

Priorisierungsworkshop gemischt: Mo. 06.01.14

Nach Abschluss der Untersuchung erstatte ich natürlich Bericht. Die vollständige Arbeit wird im Rahmen meines Masterabschlusses veröffentlicht. Nach Wunsch verschicke ich diese Arbeit gerne auch per Email als PDF.

Hamburg den 29.10.13, Juliane Pflüger

12.4 Checkliste zur Durchführung der Befragung

(Adaptiert nach FFAS, Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin and Bertoldstr. 27, D- 79098 Freiburg / Germany, n.d.)

Nr.	Was?	Wann?	Erledigt?
1	Zustimmung Geschäftsführung einholen Zustimmung Betriebsrat/ Personalrat einholen	vor Beginn	o ja o nein
2	Information bzw. Einbeziehung Betriebsarzt/ärztin, Qualitätsbeauftragte/r, Fachkraft Arbeitssicherheit und evtl. weitere wichtige betriebliche Instanzen	vor Beginn	o ja o nein
3	Bildung Projektteam: Beteiligung aller Gruppen, insbes. Beschäftigte und Management! Ziele der Aktion definieren und dokumentieren (Was wollen wir mit der Befragung erreichen?), Veröffentlichung des Projektplans	vor Beginn	o ja o nein
4	Festlegung Zeitplan, Sicherstellung Datenschutz	vor Beginn	o ja o nein
5	Definition teilnehmender Gruppen, Beschäftigte/ Fallzahl, Bereitsstellung der Materialien (Stückzahl)	vor Beginn	o ja o nein
6	Werben (Plakate, Handzettel, Merkblätter)	vor und zu Beginn	o ja o nein
7	Austeilen Fragebogen, Dokumentation der ausgegebenen Anzahl Bogen	= Beginn	o ja o nein
8	Erinnerung	2 Wochen nach Beginn	o ja o nein
9	Klärung Umgang mit Ergebnissen: wer soll wann welche Ergebnisse erhalten?	auf jeden Fall vor Vorliegen der Ergebnisse	o ja o nein
10	Diskussion der Ergebnisse im Projektteam und Ableitung von Handlungsbedarf, breite Diskussion zu Handlungsbedarf, Machbarkeit, Vorgehen	bei Vorliegen der Ergebnisse	o ja o nein
11	Mitteilung von Ergebnissen an Beschäftigte	nach Vorliegen der Ergebnisse	o ja o nein
12	Übergabe an die Gruppenleitung, Umsetzung (kick off) und Dokumentation ggf. beschlossener	zeitnah nach Diskussion	o ja o nein

	Verbesserungsmaßnahmen	Ergebnisse	
13	Übergabe an das Team für Betriebsmedizin; Klären, ob externe Unterstützung gewünscht ist, ggf. Kooperation mit ffas	zeitnah nach Diskussion Ergebnisse	o ja o nein
14	Erfolg überprüfen, 2. Runde COPSOQ (Evaluation eingeführter Verbesserungsmaßnahmen)	ca. 1-2 Jahre später, nach Einführung v. Maßnahmen	o ja o nein
15	Klärung, ob Befragungen regelmäßig durchgeführt werden soll („Lernende Organisation“, „Kontinuierlicher Verbesserungsprozess“)	nach 1. bzw. nach 2. Runde COPSOQ	o ja o nein

12.5 Ergebnistabellen der psychosoziale Belastungsmessung

Tabelle 16: Häufigkeitsverteilung nach Altersangaben

Altersangaben	absolute Häufigkeit	Prozentangabe
jünger als 40 Jahre	22	52,4
40 Jahre oder älter	19	45,2
fehlende Angabe	1	2,4
Summe	42	100

Tabelle 17: Häufigkeitsverteilung nach beruflicher Funktion

berufliche Funktion	absolute Häufigkeit	Prozentangabe
Führungskraft	7	16,7
alle anderen Mitarbeiter	34	81,0
fehlende Angabe	1	2,4
Summe	42	100

Tabelle 18: Häufigkeitsverteilung nach Tätigkeitsdauer

Tätigkeitsdauer	absolute Häufigkeit	Prozentangabe
kürzer als 5 Jahre	15	35,7
5 Jahre oder länger	26	61,9
fehlende Angabe	1	2,4
Summe	42	100

Tabelle 19: Häufigkeitsverteilung nach Wochenenddienste /Monat

Wochenenddienste/ Monat	absolute Häufigkeit	Prozentangabe
0	1	2,4
1,0	3	7,1
1,5	3	7,1
1,75	1	2,4
2,0	21	50,0
2,5	10	23,8

3,0	2	4,8
4,0	1	2,4
Summe	42	100

Tabelle 20: Häufigkeitsverteilung nach Bereitschaftsdienste/ Monat

Bereitschaftsdienste/ Monat	absolute Häufigkeit	Prozentangabe
0	36	85,7
1,0	1	2,4
3,0	1	2,4
6,5	1	2,4
9,0	1	2,4
10,0	1	2,4
15,0	1	2,4
Summe	42	100

Tabelle 21: Häufigkeitsverteilung nach Nachtdienste/ Monat

Nachtdienste/ Monat	absolute Häufigkeit	Prozentangabe
0	14	33,3
1,0	2	4,8
1,5	2	4,8
2,0	1	2,4
3,0	10	23,8
3,5	1	2,4
5,0	8	19,0
5,5	1	2,4
6,0	2	4,8
8,0	1	2,4
Summe	42	100

Tabelle 22: Häufigkeitsverteilung nach Wechsel Spät- auf Frühdienst

Wechsel Spät- auf Frühdienst/ Monat	absolute Häufigkeit	Prozentangabe
--	---------------------	---------------

0	9	21,4
0,5	1	2,4
1,0	6	14,3
2,0	6	14,3
2,5	3	7,1
3,0	8	19,0
3,5	5	11,9
4,0	5	11,9
4,5	1	2,4
5,0	2	4,8
10,0	1	2,4
Summe	42	100

Tabelle 23: Durchschnittliche Dienstbelastung aller Mitarbeiter in einem Monat

durchschnittliche Dienstbelastung in einem Monat	Wochenend-dienste	Bereitschafts-dienste	Nachtdienste	Wechsel von Spät- auf Frühdienst
fehlende Angabe	0	0	0	0
arithm. Mittel	2,05	1,05	2,52	2,25
SEM	0,10	0,49	0,35	0,30
höchste Anzahl	4	15	8	10
geringste Anzahl	0	0	0	0

Tabelle 24: Durchschnittliche Dienstbelastung aller Mitarbeiter, die einen oder mehr Dienste übernehmen

durchschnittliche Dienstbelastung in einem Monat	Mitarbeiter mit Nachtdienste ≥ 1	Mitarbeiter mit Bereitschaftsdiensten ≥ 1
Anzahl der Mitarbeiter	28	6
arithm. Mittel der Dienste	3,79	7,42
SEM	0,32	2,07

Tabelle 25: Häufigkeitsverteilung fehlender Pausen

Fehlende Pausen	absolute Häufigkeit	Prozentangabe
------------------------	---------------------	---------------

nie	1	2,4
bis 25% aller Arbeitstage	19	45,2
bis 50% aller Arbeitstage	15	37,5
bis 75% aller Arbeitstage	5	11,9
fast immer	2	4,8
Summe	42	100

Tabelle 26: Mittelwert fehlender Pause/ Arbeitstage

Fehlende Pausen	
Fehlende Angaben	0
arithmetisches Mittel	57,41
SEM	3,44

Tabelle 27: Levene- und T-Test

Skalen/Items	Gruppen	Levene-Test		T-Test (2-seitig)	
		F	Sig.	t	Sig.
Quantitative Anforderungen	Alter	0,138	0,712	-1,258	0,216
	Stellung	0,220	0,641	1,923	0,062
	Berufserfahrung	1,594	0,215	0,065	0,949
Emotionale Anforderungen	Alter	3,126	0,085	-1,786	0,082
	Stellung	1,061	0,309	1,383	0,175
	Berufserfahrung	0,484	0,491	-1,704	0,096
Kognitive Anforderungen	Alter	1,709	0,199	-0,284	0,778
	Stellung	2,343	0,134	2,412	0,021
	Berufserfahrung	0,435	0,514	-1,013	0,317
Sensorische Anforderungen	Alter	0,195	0,661	0,264	0,793
	Stellung	0,065	0,800	-0,540	0,592
	Berufserfahrung	0,234	0,631	-1,060	0,296
Einfluss bei der Arbeit	Alter	0,000	0,999	-0,351	0,727
	Stellung	0,189	0,666	-0,484	0,631
	Berufserfahrung	0,148	0,702	1,084	0,285

Entscheidungs- spielraum	Alter	0,045	0,833	1,277	0,209
	Stellung	0,001	0,979	-1,897	0,065
	Berufserfahrung	2,572	0,117	0,049	0,961
Entwicklungs- möglichkeiten	Alter	0,326	0,572	0,328	0,744
	Stellung	0,810	0,374	-0,363	0,719
	Berufserfahrung	0,165	0,687	-1,076	0,289
Bedeutung der Arbeit	Alter	2,855	0,099	1,060	0,296
	Stellung	0,732	0,398	-0,295	0,016
	Berufserfahrung	0,041	0,841	0,654	0,517
Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz	Alter	0,146	0,705	-0,673	0,505
	Stellung	10,046	0,003	2,629	0,016
	Berufserfahrung	0,098	0,756	-0,214	0,831
Vorhersehbarkeit	Alter	1,582	0,216	0,633	0,531
	Stellung	0,003	0,957	-0,751	0,457
	Berufserfahrung	3,629	0,064	1,430	0,161
Rollenklarheit	Alter	0,551	0,462	1,870	0,069
	Stellung	0,874	0,356	-0,894	0,377
	Berufserfahrung	0,377	0,543	2,351	0,024
Rollenkonflikt	Alter	0,392	0,535	2,397	0,043
	Stellung	1,209	0,278	-0,384	0,703
	Berufserfahrung	1,004	0,323	1,441	0,158
Führungsqualität	Alter	0,000	0,986	2,094	0,020
	Stellung	0,015	0,905	-1,489	0,145
	Berufserfahrung	0,839	0,366	2,517	0,016
Soziale Unterstützung	Alter	0,097	0,757	1,282	0,207
	Stellung	0,032	0,858	-0,169	0,867
	Berufserfahrung	0,642	0,428	0,413	0,682
Feedback	Alter	2,182	0,148	-0,336	0,739
	Stellung	2,873	0,098	-1,663	0,104
	Berufserfahrung	1,612	0,212	0,126	0,901

Soziale Beziehungen	Alter	0,014	0,905	2,435	0,020
	Stellung	1,943	0,171	-2,337	0,025
	Berufserfahrung	0,017	0,898	0,249	0,805
Gemeinschaftsgefühl	Alter	4,664	0,037	0,039	0,969
	Stellung	5,029	0,031	0,624	0,537
	Berufserfahrung	0,137	0,714	0,096	0,924
Arbeitszufriedenheit	Alter	1,033	0,316	0,896	0,376
	Stellung	1,687	0,202	-0,726	0,472
	Berufserfahrung	0,142	0,708	1,049	0,301
Burnout	Alter	0,093	0,761	-1,118	0,270
	Stellung	0,861	0,359	1,770	0,085
	Berufserfahrung	3,346	0,075	0,610	0,545
Verhaltensbezogene Stresssymptome	Alter	0,934	0,340	-0,484	0,631
	Stellung	6,315	0,016	3,529	0,002
	Berufserfahrung	0,009	0,924	-0,313	0,756
Kognitive Stresssymptome	Alter	0,403	0,529	0,251	0,803
	Stellung	0,645	0,427	0,937	0,354
	Berufserfahrung	1,187	0,283	1,642	0,109
Lebenszufriedenheit	Alter	0,010	0,923	0,019	0,985
	Stellung	0,715	0,403	0,465	0,644
	Berufserfahrung	0,682	0,414	-0,161	0,873
Gesundheitszustand	Alter	0,786	0,381	-1,296	0,203
	Stellung	0,013	0,910	3,028	0,004
	Berufserfahrung	3,651	0,063	-0,605	0,549
Arbeitsfähigkeit	Alter	0,134	0,716	-1,304	0,200
	Stellung	2,683	0,109	1,572	0,124
	Berufserfahrung	0,174	0,679	0,803	0,427
Verhältnis Arbeitsfähigkeit zu körperlichen Anforderungen	Alter	0,322	0,574	-1,692	0,099
	Stellung	1,508	0,227	1,470	0,149
	Berufserfahrung	0,967	0,332	0,799	0,429

Verhältnis Arbeitsfähigkeit zu geistigen Anforderungen	Alter	0,254	0,617	-0,200	0,843
	Stellung	0,346	0,560	1,253	0,218
	Berufserfahrung	0,204	0,654	1,424	0,162
Beruf weiter ausüben können	Alter	1,678	0,203	-0,641	0,525
	Stellung	6,537	0,015	1,034	0,336
	Berufserfahrung	0,324	0,572	0,288	0,775
Freude an täglichen Ausgaben	Alter	5,314	0,027	1,371	0,179
	Stellung	0,946	0,337	1,017	0,316
	Berufserfahrung	3,636	0,064	1,137	0,263
Aktiv sein	Alter	0,051	0,823	-0,051	0,960
	Stellung	4,778	0,035	3,008	0,007
	Berufserfahrung	0,505	0,482	-0,354	0,725
Zuversichtlich für die Zukunft	Alter	0,009	0,925	-0,392	0,697
	Stellung	1,201	0,280	1,802	0,079
	Berufserfahrung	0,789	0,380	-0,048	0,962
Mobbing	Alter	0,029	0,866	0,048	0,962
	Stellung	0,701	0,407	0,411	0,683
	Berufserfahrung	0,161	0,690	-0,101	0,920
Vereinbarkeit mit Privatleben	Alter	0,246	0,622	0,264	0,793
	Stellung	4,218	0,047	2,314	0,036
	Berufserfahrung	0,223	0,639	-0,101	0,920
Einbindung	Alter	0,589	0,447	1,417	0,164
	Stellung	1,512	0,226	-0,574	0,569
	Berufserfahrung	0,075	0,785	1,900	0,065
Wertschätzung	Alter	0,009	0,924	0,026	0,980
	Stellung	0,443	0,510	-0,688	0,495
	Berufserfahrung	0,366	0,549	0,444	0,660
Jobsicherheit	Alter	2,326	0,135	-2,183	0,035
	Stellung	4,222	0,047	-2,153	0,049
	Berufserfahrung	0,957	0,334	-1,027	0,311

Berufsaufgabe	Alter	2,514	0,121	0,827	0,413
	Stellung	1,481	0,231	1,564	0,162
	Berufserfahrung	0,253	0,618	0,008	0,994
Stellenwechsel	Alter	4,954	0,032	1,100	0,279
	Stellung	0,865	0,358	0,966	0,340
	Berufserfahrung	6,549	0,014	0,688	0,499
Sichere Berufsstellung	Alter	1,044	0,313	0,054	0,957
	Stellung	0,055	0,817	-0,653	0,517
	Berufserfahrung	2,219	0,144	1,348	0,185
Einkommen	Alter	0,753	0,391	-0,902	0,373
	Stellung	5,861	0,020	-3,065	0,007
	Berufserfahrung	0,464	0,500	-0,178	0,859
Aufstiegs- möglichkeiten	Alter	6,520	0,015	-3,937	0,000
	Stellung	8,160	0,007	1,954	0,068
	Berufserfahrung	2,622	0,113	-1,818	0,077
Geachteter Beruf	Alter	0,385	0,539	-0,317	0,753
	Stellung	6,804	0,013	-3,041	0,006
	Berufserfahrung	0,070	0,792	-0,239	0,812
Freizeit	Alter	1,293	0,262	0,991	0,328
	Stellung	0,048	0,828	-0,838	0,407
	Berufserfahrung	0,233	0,632	-0,231	0,818
Interessante Tätigkeit	Alter	0,431	0,524	1,305	0,200
	Stellung	0,466	0,499	-0,384	0,703
	Berufserfahrung	1,402	0,244	0,190	0,850
Selbstständig Arbeiten	Alter	1,567	0,218	-0,424	0,674
	Stellung	0,030	0,864	-0,790	0,435
	Berufserfahrung	0,341	0,563	-0,859	0,396
Verantwortungs- bewusstsein	Alter	0,001	0,980	1,101	0,278
	Stellung	2,231	0,143	-1,181	0,245
	Berufserfahrung	0,097	0,757	1,575	0,123

Kontakt zu Menschen	Alter	0,203	0,655	-0,226	0,823
	Stellung	2,364	0,134	0,874	0,387
	Berufserfahrung	1,578	0,217	-0,596	0,555
Anderen Helfen	Alter	0,479	0,493	0,848	0,402
	Stellung	0,792	0,379	-0,267	0,791
	Berufserfahrung	0,008	0,927	0,944	0,351
Nützlich für die Gesellschaft	Alter	0,479	0,493	0,848	0,402
	Stellung	2,396	0,130	-0,864	0,393
	Berufserfahrung	0,000	0,993	0,424	0,674
Sinnvolle Arbeit	Alter	6,822	0,013	1,363	0,181
	Stellung	4,882	0,033	-0,387	0,701
	Berufserfahrung	0,178	0,675	-0,010	0,992
Gesunde Arbeitsbedingungen	Alter	0,074	0,787	-0,069	0,945
	Stellung	0,386	0,538	-0,115	0,909
	Berufserfahrung	0,071	0,791	-0,942	0,352
Arbeitszeiten festlegen	Alter	2,565	0,117	2,094	0,043
	Stellung	20,351	0,000	-3,071	0,020
	Berufserfahrung	0,081	0,778	1,273	0,210
Respekt	Alter	0,049	0,827	-1,173	0,248
	Stellung	1,831	0,184	0,156	0,877
	Berufserfahrung	0,020	0,889	-0,775	0,443
Gleiche Chancen	Alter	2,257	0,141	2,486	0,017
	Stellung	1,516	0,226	-0,327	0,746
	Berufserfahrung	0,232	0,633	1,743	0,089
kurzfristige Dienstplanänderungen	Alter	0,019	0,892	0,268	0,790
	Stellung	2,575	0,117	-0,203	0,840
	Berufserfahrung	0,032	0,858	-0,844	0,404
Belastungen kurzfristige Dienstplanänderungen	Alter	0,038	0,847	-0,761	0,451
	Stellung	2,543	0,120	0,795	0,432
	Berufserfahrung	0,328	0,570	-2,276	0,029

aus dem „Frei“ geholt werden	Alter	2,881	0,098	0,798	0,429
	Stellung	1,816	0,186	-0,210	0,835
	Berufserfahrung	1,599	0,214	-1,194	0,240
Belastung aus dem „Frei“ geholt werden	Alter	0,103	0,750	0,501	0,620
	Stellung	2,421	0,128	-0,469	0,642
	Berufserfahrung	0,070	0,792	-0,785	0,438
Weiterarbeiten nach Schichtende	Alter	1,506	0,227	-0,615	0,542
	Stellung	2,346	0,134	3,577	0,001
	Berufserfahrung	5,888	0,020	-1,162	0,254
Belastungen Weiterarbeiten nach Schichtende	Alter	2,362	0,135	-0,867	0,393
	Stellung	0,891	0,353	1,549	0,132
	Berufserfahrung	0,302	0,587	0,128	0,899
Verzicht Wochenende	Alter	0,662	0,421	0,774	0,444
	Stellung	0,184	0,670	-1,054	0,298
	Berufserfahrung	2,719	0,107	-0,846	0,402
Belastung Verzicht Wochenende	Alter	0,005	0,947	-0,755	0,455
	Stellung	0,648	0,426	1,239	0,224
	Berufserfahrung	1,598	0,215	0,540	0,592
Urlaub verschieben	Alter	0,865	0,358	0,459	0,649
	Stellung	3,159	0,083	-0,803	0,427
	Berufserfahrung	0,004	0,952	-0,030	0,976
Belastung Urlaub verschieben	Alter	0,037	0,849	-0,075	0,941
	Stellung	4,653	0,039	-2,254	0,032
	Berufserfahrung	0,497	0,486	0,348	0,730
persönliche Wünsche unberücksichtigt	Alter	0,559	0,459	0,140	0,889
	Stellung	0,130	0,720	0,538	0,594
	Berufserfahrung	0,794	0,378	-0,697	0,490
Belastung persönliche Wünsche unberücksichtigt	Alter	0,315	0,578	0,853	0,399
	Stellung	0,277	0,602	-0,374	0,711
	Berufserfahrung	0,974	0,331	-0,238	0,813

12.6 Tabellarische Ergebnisse der Fokusgruppen

12.6.1 Ergebnisse der Fokusgruppe Ärzte/-innen

Teilnehmer/-innen: 1 Vollzeit/3 Teilzeitkräfte stellvertretend für insgesamt 26 Mitarbeiter

Datum: 13.12.2013

Vision: größerer, ruhiger und persönlicher Arbeitsplatz

Zeitraum: 14:15-15:15 Uhr

Optimale EDV- Unterstützung

Ort: Arztzimmer auf Station

Teambildung aus Arzt/-in und Pflegekraft in der Schicht

Veränderungsbereich: besonders wichtig sind Veränderungen in der Teamführung und im allgemeinen Management, des Weiteren ist eine optimierte und weniger störanfällige EDV Grundvoraussetzung für ein gutes Arbeiten

Prioritäten 1-5 s. Tabelle 28

Tabelle 28: tabellarische Darstellung der Ergebnisse der Fokusgruppe Ärzte/-innen

Nr.	Vorschläge	Ziele	Erwartungen	Methode	Barrieren	Beteiligte
1	Standards und SOPs für alle Berufsgruppen	Zeitgewinn, Fehlervermeidung, Qualitätssicherung, Entlastung der Oberärzte/-innen, positiver Lerneffekt	Erarbeitung und Einführung ab sofort für alle relevanten Krankheiten und für Arbeitsabläufe	Arbeitsgruppe unter der Leitung einer Führungskraft innerhalb der Arbeitszeit Ordner vor Ort sowie elektronische Bereitstellung	allgemeine Überarbeitung, keine Kapazitäten, keine Freistellung	Arbeitsgruppe mit Ärzten/-innen und Pflegekräften unter Supervision der Führungskräfte

2	abgetrennter, ruhiger Arbeitsplatz	Zeitersparnis, Fehlervermeidung, gesteigerte Effektivität weniger Stress	Nutzung des eigenen Profils mit allen hinterlegten Daten, Bereithalten eigener Unterlagen und Utensilien Verfügbarkeit	weniger Studenten pro Schicht, die auch Platz brauchen eigener Arbeitsplatz für Konsiliarärzte/-innen Betriebsmediziner zu Begehung bitten separater Raum für Angehörigen-gespräche	kein Platz, keine Räume, kein Material, kein Geld	Abteilungsleitung Geschäftsführung Betriebsmediziner
3	regelmäßige Teambesprechungen und Fortbildung	höhere Kompetenz und Sicherheit bessere Kommunikation im Team/ Teambildung Zufriedenheit	Megacode-Training Treffen auch im gesamten Team Steigenden Anforderungen in der neuen Notaufnahme begegnen	feststehender, verlässlicher Termin 1x im Monat fester Themenplan Nutzung eines Konferenzraums, Bereitstellung von Material	Zeitmangel fehlende Organisation/ Zuständigkeit fehlende Motivation/ Kontinuität fraglich Geld für externe Experten	gesamtes Team der ZNA Externe Experten
4	Verbesserung der EDV	Ausschöpfung des Systempotentials Ärger- und Zeitersparnis	reibungsloser Ablauf, keine Systemabstürze mehr Übernahme alter Befunde und Daten automatisch	verstärktes, vermehrtes Feedback an die EDV-Abteilung	Veraltet Hard- und Software mit schwer lösbaren Problemen, wenig Erfahrungen deutschlandweit, fehlende	alle Mitarbeiter/-innen EDV-Abteilung

		Fehlervermeidung	Textbausteine und Vorlagen Aktualität		Betreuung	
5	Bessere Supervision und Leitung durch die Oberärzte/-innen	mehr Unterstützung der Assistenten/-innen, Übernahme von Verantwortung bessere Weiterbildung und Einarbeitung der Assistenten/-innen	Umsetzung der neu festgesetzten Aufgabenbeschreibungen der Oberärzte/-innen jeder Patient/ jede Patientin wird bei Ankunft gesehen die Nachmittagsvisite kann eingespart werden	regelmäßige Fallbesprechung Bedside-Teaching lehrreichere Röntgenvisite, evtl. radiologische Visite	hohes Patientenaufkommen, Zeitmangel, zu hohe Arbeitsintensität, fehlende Motivation fehlende Rahmenbedingungen	Ärzeschaft im Team ggf. radiologische Abteilung

12.6.2 Ergebnisse der Fokusgruppe Pflege

Teilnehmer/-innen: 2 Vollzeitkräfte/1 Teilzeitkraft stellvertretend für insgesamt 25 Mitarbeiter

Datum: 11.12.2013

Vision: Schnellere Beurteilung und Behandlung aller Patienten

Zeitraum: 20:00-21:00 Uhr

Gut ausgebildete Ärzte, die schnelle Entscheidungen treffen,
klare Ansagen machen und Verantwortung übernehmen

Ort: Küche der ZNA

Veränderungsbereich: V.a. die Teamführung sollte Veränderungen vornehmen, Änderungen der EDV sind auch sehr wichtig, aber zweitrangig

Prioritäten 1-5 s. Tabelle 29

Tabelle 29: tabellarische Darstellung der Ergebnisse der Fokusgruppe Pflege

Nr.	Vorschläge	Ziele	Erwartungen	Methode	Barriere	Beteiligte
1	SOPs für Ärzte (standard operating procedure), klinische Behandlungspfade	einfache und verlässliche SOPs auf die alle zugreifen können, Einführung bis spätestens zum Umzug der ZNA	Erarbeitung von SOPs durch Arbeitsgruppe unter Supervision einer Führungskraft das geplante Dashboard ist nicht verlässlich (EDV-Probleme) und die zeitliche Planung ungewiss	bereits vorhandene SOPs im Haus zusammentragen (z.B. von der Intensivstation), fehlende SOPs neu erstellen Bereitstellung in einem Ordner in der Notaufnahme und stetige Aktualisierung	hohe Fluktuation in der Ärzteschaft fehlende Einarbeitung von Ärzten/-innen	alle Ärzte/-innen der ZNA
2	klare Absprachen zwischen den Abteilungen	einfachere Arbeit, klare Strukturen, weniger nervig höhere Zufriedenheit	Absprachen schriftlich niederlegen und verfügbar machen, „Diagnosekataloge“	schriftliche Absprache zwischen den Führungskräften der Abteilungen	keine ersichtlichen	Führungskräfte der Abteilungen
3	Einbeziehung in Entscheidungen	Besseres Verständnis, Nachvollziehen von Entscheidungen, Einfluss nehmen können	die von einer Veränderung Betroffenen sollten vorher nach ihrer Meinung gefragt werden, ggf. indirekt durch die Vorgesetzten	vorab Besprechungen, nach Einführung einer Veränderung sollten Kontrollen des Erfolgs bzw. Evaluationen der Auswirkungen erfolgen	trotz offizieller Ansage von oben spürt man in den täglichen Abläufen oft keine Auswirkung, z.B. Beatmungsprotokoll, Kontrollen fehlen	Führungskräfte und allgemeines Management

4	Respektvoller Umgang miteinander in Notfallsituationen öfter Feedback, kritische Falldiskussionen	bessere Kommunikation untereinander, in offener Atmosphäre über Situationen/Patientenfälle sprechen können	Ärzte/-innen müssen sich zuständig fühlen, wenn sie angesprochen werden die Ersteinschätzung der Pflege ernst nehmen neue Befunde mitteilen (z.B. V.a. TBC), auch rückwirkend von den Stationen	Besprechungen im Team tgl. aktualisierte Infotafel Befundmitteilung bei Infektions-krankheiten zeitnah durch den Betriebsarzt	unterschiedliche Meinungen und Charaktere	gesamtes Team der ZNA
5	Stationshilfe für den Regelbetrieb	eine aufgeräumte, aufgefüllte Station in der man sich wohlfühlen kann	Ordnung/Entlastung bessere Hygiene steigendes Prestige	neue Stelle	Gelder fehlen im Stellenplan nicht vorgesehen	Stationsleitung und Geschäftsführung

12.6.3 Ergebnisse der Fokusgruppe Administrative Mitarbeiterinnen

Teilnehmerinnen: 2 Vollzeitkräfte stellvertretend für 7 Mitarbeiterinnen im Team

Datum: 09.12.2013

Zeitraum: 15:30-16:45 Uhr

Vision: gegenseitige Wertschätzung und Respekt, freudvolles Zusammenarbeiten

Ort: Büro im Krankenhaus

Veränderungsbereich: Veränderungen sind am ehesten möglich im Team und in der Teamführung. Das übergeordnete Management zu beeinflussen scheint kaum möglich.

Prioritäten 1-5 s. Tabelle 30

Tabelle 30 tabellarische Darstellung der Ergebnisse der Fokusgruppe Administrative Mitarbeiterinnen

Nr.	Vorschläge	Ziele	Erwartungen	Methode	Barrieren	Interesse, Beteiligte
1	Kommunikation im Team und mit anderen Fachabteilungen	gegenseitige Wertschätzung, Respekt, freudvolles Zusammenarbeiten, häufigere, gemeinsame Unternehmungen außerhalb der Arbeit, vieles was schon gut läuft im Team soll so bleiben	mehr Transparenz, Absprachen schriftlich niederlegen und öffentlich machen, mehr Wertschätzung und Verständnis durch Mitarbeiter anderer Stationen und Bereiche, die Leitung muss führen, motivieren und mit gutem Beispiel vorangehen, häufiger positives Hervorheben	Arbeitsgruppe zur Verbesserung der Kommunikation im Team unter Direktion der Abteilungsführung Standards für Arbeitsabläufe, schriftliche Absprachen der Abteilungsführungen, die bindend sind	voneinander räumlich getrennte Arbeitsplätze werden die Kommunikation zukünftig erschweren in der neuen Notaufnahme fallen eingespielte Abläufe weg und es fehlt zeitgleich an neuen Strukturen	alle Mitarbeiter/-innen
2	getrennte ruhige Arbeitsbereiche	ruhigeres Arbeiten ohne unnötige Störungen	passender Arbeitsbereich im Neubau Evaluation nach 1 Jahr durch das Management erbeten, welche Probleme/ Vorzüge gibt es in den neuen Räumen	Begehung der neuen Räume rechtzeitig vor dem Umzug, gedankliche Planung der Einrichtung, Dekoration	schlechte Planung des Neubaus, unzureichende Einbeziehung der Betroffenen	das gesamte Team der ZNA ist betroffen
3	eindeutige Klärung von	ähnlich Punkt 1 dieser	ähnlich Punkt 1 dieser	Standards für Abläufe,	unterschiedliche	das gesamte Team der

	Zuständigkeiten	Tabelle, s.o. gegenseitige Wertschätzung, Respekt, freudvolles Zusammenarbeiten, weniger Ärger, reibungslose Abläufe	Tabelle, s.o. mehr Transparenz, Absprachen schriftlich niederlegen und öffentlich machen	schriftliche Klärung von Zuständigkeiten im Team durch die Abteilungsleitung schriftliche Absprachen der verschiedenen Abteilungs- führungen, die bindend sind	Meinungen der Chefs und Abteilungsleitung, fehlende schriftliche Vereinbarungen sowie unzureichende mündliche Weitergabe von Informationen/ und Absprachen schriftliche Absprachen, die mit der Realität nicht übereinkommen und daher nicht funktionieren, siehe Bettenmanagement	ZNA und die Mitarbeiter/-innen anderer Abteilungen Abteilungs- leitungen
4	regelmäßige Teambesprechungen	laufen im eigenen Team augenblicklich gut und soll so beibehalten werden	soll so beibehalten werden, wichtig aber auch für die anderen Berufsgruppen	feste Termine	keine ersichtlichen	das gesamte Team der ZNA
5	höherer Stellenschlüssel, insbesondere bei zusätzlicher Nacharbeit (geplant) und für die anderen Berufsgruppen	Stressabbau, entspanntere Arbeitsatmosphäre Vermeidung von Fehlern bei Verträgen,	mehr Wertschätzung durch das Haus/ durch die Geschäftsführung	höherer Stellenschlüssel	kein Geld	das gesamte Team der ZNA, Patienten und Angehörige, allge. Management

	insbesondere Pflege	BG-Fällen, Daten etc., dadurch auch Zeit- und Geldersparnis				
--	---------------------	---	--	--	--	--

12.7 Transkript des Protokolls der Ergebnispräsentation

Präsentation im Sitzungssaal des Krankenhauses am 26.03.14, 16-17 Uhr.

1) 19 Anwesende:

- Geschäftsführer
- Fachkraft für Arbeitssicherheit
- Betriebsmediziner
- drei Angehörige der Mitarbeitervertretung
- Mitarbeiterin der Unternehmensentwicklung
- Qualitätsmanager
- drei administrative Mitarbeiterinnen
- Leitender Arzt der Notaufnahme
- Oberarzt
- vier Assistenzärzte/-innen, von denen einer das Protokoll führte
- Gasthörerin
- Studienleiterin

2) Offene Diskussionsrunde nach der Ergebnispräsentation:

Thema	Personen	Inhalte
Sinnverlust der Arbeit	Qualitätsmanager	Der Sinn ist abhängig von der Tätigkeit. Wahrscheinlich wird der große Anteil an Bürokratie von den Mitarbeitern/-innen der Notaufnahme als sinnfrei erlebt.
	Assistenzarzt der Notaufnahme	In der täglichen Routine werden auch viele medizinische Tätigkeiten als sinnlos empfunden, z.B. bei sehr alten und multimorbiden Patienten, denen man eigentlich nicht mehr helfen kann. Durch bestimmte Bedingungen sei man aber zur unnützen Diagnostik und Therapie gezwungen.
	Leitender Arzt der Notaufnahme	Zustimmung zur Aussage des Assistenzarztes
Transparenz und Informationsfluss	Mitarbeiterin der Unternehmensentwicklung	Bezieht sich auf den Wunsch der Mitarbeiter/-innen nach besserer Informationsweitergabe und verweist darauf, dass die Protokolle der Krankenhaussitzungen im Kurator hinterlegt und für alle Mitarbeiter/-innen abrufbar sind. Für diesen Zweck sind teure Email-Adressen für alle Mitarbeiter nicht notwendig. Eigeninitiative sei gefragt.

	Assistenzarzt der Notaufnahme	Während der regulären Arbeit fehle es an Zeit, damit sich jeder einzelne an den verschiedenen Stellen über Neuigkeiten informiere. Besser wäre die Informationsweitergabe in regelmäßigen Besprechungen.
	Leitender Arzt der Notaufnahme	Äußert seine eigene Frustration darüber, dass in der Vergangenheit zu den Besprechungen irgendwann niemand mehr kam, obwohl es für ihn sehr viel Arbeit machte, die Fortbildungen und Besprechungen zu organisieren. Man sehe auch am heutigen Tag wieder, dass solche Termin mit der Arbeitslast in der Notaufnahme kaum zu realisieren sind. Er nennt exemplarisch aktuelle Notfälle der Notaufnahme und verweist darauf, dass es darum für das Pflegepersonal und die diensthabenden Ärzte/-innen nicht möglich sei, zu Ergebnispräsentation zu erscheinen.
Teambesprechungen	Leitung der Mitarbeitervertretung	Nachfrage, ob mit den Teambesprechungen das gesamte Team der Notaufnahme gemeint sei.
	Leitender Arzt, Oberarzt, Assistenzärzte/-innen, administrative Mitarbeiterinnen	Beantworten die Frage einstimmig mit „ja“. Administrativer, pflegerischer und ärztlicher Dienst kommen zusammen.
Arbeitszeiten	Leitung der Mitarbeitervertretung	Die Regelung der Arbeitszeiten und Umsetzung in der Praxis seien schon vor Jahren von der Mitarbeitervertretung angestoßen worden. Es liegen Dienstvereinbarungen vor. Des Weiteren habe die Mitarbeiter/-inne das Recht auf Mitarbeitergespräche. Die Mitarbeiter/-inne sollen ihre Wunsch aktiv vortragen. Zielvereinbarungen stehen sie eher zurückhaltend gegenüber.
	Geschäftsführer	Fragt nach, ob es konkrete Vorschläge zu flexibleren Arbeitszeitmodellen gibt und gibt zu bedenken, dass insbesondere die Notaufnahme in der Planung eine Herausforderung ist.
	Studienleiterin	Verneint, konkrete Vorschläge habe es nicht gegeben.
	Leitung der Mitarbeitervertretung	Überlegt, ob der Wunsch nach einem flexiblen Arbeitszeitmodell nicht dem Wunsch nach einem verlässlichen und frühzeitig bekannten Dienstplan widerspricht.
	Leitender Arzt der Notaufnahme	Erkennt darin keinen eindeutigen Widerspruch. Der Dienstplan werde in seiner Abteilung auf ausdrücklichen

		Wunsch durch die Assistenten selbst geschrieben. Das sei bei der Vielzahl an Wunsch häufig schwierig, funktioniere aber augenblicklich sehr gut.
	Assistenzarzt der Notaufnahme	Die hohe Rotationsfrequenz in der Abteilung führe zu Problemen bei der Dienstplanung. Die Urlaube überscheide sich häufiger und seien mit andere Abteilungen nicht immer gut abgestimmt. Dadurch ergibt sich nochmals eine besondere Situation in der Notaufnahme.
	Assistenzärztin der Notaufnahme	Zusätzlich haben im vergangenen Jahr viele Kollegen gekündigt. Nahezu in jedem Monat musste ein neuer Kollege/ eine neue Kollegin eingearbeitet werden.
	Betriebsmediziner	Überraschte Nachfrage, gab es denn so viele Kündigungen? Zum Zweiten, seien den Änderungen des Dienstplans von Seiten des Arbeitnehmers her möglich?
	Leitender Arzt der Notaufnahme	Bei den Kollegen/-innen die gegangen sind, handle es sich nur in einem Fall um eine Kündigung, ansonsten seien die Verträge regulär nicht verlängert worden. Kurzfristige Änderungen der Dienste/ Dienstaustausche würden in der Abteilung durch interne Absprachen gelöst.
	Assistenzarzt der Notaufnahme	Zustimmung. Absprachen mit den Kollegen und das Taschen von Diensten funktioniere oft und zuverlässig.
Fehlende Interessenvertretung	Mitarbeiterin der Unternehmensentwicklung	Es fehlen am Tisch Vertreter der Pflege. Vermutlich ist das auf die schlecht gewählte Zeit der Präsentation zurückzuführen. Der späte Nachmittag sei grundsätzlich eine ungünstige Zeit für den Pflegedienst.
	Oberarzt	Bei den Mitarbeitern/-innen die keinen Dienst haben, sei die Motivation extra in Krankenhaus zu kommen sehr gering.
	Leitender Arzt der Notaufnahme	In der neuen Notaufnahme seien regelmäßige Teambesprechungen geplant. Es falle dann weniger ins Gewicht, wenn einzelne mal nicht kommen können.
	Studienleiterin	Macht den Vorschlag, die Ergebnisse auf einer Teambesprechung in der neuen Notaufnahme noch einmal vorzustellen.
Gesundheit	Betriebsarzt	Hat wohlwollend zur Kenntnis genommen, dass sich die Mitarbeiter/-innen der Studie gesund fühlen. Er gibt aber zu denken, dass es sich hierbei um eine rein subjektive Einschätzung handelt, die durch harte Fakten ergänzt werden sollte.
	Angehörige der	Mitarbeiter/-innen der Notaufnahme müssen gesund sein, sonst

	Mitarbeiter-vertretung	könnten sie dort auf Dauer den Belastungen nicht Stand halten und würden nicht dort arbeiten.
--	------------------------	---

3) Evaluationsfragen

Fragen	Antworten	Häufigkeit
Ist es sinnvoll, die psychosoziale Belastung am Arbeitsplatz zu kennen?	Ja <ul style="list-style-type: none"> • Burnout- Prophylaxe, ist auch gesetzlich vorgeschrieben (Gefährdungsbeurteilung) • Es ist hilfreich zu erfahren, wie es anderen geht • Es ist nur sinnvoll, wenn an schlechten Ergebnissen gearbeitet wird. • wenn man Wert auf eine gesunde Arbeitsumgebung legt 	10
Hat mir diese Studie neue Erkenntnis gebracht und mich zum Nachdenken angeregt?	Ja <ul style="list-style-type: none"> • vieles war wie erwartet, die Vorkenntnisse wurden bestätigt • zusätzlich sollten objektive Kriterien berücksichtigt werden (z.B. Krankheitstage) • Keine neuen Erkenntnisse, aber eine Anregung zum Nachdenken! Besonders wichtig ist es an der Kommunikation zu arbeiten. Darum sollte sich die Abteilungsleitung mehr bemühen. • Vieles aus der Studie ist bereits bei einem Rundgang durch die Abteilung ersichtlich. Die Ergebnisse aus der Gruppenarbeit regen zum Nachdenken an. • Sehr interessante Studie (übriger Kommentar leider unleserlich) 	10
Welche Punkte in der Zusammenarbeit und im Austausch müssen überarbeitet werden?	Kommunikation	3
	Enthaltung einer Antwort	2
	Fallbesprechungen sollten noch mehr berücksichtigt werden.	1
	Unterteilung in Berufsgruppen	1
	Wirklich regelmäßige Gelegenheit schaffen, um sich auszutauschen	1
	Verbindlichkeit von Zuständigkeiten. Gibt es „Tools“, die die Bindung und Teambildung verbessern?	1
	Arbeitsfelder	1
	kein Vorschlag	1